

MEDICINA DE FAMILIA LOS FACULTATIVOS PIDEN ACCESO A LA RED

Consultas sin internet en la primaria valenciana

→ El uso de las nuevas tecnologías desde la consulta ayuda a gestionar mejor la tarea asistencial en primaria. Salvador Pertusa, médico de familia de Valencia, reivindica un entorno laboral informático adecuado.

■ Mª Carmen Rodríguez

Desde que en 2001 se puso en marcha el proyecto *Abucasis II* con el objetivo de mejorar todos los sistemas de información de la atención primaria valenciana, el programa ha recibido numerosas críticas, debido principalmente a la falta de planificación y de estrategia tecnológica.

La propuesta de modernización definió nuevas aplicaciones sanitarias de manera que la labor del profesional del primer nivel fuese más eficiente. Sin embargo, cinco años después, "dada la falta de planificación y de recursos del plan, la mayoría de los centros de salud de la Comunidad Valenciana siguen sin disponer de un entorno informático adecuado", ha explicado a DIARIO MÉDICO Salvador Pertusa, médico de familia del Centro de Salud Cabo Huertas, en Alicante, "donde tan sólo el 20 por ciento de los trabajadores, es decir, coordinadores, directivos y secretarías del centro, tiene acceso libre a internet. Para el resto de profesionales se ha habilitado un único punto de acceso en las bibliotecas de los centros".

Pertusa ha hecho referencia a la valoración que el consejero de la Comunidad de Valencia, Rafael Blasco ha realizado sobre el



Salvador Pertusa.

"Hoy por hoy los profesionales del primer nivel suplimos las deficiencias del sistema con nuestro esfuerzo personal y profesional"

estado de la informatización de los servicios de salud de la comunidad y las propuestas de mejora (ver DM del 30-XI-2006) para solventar las carencias del programa *Abucasis II* para el 2007.

Escepticismo

Aunque coincide con Blasco en la necesidad de revisar el proceso para aumentar las garantías de las nuevas aplicaciones informáticas, duda de la estrategia tecnológica del programa y

cuestiona su utilidad. "Si no se dispone de un sistema de planificación ajustado a las necesidades de los profesionales y a las expectativas de los usuarios, no se podrá prestar un servicio sanitario de calidad". A su juicio, "la estrategia de parchear los problemas informáticos del programa no es la solución más adecuada para controlar la seguridad de los sistemas. El programa es muy completo pero no se ajusta a la práctica del médico. Hoy por hoy suplimos las deficiencias del sistema con nuestro esfuerzo personal".

La investigación clínica, la obtención de bibliografía y el acceso a documentación científica son sólo algunas de las numerosas actividades profesionales que el médico de primaria puede de realizar a través de internet sin necesidad de desplazamiento. "Aun así, para los responsables técnicos y políticos consultados por los trabajadores de los centros afectados la prestación de estos servicios no justifica la instalación de acceso libre a la red en las consultas".

La explicación, según Pertusa, es la falta de recursos económicos.

DMás
Envíe sus sugerencias y opiniones sobre la AP al web especializada de: www.diariomedico.com

HOSPITALES ESTUDIO EN ATAQUE Y FALLO CARDIACO Y NEUMONÍA

El seguimiento de medidas de actuación no asegura reducir la tasa de mortalidad

■ DM

Filadelfia. El seguimiento de medidas de actuación como las guías clínicas no tiene grandes consecuencias en la reducción de la tasa de mortalidad hospitalaria, según un estudio realizado por Rachel Werner, del Centro Médico de Veteranos de Filadelfia, en Estados Unidos, y Eric Bradlow, de la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia, que se publica en el último número de *JAMA*.

Para realizar el estudio, los autores analizaron datos de *Hospital Compare*, un

web de los Centros de Medicare y Medicaid que muestra los resultados de las medidas de actuación hospitalarias. Los datos fueron tomados durante 2004 en los cuidados agudos en ataque y fallo cardíaco y neumonía.

Los hospitales que seguían un 75 por ciento de las medidas de actuación consiguieron una leve reducción del riesgo ajustado a las tasas de mortalidad respecto a los que las seguían en un 25 por ciento.

Según los autores, "las medidas de actuación no están muy relacionadas con los resultados finales". ■ (JAMA 2006; 296: 2.694-2.702)

sos en pacientes ingresados, un 0,006 por mil en muertes en el primer mes y un 0,012 por mil en el primer año. La reducción fue aún menor en fallo cardíaco, llegando al 0,001 por mil en pacientes ingresados y al 0,002 por mil el primer año. En neumonía la reducción fue del 0,001 por mil en el primer mes y del 0,005 en ingresados.

Según los autores, "las medidas de actuación no están muy relacionadas con los resultados finales". ■ (JAMA 2006; 296: 2.694-2.702)

TRIBUNA EL MODELO DE EVALUACIÓN BRITÁNICO ES CUESTIONABLE

No parece tan bonito

→ Muchas son las bondades del modelo de evaluación de servicios sanitarios británicos, el NICE, aunque también tiene diversos inconvenientes, como su base económica.



ALBERT JOVELL

Profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona

En los últimos meses diferentes profesionales del National Institute for Clinical Excellence británico (NICE) han visitado España para dar a conocer los resultados de este proyecto de evaluación de servicios sanitarios y de elaboración de guías de práctica clínica.

Es de agradecer que vengan, y sobre todo que nos permitan enriquecernos de su experiencia. Al concepto NICE hay que agradecerle, de antemano, varias cosas, entre las que destacan: estimular el pensamiento crítico; determinar criterios explícitos de priorización, y aumentar la calidad de la atención sanitaria. Este último atributo ha sido posible gracias a que el seguimiento de sus recomendaciones permite tratar a pacientes que no estaban siendo tratados o que se trataban inadecuadamente. Por ello, y por su agravio, hay que felicitarles.

El tener la oportunidad de haber seguido las actividades del NICE en los últimos años me ha permitido reflexionar sobre la idoneidad de trasladar ese modelo de evaluación a España, aunque el concepto de excelencia implicaría un cierto poso de soberbia en nuestro contexto cultural. Esta traslación podría estar asociada, de hecho, al considerable apoyo económico que el Ministerio de Sanidad ha proporcionado a las agencias e instituciones públicas de evaluación de tecnologías sanitarias.

Sir Michael Rawlins, presidente del NICE, estableció las bases teóricas del modelo NICE en una conferencia realizada en octubre en Barcelona en torno a estos planteamientos: los recursos sanitarios son escasos o finitos; todas las enfermedades son iguales, por lo que deben ser tratadas de forma igualitaria -en este sentido afirmó que "era lo mismo una anorexia nerviosa que un cáncer"-, y el análisis de coste-efectividad, y más específicamente el de coste-utilidad, que evalúa el valor de las pruebas diagnósticas y terapéuticas en función del coste de un año de vida ajustado por calidad (AVAC), permite determinar qué tecnologías se han de financiar con fondos públicos y cuáles no a partir de un valor umbral (por ejemplo, 24.000 libras por AVAC). No había ninguna duda en sus planteamientos de que el NICE es fiel a la regla utilitaria de "obtener el máximo beneficio para el mayor número de personas" que fundamenta la teoría utilitarista de justicia social.

Una reflexión sobre los planteamientos antes expuestos permite dudar sobre su idoneidad en el contexto español, salvo el caso

obvio de que los recursos son finitos. No está claro que todas las enfermedades sean iguales, y si fuera así la decisión tendría que tener un fundamento social. ¿Es equivalente la supervivencia obtenida en un cáncer de próstata en un varón de 85 años a la de un cáncer de testículo en el mismo varón 60 años antes, a los 25 años de edad? Desde una perspectiva de filosofía moral, nuestras decisiones se han de basar en la teoría liberal igualitaria de justicia social, que fundamenta la Constitución Española. Desde esa perspectiva se podría argumentar que la negación de una intervención terapéutica basada en criterios de coste-utilidad podría ser anti-constitucional en una sociedad que no sólo no se ha pronunciado sobre cuál es el valor económico apropiado para un año de vida adicional, sino que ni siquiera ha decidido si esa valoración es moralmente aceptable.

Escenario moral

En el caso del NICE, el escenario moral es más complejo, ya que el valor umbral no ha sido el mismo en todas sus decisiones. Este excepcionalismo moral, que les lleva a aceptar un tratamiento para la esclerosis múltiple con un valor económico mucho mayor que un tratamiento para el cáncer colorrectal que rechazan, deslegitima los planteamientos antes expuestos y evidencian los riesgos de la simplificación numérica.

Una tremenda fe en el análisis coste-utilidad sólo es concebible en dos tipos de personas: las que sólo saben hacer ese tipo de análisis o las que nunca lo han hecho. Los métodos del análisis económico, a diferencia de los del ensayo clínico, son muy vulnerables, tanto en el diseño del modelo como en la interpretación de los resultados obtenidos, por lo que el valor umbral es muy sensible a múltiples variaciones según los datos utilizados. Desde una perspectiva de planificación sanitaria, quizás sería útil invertir en bases de datos de buenas prácticas clínicas y en estudios que evalúan la eficacia y la efectividad de las intervenciones. La evaluación de tecnologías sólo es factible si hay buenos estudios.

Finalmente, se podría argumentar que el concepto NICE podría tener sentido en una ética protestante, pero no en una de tradición católica. La parábola del buen samaritano condiciona muchas de las decisiones de nuestros médicos. En eso, también el modelo NICE, término que puede traducirse como "simplón, bonito o amable", resulta ser una mera cuestión de fe.