

Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en atención primaria

Existe un gran interés en relación con el proceso de toma de decisiones siguiendo criterios de eficiencia en el ámbito de la salud y acerca del creciente papel que está cobrando la evaluación económica en dicho ámbito. En este trabajo intentamos medir el uso de técnicas y resultados de evaluación económica por parte de decisores del ámbito primario. Dicha medición fue llevada a cabo a través de varias herramientas: cuestionarios postales, entrevistas personales y otro tipo de entrevistas semiestructuradas, y fueron realizadas a diferentes grupos de decisores de atención primaria. A través de dichas herramientas identificamos una serie de barreras o factores que tienden a dificultar la utilización de la evaluación económica por parte de los diferentes agentes entrevistados. Podemos clasificarlas en tres grupos: barreras administrativas, barreras de método y barreras de aplicación y práctica. Nuestra conclusión es que el futuro desarrollo de la evaluación económica requerirá varias medidas que permitan la superación de dichas barreras y sugerimos algunas recomendaciones que pueden llevarse fácilmente a la práctica. Por último, dada la propia naturaleza de la evaluación económica, su futuro desarrollo dependerá tanto de la calidad de su contenido como de su credibilidad.

INTRODUCCIÓN

En el marco general de la economía de la salud, la evaluación económica es una de las herramientas o técnicas que más directamente incorpora los criterios económicos a los procesos de toma de decisiones sanitarias. Partiendo de los criterios clásicos de seguridad y eficacia de las tecnologías utilizadas en el sistema sanitario, la evaluación económica introduce el concepto de la eficiencia en la toma de decisiones. Supone, por tanto, añadir nuevos requerimientos al proceso de decisión y exige un marco que lo haga factible, lo cual ha de conllevar cambios en las actitudes y comportamiento de los agentes involucrados en el sistema sanitario, profesionales clínicos y de gerencia²⁻⁴.

Este trabajo trata de acercarse al conocimiento de la forma en que los avances de la evaluación económica de tecnologías sanitarias se corresponden con la efectiva incorporación de los resultados de las evaluaciones en los procesos de decisión sanitaria en todos sus ámbitos. Su fuente es el proyecto de investigación "Impacto de los Estudios de Evaluación Económica en la Toma de Decisiones Sanitarias", coordinado por F. Antoñanzas y financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias*, el cual es, a su vez, deudor del proyecto europeo Euromet, financiado por el programa Biomed 2 y coordinado por el prof. Mathias Von Der Schulenburg⁴.

La aplicación práctica de la evaluación económica afecta a todos los ámbitos del sistema sanitario, los cuales hemos agrupado conforme a los tres niveles propues-

■ J. Oliva^{a,b}, J. del Llano^a, F. Antoñanzas^c, C. Juárez^c, J. Rovira^d, M. Figueras^c y J. Gervas^e

^aFundación Gaspar Casal. ^bUniversidad Carlos III de Madrid. ^cUniversidad de La Rioja. ^dUniversidad de Barcelona. ^eEquipo CESCA.

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias: Proyecto FIS 98/1543. Una versión previa de este artículo se presentó en Palma de Mallorca, en las XX Jornadas de Economía de la Salud¹.

Correspondencia: Dr. J. Oliva.

Fundación Gaspar Casal y Universidad Carlos III.

c/ General Díaz Porlier, 78, 8.º A. 28006 Madrid.

Correo electrónico: joliva@eco.uc3m.es; fgcasal@terra.es

*Proyecto FIS 98/1543.

tos por Ortún⁵. Los usuarios potenciales serían, en un sistema sanitario público como el español, los gestores de los servicios centrales de las administraciones públicas, tanto de la administración central como de las autonomías, en el ámbito de la macrogestión; los directivos y gerentes de área sanitaria, tanto de atención primaria como de atención especializada, y subordinadamente los gerentes de hospitales y los coordinadores de equipos de atención primaria en el ámbito de la mesogestión, y los médicos, que en el ejercicio de su práctica clínica, con una continua adopción de decisiones respecto a la selección de pautas diagnósticas y terapéuticas, gestionan con autonomía importantes asignaciones presupuestarias en el ámbito de la microgestión.

Se utilizó como método de obtención de información la consulta a los agentes antes mencionados, en su calidad de potenciales usuarios de la evaluación de tecnologías^{1,6,7}. Esta consulta se ha realizado a través de un cuestionario postal, pero habida cuenta de las dificultades encontradas en otros estudios^{**} que han empleado exclusivamente este método postal, se ha completado el análisis con un conjunto de entrevistas semiestructuradas, en grupos de unas 10 personas, permitiendo que se estableciera un diálogo entre los asistentes, sin buscar un acuerdo entre las opiniones^{***,8}. Las preguntas de las entrevistas se han adaptado del cuestionario general, elaborado en el seno del grupo Euromet, a cada conjunto de agentes concreto. También se tradujo al castellano el cuestionario postal que el grupo del Euromet ha enviado a los agentes sanitarios de otros países. En las páginas siguientes se han extraído los grupos de gestores sanitarios y los resultados particulares de sus

contestaciones que son más relevantes para el ámbito de la atención primaria. Así, únicamente se hará mención expresa a los grupos de farmacéuticos, médicos y gerentes de atención primaria. No se considerará los resultados obtenidos de otros agentes del sistema sanitario⁸.

Las cuestiones planteadas trataban de averiguar cuáles eran las decisiones de asignación de recursos de cada uno de los entrevistados, cuáles los criterios con que se adoptaban esas decisiones y, más en concreto, si introducían el concepto de evaluación económica en esos procesos, cuál era su empleo y, en caso de no usarse, cuáles eran las barreras o motivos para su no utilización. Para seleccionar a los entrevistados se recurrió a las respectivas asociaciones y a las subdirecciones de atención primaria del Insalud. No se empleó ninguna estratificación en la muestra sino que se aplicó, cuando fue preciso, el criterio de accesibilidad geográfica para celebrar las reuniones –aprovechando la asistencia de los entrevistados a congresos, cursos o reuniones de trabajo– o bien se intentó cubrir a toda la población censal del grupo estudiado.

LA VISIÓN DE LOS AGENTES DEL SISTEMA

Los gerentes de atención primaria manifestaron claramente como una de sus principales preocupaciones la gestión de los recursos humanos. Creen necesario transmitir una cultura en la que la gerencia sea percibida como una estructura de apoyo, y que los objetivos establecidos en el contrato de gestión sean asumidos por los profesionales sanitarios como propios, puesto que, en su opinión, los profesionales sanitarios están desmotivados y perciben la gerencia como un controlador del gasto sanitario. En cuanto a decisiones orientadas a la asignación de recursos, los gerentes manifiestan que casi no se adoptan, ya que el 60% del presupuesto corresponde a la partida de farmacia, estando bastante descentralizadas las decisiones sobre inversiones, compras y mantenimiento en el nivel de los equipos de atención primaria (EAP). Desde las gerencias se ordenan o priorizan las inversiones, se definen los niveles de dotación tecnológica y se realizan seguimientos presupuestarios por partidas cerradas, siendo las decisiones del día a día las que

Las cuestiones planteadas trataban de averiguar cuáles eran las decisiones de asignación de recursos de cada uno de los entrevistados, cuáles los criterios con que se adoptaban esas decisiones y, más en concreto, si introducían el concepto de evaluación económica en esos procesos, cuál era su empleo y, en caso de no usarse, cuáles eran las barreras o motivos para su no utilización

**Los resultados de otros estudios internacionales de carácter parcial, llevados a cabo en el Reino Unido⁷, no fueron determinantes, ya que la metodología empleada, basada exclusivamente en cuestionarios postales, no permitía detectar con precisión si los entrevistados conocían exactamente los términos a los que se referían las preguntas. Así, por ejemplo, se observó que existía confusión entre evaluación económica completa –relación entre costes y efectos sobre la salud de las tecnologías empleadas–, impacto presupuestario, estudios de costes, etc.

***A esta técnica cualitativa de investigación social se le denomina en inglés *focus group*, lo que se ha traducido como grupo focal.

Desde la gerencia se comienza a sustituir el concepto de control del gasto en farmacia por el de prescripción de calidad, aunque a corto plazo los gerentes son conscientes de que pueda aumentar la partida presupuestaria en fármacos

consumen una gran parte del tiempo de estos agentes. Por otra parte, son las comisiones de dirección las responsables de adoptar medidas sobre políticas de compras (concursos públicos) y las adquisiciones de mayor importancia presupuestaria que se reflejan en los planes de necesidades de los EAP.

Las decisiones relativas a la adquisición de tecnología sanitaria se adoptan en las comisiones de dirección a partir de los planes de necesidades elaborados por los EAP. Cuando llegan informes de las agencias de evaluación se difunden a toda el área pero no existe una colaboración interinstitucional explícita. Existe un generalizado escepticismo acerca de la resolución de la elevada variabilidad en la práctica médica, especialmente, en la utilización de medicamentos y en las incapacidades laborales, ya que las guías y protocolos de actuación, aunque estén elaborados por la atención primaria o conjuntamente por la primaria y la especializada, apenas se siguen.

También existe coincidencia en que los procedimientos educativos (p. ej., un boletín y dos sesiones con farmacéuticos de atención primaria al mes) y los incentivos (100.000-200.000 ptas. al año) que se pueden ofrecer desde la gerencia son reducidos frente a las 5 visitas diarias (como promedio) de los laboratorios y los congresos, viajes, etc., que éstos ofrecen a los médicos. Si bien se realiza un control de la evolución del perfil prescriptor y se mantienen entrevistas personalizadas con los hiperprescriptores, el sistema sanitario dispone de incentivos directos menores y tampoco existen penalizaciones, con lo cual los efectos de las políticas de uso racional del medicamento son escasos.

Desde la gerencia se comienza a sustituir el concepto de control del gasto en farmacia por el de prescripción de calidad, aunque a corto plazo los gerentes son conscientes de que pueda aumentar la partida presupuestaria en fármacos. Sin embargo, se cree que actualmente se tiene poco en cuenta que los medicamentos evitan costes hospitalarios o costes en atención especializada. Así, por ejemplo, aunque se empiecen a tener en cuenta los cocientes coste/efectividad, falta una visión amplia del ahorro que se produciría si funcionara adecuadamente la coordinación entre la atención primaria y la aten-

ción especializada. En cuanto a la utilización de la evaluación económica es limitada, puesto que continúa prevaleciendo el criterio de que hay que curar al precio que sea.

Los médicos pertenecientes a un EAP de gestión pública están de acuerdo en que prácticamente todas las decisiones que toman a diario suponen un gasto y, por tanto, una asignación de recursos, y manifiestan que existe la tendencia a exigir a los médicos de atención primaria una capacidad de resolución mayor.

El principal criterio que adoptan los médicos de atención primaria en su toma de decisiones diarias es el clínico, con el objetivo de conseguir el bienestar del paciente (prevención y asistencia poco invasiva) y, siempre que se pueda, al menor coste económico y personal. Manifiestan que ellos atienden no sólo al enfermo con un problema de salud determinado, sino al enfermo con todas sus circunstancias, las cuales pueden influir de forma determinante en sus decisiones. De ahí que, aunque aceptan los protocolos realizados por las sociedades profesionales de médicos de atención primaria o los elaborados desde su dirección de atención primaria, los sigan de manera escasa, puesto que el perfil de paciente al que atienden normalmente suele tener unas circunstancias bastante diferentes de las que se mencionan en dichos protocolos.

Los médicos de atención primaria tienen bastante claro el concepto de coste de sus decisiones y, desde un punto de vista teórico, no lo limitan exclusivamente a la decisión que toman, sino también al impacto que generará a medio-largo plazo tanto en la propia utilización de recursos como en el estado de salud del paciente y en su calidad de vida, aunque consideran que estos costes son difíciles de medir. Pese a ello, reconocen que en su actuación del día a día frente al paciente no tienen en cuenta los criterios de coste.

De igual manera, existe un desconocimiento acerca del coste de sus actuaciones, si bien no está claro que el conocimiento sobre el mismo les hiciera modificar su actuación ante un paciente determinado. Manifiestan que perciben una presión cada vez más elevada para contener el gasto, en general, y el gasto farmacéutico, en particular. La prescripción de pruebas complementarias se rea-

liza a partir de los criterios de necesidad para el paciente y del rendimiento de la prueba (en cuanto a que pueda modificar el tratamiento o seguimiento del paciente). También señalan que, siempre que su nivel de conocimiento lo permita, prefieren seguir al paciente ellos mismos que derivarlo a la atención especializada, lo cual a la larga genera un mayor gasto.

Conocen los estudios de coste-efectividad pero manifiestan que les resultan difíciles de entender, que no los revisan y que si los necesitasen acudirían a sus fuentes de información habituales (MEDLINE, Internet). Opinan, no obstante, que necesitan estructuras de soporte que se dediquen a evaluar las nuevas tecnologías, los protocolos, los nuevos medicamentos, los estudios de coste-efectividad y que, simplemente, les pasen herramientas útiles para su trabajo del día a día. En su opinión, los estudios de evaluación económica en el futuro adquirirán mayor protagonismo porque se tendrá que conseguir el máximo de salud con los recursos de los que se disponga, si bien el hecho de tener que incorporar en un futuro criterios económicos en sus decisiones podría crearles conflictos éticos.

Las principales decisiones que toman los médicos pertenecientes a la Red Española de Atención Primaria (médicos generales/de familia interesados por la investigación de servicios) son aquellas relacionadas con la asignación de recursos: prescripción de medicamentos, pruebas complementarias, derivaciones –a la atención especializada ya sea programada o de urgencias, y otras menos frecuentes como las de enfermería, psicólogos, fisioterapeutas, matronas, etc.– y las bajas laborales. Otra decisión que supone asignación de recursos es la distribución del tiempo del propio médico, particularmente en aquellos médicos integrados en los EAP reformados. Los no integrados no disponen de esta capacidad ya que su tiempo lo deben dedicar a la asistencia a demanda. Todos los médicos consideraron que las decisiones mencionadas las pueden tomar con libertad clínica, a pesar de que se están viendo sometidos progresivamente a una mayor presión por cumplir los criterios e instrucciones que les marca la organización en la que trabajan, pues su seguimiento va ligado a los incentivos económicos que perciben.

La selección de medicamentos suele estar basada en la Guía Terapéutica del Área Sanitaria. Sin embargo, su utilidad real la consideran escasa. En primer lugar, porque no son documentos acordados entre los médicos de atención primaria y la administración sanitaria, ya que éstos no suelen colaborar en su elaboración. Algunas guías, además, son meras listas que no relacionan los principios activos con su indicación de uso, en la que se seleccionan las marcas comerciales más baratas o las especialidades farmacéuticas genéricas de un mismo principio activo disponibles en el mercado.

Otro hecho a destacar es la sensación de control negativa experimentada proveniente de la recepción de información sobre el gasto mensual y el acumulado, así como del número de envases prescritos indicando, además, su desviación frente al resto de compañeros del equipo o de otros centros y de áreas. También reciben información del porcentaje de medicamentos de genéricos prescritos y de medicamentos de utilidad terapéutica baja. El rechazo a estas medidas suele venir al considerarse que esta información presenta un carácter de tipo coercitivo más que formativo.

Reconocen que existe variabilidad en la práctica clínica pero no saben si este hecho es bueno o malo. Los protocolos de actuación están elaborados por una comisión en la que participan los médicos de forma voluntaria, siendo su seguimiento también de carácter voluntario. Sin embargo, se producen situaciones incongruentes en que por seguir el protocolo para una determinada dolencia o patología el médico es reconvenido por utilización excesiva de pruebas. Existe una sensación de que el seguimiento de los protocolos genera un gasto mayor, lo que entra en conflicto con el control presupuestario, que al final se resuelve a favor de este último. Además, las enfermedades de las que se elaboran protocolos, que suelen coincidir con las Normas Técnicas Mínimas, tienen una prevalencia muy elevada y son elegidas por la gerencia por ser aquellas que van a auditarse o sobre las que va a haber un seguimiento especial. El seguimiento de los protocolos por parte del médico depende más de los efectos sobre el facultativo que del interés sanitario o científico del problema de salud.

La selección de medicamentos suele estar basada en la Guía Terapéutica del Área Sanitaria. Sin embargo, su utilidad real se considera escasa. En primer lugar, porque no son documentos acordados entre los médicos de atención primaria y la administración sanitaria, ya que éstos no suelen colaborar en su elaboración

En cuanto a su relación con otros agentes del sistema, los contactos con los médicos de la atención especializada son escasos o nulos. Consideran que los farmacéuticos de atención primaria tienen una escasa formación clínica y que la inexperiencia clínica de éstos lleva a que sus posiciones sean fácilmente rebatibles por cualquier facultativo, no estando por tanto condicionadas las actuaciones del médico por las recomendaciones del farmacéutico de atención primaria.

En opinión de los médicos, la incorporación de nuevas tecnologías es prácticamente nula en atención primaria. Los nuevos medicamentos simplemente se pueden prescribir cuando están autorizados, lo cual se sabe por la publicidad, el vademécum o los visitantes médicos. No se realiza ninguna información específica sobre su interés o utilización clínica.

Como colectivo manifiestan que las cuestiones que evalúan las agencias son de poca utilidad para la práctica clínica, pero creen que la gerencia tampoco hace uso de las mismas ni les solicita información sobre la calidad de la prescripción. En cuanto a los estudios de evaluación económica manifiestan que entienden el concepto de eficiencia. La información que tienen disponible de los estudios de evaluación económica es escasa, su utilización es muy complicada, está sesgada, ya que normalmente la entregan los laboratorios, y consideran que tienen escaso impacto sobre sus decisiones. Los cursos de formación que reciben, que cada vez son mayores en número, no les suelen ayudar a resolver sus problemas prácticos, rechazándose aquellos en los que se abordan temas económicos. Su centro de interés es la resolución del problema de salud del paciente, sin preocuparse del coste ni de que exista otra forma más barata de abordar el problema. Les gratifica mucho más la confianza y el reconocimiento que el paciente deposita en ellos que los incentivos de su propia organización.

Los médicos pertenecientes a un EAP de gestión privada estuvieron de acuerdo en que prácticamente todas las decisiones que toman a diario suponen un gasto y, por tanto, una asignación de recursos. En concreto, mencionan la prescripción, las derivaciones, las pruebas complementarias, el tiempo que dedican a sus pacientes y las bajas laborales.

El criterio fundamental en sus decisiones cotidianas es el criterio clínico. El criterio de coste no se lo planteaban en el pasado porque desconocían lo que costaban sus actuaciones. Progresivamente, van siendo informados y esto les provoca una cierta sensibilización hacia los criterios económicos. Este hecho, les ha obligado a plantearse la solicitud de pruebas complementarias cuyos resultados no modifiquen el tratamiento del paciente, el diagnóstico o la evolución de la enfermedad, como es el caso de las radiografías en pacientes con artrosis. Manifiestan su libertad en las decisiones diarias, si bien reconocen la existencia de más incentivos a una sobreutilización de recursos que a la inversa. El reconocimiento del paciente y su bienestar les resulta un potente incentivo, mayor que el monetario. Por otro lado, opinan que el paciente debería responsabilizarse también de su salud, pues actúan en muchos casos de inductores y decisores en la utilización de recursos.

La consideración de los criterios económicos en la actualidad no les genera conflicto ético. Éste podría alcanzarse si se alterara significativamente la situación actual y se enfrentaran a la disyuntiva de respetar de forma estricta los criterios económicos o perder su puesto de trabajo. Creen, no obstante, que al médico asistencial es difícil que se le generen problemas éticos, pues primeramente surgirían en el momento de priorizar la asignación de recursos en los propios centros.

Conocen los estudios de evaluación económica pero les resultan muy difíciles de comprender. Además, en las revistas que habitualmente revisan, rara vez aparecen publicados este tipo de estudios. No obstante, son capaces de mencionar estudios de evaluación económica que les resultaron de utilidad. Creen que en el futuro el papel de la evaluación económica puede ser mayor, pero en la actualidad continúa prevaleciendo el criterio clínico en la adopción de sus decisiones.

Finalmente, los farmacéuticos de atención primaria, es decir, aquellos que trabajan en las gerencias, manifiestan que ellos no toman decisiones que en sí mismas impliquen la asignación de recursos, sino que sus decisiones, relacionadas siempre con el medicamento, van encaminadas a modificar la actuación del médico.

Los nuevos medicamentos simplemente se pueden prescribir cuando están autorizados, lo cual se sabe por la publicidad, el Vademécum o los visitantes médicos. No se realiza ninguna información específica sobre su interés o utilización clínica

Para ello suelen emplear:

- Actuaciones conjuntas y unificadas sobre algunos grupos terapéuticos (antibióticos, AINE, benzodiacepinas, etc.).

- Actuaciones de forma individual sobre los grandes prescriptores: a través de entrevistas personalizadas, informándoles de sus actuaciones respecto a las del resto del grupo, y contraponiendo lo que hacen con lo que deberían hacer.

- La edición de los boletines y las guías, e incluso los propios contratos, que son medios de formalizar las recomendaciones efectuadas a los médicos.

Los criterios que utilizan para tomar decisiones respecto a los medicamentos son los de seguridad y eficacia por encima de todos los demás, incluyendo criterios económicos. En su opinión, se está produciendo un cambio cultural en los criterios de seleccionar los medicamentos y creen que, además de los criterios de selección habitualmente utilizados, existen otros de fondo que todavía no han aflorado y que la condicionan de forma muy importante. Desde su punto de vista, el criterio económico puede aplicarse a un amplio abanico de decisiones. Sin embargo, las decisiones que tendrían mayor impacto al aplicar este criterio son las de autorización y registro de especialidades farmacéuticas similares. Opinan que las actuaciones políticas deberían ser coherentes con las actuaciones más técnicas y buscar introducir paulatinamente cambios culturales en los médicos y en la población.

Un tipo de coste que consideran relevante es el del uso innecesario o inadecuado de los recursos. Consideran que el coste del medicamento más utilizado en sus decisiones o recomendaciones es, en términos relativos, muy pequeño. Por poner un ejemplo, se sabe el gasto que se destina a gastroprotección, pero se desconoce cuántas hospitalizaciones se están evitando o los efectos de la misma en el propio paciente. En su opinión, en la actualidad, la consideración del criterio económico no suele comportar problemas éticos, salvo en casos muy aislados, porque, en realidad, los presupuestos no son totalmente cerrados en la práctica. Son receptivos a la evaluación económica y tienen interés en estudiarla, si bien presentan una cierta dificultad para interpre-

tar los resultados de los estudios de coste-efectividad y también para su realización. Además, cuando se preparan las guías y boletines se hace una revisión de estos estudios, aunque el concepto de coste que acaban utilizando sea el del coste de tratamiento por día.

BARRERAS Y RECOMENDACIONES

Barreras

La realización de estas reuniones, entrevistas y encuestas ha permitido la identificación de una serie de barreras, o de factores desmotivadores, para la utilización por los decisores de la evaluación económica. Éstas se pueden ordenar en tres grupos: barreras administrativas, barreras relativas al método y barreras de aplicación y práctica. Las principales barreras identificadas dentro del primer grupo se resumen en la tabla 1 y tienen que ver fundamentalmente con la estructura administrativa con la que se rige la prestación de los servicios sanitarios –fundamentalmente en relación con su carácter de administración pública y la regulación consiguiente–, en concreto con la estructura y dinámica presupuestaria, con la no exigencia legal de los estudios para la aprobación de nuevos fármacos, o con su vinculación a otras cuestiones administrativas que no se encuentran operativas. Las barreras administrativas no son barreras menores, pues frenan la “naturalidad” con que debería verse la evaluación económica y la alejan del “todo” que integran otros procesos regulados en la prestación de servicios sanitarios. Los médicos clínicos se preguntan por qué no se incluye la evaluación económica de forma ruti-

Los criterios que utilizan para tomar decisiones respecto a los medicamentos son los de seguridad y eficacia por encima de todos los demás, incluyendo criterios económicos

Tabla 1. Barreras administrativas en atención primaria

BARRERAS ADMINISTRATIVAS	GRUPOS DE DECISORES
Dificultad de cambiar recursos de un capítulo del presupuesto a otro	Médicos y farmacéuticos de atención primaria
La contención de costes es más importante que el criterio de coste-efectividad	Farmacéuticos de atención primaria
Los estudios económicos no necesitan ni se requieren administrativamente	Médicos y farmacéuticos de atención primaria
El empleo de la evaluación económica estará condicionado a la financiación de centros basada en el pago por proceso	Farmacéuticos de atención primaria

Tabla 2. Barreras relativas al método en atención primaria

BARRERAS DE MÉTODO	GRUPOS DE DECISORES
Los estudios de evaluación económica son complicados y su lectura difícil de comprender	Gerentes y farmacéuticos de atención primaria
Los ahorros que señalan los estudios económicos son teóricos pero no reales	Farmacéuticos de atención primaria
Los estudios económicos necesitan demasiadas hipótesis de trabajo como para que los resultados sean aplicables en la vida real	Farmacéuticos de atención primaria

na en todas las decisiones de la Administración sanitaria y no hay buena respuesta que darles, lo que desacredita a sus ojos, al tiempo, a la Administración y a la evaluación económica.

Respecto a las barreras relativas al método, que se resumen en la tabla 2, podrían agruparse en dos bloques. En primer lugar, las que tienen que ver con el método en sí mismo y, en concreto, al excesivo número de hipótesis, la dificultad en comparar ciertos estudios y la falta de estandarización. En segundo lugar, se encontrarían barreras relativas a la comprensión de la técnica y de sus resultados, como los relativos a la complejidad y difícil lectura de los estudios o a la consideración de exceso de componentes teóricos o falta de “realidad” de los resultados de los estudios. Los métodos de la evaluación económica son considerados como poco “entendibles” entre los profesionales sanitarios y faltos de credibilidad por su escasa comprensión, en comparación con los ensayos clínicos y sus métodos estadísticos o los estudios epidemiológicos. La evaluación económica no ha logrado cubrir el vacío existente entre sus modelos teóricos y su aplicación a

Tabla 3. Barreras de aplicación y práctica en atención primaria

BARRERAS DE APLICACIÓN Y PRÁCTICA	GRUPOS DE DECISORES
El patrocinio de los estudios (industria farmacéutica) puede influir en los resultados	Médicos y farmacéuticos de atención primaria
No consideran importante la evaluación económica, tienen otros criterios más relevantes	Médicos de atención primaria
Falta de recursos para incentivar la reorientación de la prescripción	Gerentes de atención primaria
Falta de conocimiento sobre las implicaciones económicas del empleo de los medicamentos	Gerentes de atención primaria

la práctica clínica. Series de artículos introductorios sobre la evaluación económica, publicados por economistas de la salud en revistas dirigidas al colectivo de profesionales de atención primaria, ayudan a cubrir parte de este vacío y mejorarán el entendimiento entre las partes.

El último grupo de barreras tiene que ver con las limitaciones a su práctica. Entre éstas destaca el relativo acuerdo en los condicionantes relacionados con el origen y la financiación de los estudios concernientes a medicamentos. También se cita el escaso interés existente en el sistema sanitario por la eficiencia, al señalarse su uso exclusivo en la discusión del precios (fármacos) o la existencia de otros criterios de mayor relevancia. Un tercer punto sería las barreras relacionadas con la escasez de los recursos, tanto para la realización de los estudios por la propia administración como para aplicar sus resultados incentivando la reorientación de la prescripción. Se señala, por último, la escasez de estudios, en relación con su utilidad práctica, y la falta de conocimiento de las implicaciones económicas del uso de los medicamentos. Los médicos de atención primaria sienten como ajenos los resultados de las evaluaciones económicas, las cuales no se ajustan a la compleja realidad de sus pacientes y no perciben su aplicabilidad a la práctica clínica diaria (tabla 3).

Recomendaciones

El desarrollo futuro de la evaluación económica requerirá adoptar diversas medidas que permitan superar estas barreras. La meta es lograr aumentos de calidad con un aumento razonable del coste o, incluso, con disminución del mismo. A continuación referimos algunas recomendaciones al respecto, las cuales pueden ser clasificadas atendiendo a su naturaleza y que, a nuestro juicio, pueden resultar más fácilmente incorporables a nuestro sistema sanitario en el presente momento.

Por una parte, destacamos una serie de recomendaciones de carácter administrativo, las cuales corresponderían a las autoridades sanitarias:

- Publicar recomendaciones de estandarización de la metodología de evaluación económica, de modo que sirva de guía para

los analistas y gestores (fácilmente viable).

- Establecer que los estudios de evaluación económica incorporen, además, una previsión de repercusión en los presupuestos (fácilmente viable).

- Fijar que los estudios sean auditados.

- Facilitar la flexibilidad de los presupuestos públicos.

- Incentivar el empleo de la evaluación económica.

- Comenzar a evaluar las intervenciones más estandarizadas y cuyos resultados sobre la salud son más fáciles de medir (fácilmente viable).

- Introducir expertos en evaluación económica en los grupos que elaboran las guías de práctica clínica (fácilmente viable).

El papel que haya de corresponder a la evaluación económica depende de la voluntad de los organismos que han de tomar decisiones acerca de la utilización de recursos. La generalización del uso de la evaluación en la toma de decisiones supone determinar de forma explícita hasta qué punto se tendrá en cuenta la presentación de un estudio a la hora de adoptar una determinada decisión. Esta necesidad de hacer explícitos los criterios con los que se toman decisiones puede ser el “talón de Aquiles” de la aplicación práctica de la evaluación económica, pero también el mejor camino de lograr la necesaria credibilidad entre los médicos clínicos.

En esta misma línea resulta conveniente el establecimiento de estándares metodológicos, es decir, hacer explícitos los procedimientos y técnicas analíticas que deben aplicarse en los estudios que se sometan a la consideración de la administración. La estandarización metodológica facilita y abarata la realización de las evaluaciones y reduce los sesgos en los análisis, mejorando la credibilidad de los estudios. Junto a esto, podría recomendarse que los estudios fuesen auditados por analistas independientes –debidamente homologados– que valorasen la validez y calidad de los estudios, de forma que los decisores pudieran concentrarse en las repercusiones de los resultados en su toma de decisiones.

Por otra parte, la estructura presupuestaria conlleva que las asignaciones de recursos para el gasto estén segmentadas y la responsabilidad de las decisiones recaiga en distintos gestores. Ello limita sus-

tancialmente los incentivos a una asignación eficiente de los recursos cuando ésta supone alguna forma de redistribución de los recursos liberados entre distintos centros y unidades que no correspondan al mismo órgano que ha adoptado la decisión. Este hecho se relaciona, asimismo, con el tipo de objetivos asignados a los gestores, que habitualmente son objetivos estrictamente de gasto, no de calidad, y no tienen en cuenta la eficiencia. Si la estructura no incentiva la reasignación de recursos para mejorar la eficiencia, o incluso la desincentiva, es lógico que los estudios de evaluación económica despierten poco interés entre los decisores. Mientras la preocupación principal se ajuste al presupuesto, el control del gasto, y no la mejora de la calidad, la mejora de la salud de la población a través de actividades concretas, el impacto de la evaluación económica será siempre menor.

La incentivación en el uso de los estudios de evaluación económica reclama un papel más activo de las autoridades que podría concretarse, por ejemplo, en la creación o financiación de centros y gabinetes especializados en evaluación económica independientes o ligados a las actividades de evaluación de tecnologías. Ello se relaciona, además, con la necesidad de garantizar la difusión de los estudios entre los destinatarios finales y con la conveniencia de incorporar expertos en evaluación económica en algunos procesos de toma de decisiones.

Otra área de intervención administrativa que quedaría fuera del ámbito sanitario sería la educativa. En este campo se podría recomendar la inclusión de la evaluación económica en los currículos de las titulaciones de carácter sanitario (fácilmente viable). La incorporación a las decisiones diarias del criterio de eficiencia exige una formación específica en evaluación económica y otras disciplinas económicas y de gestión de los actores del sistema que toman decisiones de asignación de recursos. Por ello, además de la incorporación de estas materias en la oferta de las administraciones sanitarias en la formación continuada y el reciclaje de su personal, resultaría especialmente relevante que por parte de las autoridades e instituciones académicas se facilitase la incorporación de la evaluación económica y de otros contenidos económicos en la formación de los profesionales sanitarios. No obstante, los

Esta necesidad de hacer explícitos los criterios con los que se toman decisiones puede ser el “talón de Aquiles” de la aplicación práctica de la evaluación económica, pero también el mejor camino de lograr la necesaria credibilidad entre los médicos clínicos

médicos clínicos necesitarán comprobar que la evaluación económica conlleva dosis suficientes de flexibilidad que permitan introducir sus conclusiones en el entorno práctico diario, con sus exigencias de decisión inmediata en condiciones de gran incertidumbre. Un objetivo claro sería lograr que los médicos líderes de opinión empezaran a incorporar los resultados de la evaluación económica en sus publicaciones y actividades docentes.

Un último grupo de medidas tendría un carácter técnico o práctico. Una de ellas sería la inclusión de resúmenes claros y concisos que facilitasen la lectura de las evaluaciones o bien simplificar la presentación (fácilmente viable), el facilitar el acceso a los estudios mediante su publicación en revistas de amplia difusión (fácilmente viable) y la promoción de que en los estudios se empleen similares medidas de los resultados sobre la salud (fácilmente viable). En relación con estos aspectos, parece recomendable que se dispusiera de datos sobre los costes utilizables por cualquier analista, a través de bases fácilmente accesibles (fácilmente viable), que además de facilitar la realización de los estudios evitando búsquedas duplicadas reforzarían la comparación entre éstos. Por otro lado, habría que abordar también el problema de los sesgos potenciales en la elaboración de estudios. Para ello, podrían establecerse, por ejemplo, protocolos sobre el tipo de relación contractual apropiada entre los financiadores de los estudios y quienes los llevan a cabo, que recogerían aspectos como el derecho de publicación de los resultados, la propiedad intelectual, la confidencialidad de la información, etc., que pueden resultar cruciales para la transparencia y credibilidad de los estudios.

EL FUTURO DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Parece razonable afirmar que en el futuro ha de crecer la necesidad de tomar en consideración el criterio de eficiencia en las decisiones sanitarias y que, por tanto, la evaluación económica ha de desempeñar un papel cada vez más relevante en los procesos de adopción de decisiones sanitarias⁹. No obstante, conviene señalar que esa importancia creciente de la evaluación económica se manifestará, probablemente, a través de un proceso lento y

progresivo, si bien constante. El interés, el esfuerzo, debe cambiar en la organización y prestación de servicios sanitarios desde las consideraciones acerca de la cantidad (ajuste al presupuesto, control del gasto) a las consideraciones acerca de la calidad (p. ej., disminución de la morbilidad y la mortalidad sanitariamente evitable) y acerca del mejor uso alternativo del presupuesto.

Los resultados y conclusiones alcanzados en el presente estudio coinciden con las críticas y barreras encontradas en otros países de nuestro entorno¹⁰⁻¹². Los condicionantes del carácter público de nuestro sistema sanitario, y por tanto la regulación administrativa de su funcionamiento, son probablemente las barreras más relevantes a la introducción práctica del criterio de eficiencia. Así, la utilización futura de la evaluación económica será mayor y su desarrollo quedará condicionado a los cambios en la estructura presupuestaria que reduzcan la segmentación actual entre centros y ámbitos asistenciales, siendo su relevancia mayor o menor en relación con los esquemas de financiación de los centros que se hallen implantados en cada momento. El escaso uso del criterio de eficiencia, en particular en las decisiones de la microgestión, ha de verse superado en el futuro. Si un objetivo tiene la evaluación económica es la de aportar información relevante a los decisores, en sus distintos niveles, con el fin de facilitar a éstos la toma de decisiones. Es importante subrayar este hecho, teniendo presente que su objetivo fundamental no tiene por qué ser necesariamente el control del gasto sanitario, sino el uso racional de los recursos disponibles.

En atención primaria debe realizarse un esfuerzo enfocado a un cambio en la cultura de los profesionales, en el sentido de considerar que la evaluación económica aporta un criterio de racionalidad en la asignación de recursos y que dicho criterio debe ser incorporado en el desarrollo de su trabajo para la consecución de una mayor calidad asistencial. Por otro lado, los marcos de decisión propuestos desde la evaluación económica deberían ser más accesibles y flexibles para los usuarios finales y reflejar el contexto en el cual se toman las decisiones en el mundo real¹². Junto a ello, en un entorno tecnológico dinámico, la evaluación económica está llamada a te-

Los condicionantes del carácter público de nuestro sistema sanitario, y por tanto la regulación administrativa de su funcionamiento, son probablemente las barreras más relevantes a la introducción práctica del criterio de eficiencia

Resumen

DECISORES	BARRERA DE UTILIZACIÓN	RECOMENDACIONES
a) Médicos de AP b) Farmacéuticos de AP c) Gerentes de AP	A, B, C. Dificultad de cambiar recursos de un capítulo del presupuesto a otro	Mayor flexibilidad en los presupuestos sanitarios (p. ej., para cambiar partidas presupuestarias) condicionada a la ejecución de actividades calificadas como eficientes Resumen de resultados de la evaluación claro y conciso
	C. Los presupuestos son tan ajustados que no se pueden liberar recursos para adoptar nuevas terapias	Incentivar el empleo de la evaluación económica al igual que el del control de calidad La industria farmacéutica puede promover el cambio de preocupación de los gestores sanitarios del precio a la eficiencia, mediante la elaboración de estudios
	B, C. Los ahorros que señalan los estudios económicos son teóricos pero no reales	Mayor flexibilidad en los presupuestos sanitarios (p. ej., para cambiar partidas presupuestarias) condicionada a la ejecución de actividades calificadas como eficientes
	B, C. La contención de costes es más importante que el criterio de coste-efectividad	Estandarizar la metodología de la evaluación para evitar las dudas acerca de la calidad de los resultados Acompañar los estudios de eficiencia de estudios de repercusión presupuestaria de la adopción de las nuevas tecnologías
	B, C. Los estudios económicos necesitan demasiadas hipótesis de trabajo como para que los resultados sean aplicables en la vida real	Acompañar los estudios de eficiencia de estudios de repercusión presupuestaria de la adopción de las nuevas tecnologías para mostrar la posible compatibilidad y sinergias entre los resultados de la eficiencia y de la contención de costes
	C. Faltan estudios de evaluación económica para los problemas reales diarios	Simplificar la presentación de los resultados de las evaluaciones económicas para facilitar su lectura por personas sin amplios conocimientos de tales materias Comenzar a evaluar las intervenciones más estandarizadas y de las que se conozcan mejor los resultados sobre la salud y sobre la utilización de recursos sanitarios
	A, B, C. El patrocinio de los estudios (industria farmacéutica) puede influir en los resultados	Introducción de expertos en evaluación económica en los grupos de trabajo que elaboran las guías de práctica clínica Más formación en evaluación económica para conocer mejor las necesidades de de información que cada evaluación requiere
	B, C. Los estudios de evaluación económica son complicados y su lectura difícil de comprender	Realizar las evaluaciones económicas desde la administración pública o establecer el requisito de que sean auditadas externamente para tener garantías de su fiabilidad. Ambas medidas pueden ser complementarias ya que la industria farmacéutica podría elaborar los estudios y posteriormente solicitar su auditoría para obtener la validación externa
	A, B. Los estudios económicos no necesitan ni se requieren administrativamente en mi país	Simplificar la presentación de los resultados de las evaluaciones económicas para facilitar su lectura por personas sin amplios conocimientos de tales materias Estandarizar la metodología de la evaluación para evitar las dudas acerca de la calidad de los resultados
	B. El empleo de la evaluación económica estará condicionado a la financiación de centros basada en el pago por proceso	Incentivar el empleo de la evaluación económica al igual que el del control de calidad Incluir la farmacoeconomía en las licenciaturas de farmacia y sanitarias en general
	A. No consideran importante la evaluación económica, tienen otros criterios más relevantes	El requerimiento legal del empleo de los estudios de evaluación económica puede establecerse en diferentes ámbitos de decisión, y no necesariamente ha de estar ligado a reformas en la financiación de centros. Se recomienda, inicialmente, la introducción de la evaluación económica de forma paulatina y voluntaria
	C. Existe una alta variabilidad en los costes asistenciales, lo cual dificulta la comparabilidad de los estudios	Incentivar el empleo de la evaluación económica al igual que el del control de calidad Simplificar la presentación de los resultados de las evaluaciones económicas para facilitar su lectura por personas sin amplios conocimientos de tales materias Incluir la farmacoeconomía en las licenciaturas de farmacia y sanitarias en general
		Estandarizar la metodología de la evaluación para evitar las dudas acerca de la calidad de los resultados Comenzar a configurar bases de datos de costes sanitarios para facilitar la elaboración de los estudios de evaluación económica. A este respecto ya comienza a haber alguna experiencia nacional e internacional

Tabla 4. Ideas fuerza

Existen claros y diferenciados patrones de posicionamiento ante los estudios de evaluación económica en relación con el trabajo que desempeña cada grupo de decisores dentro de la atención primaria

El criterio fundamental de las decisiones cotidianas de cada grupo de decisores es el clínico. Desde las gerencias y los farmacéuticos de atención primaria comienzan a considerar la utilidad de los estudios de análisis económicos como guía de racionalización de los recursos existentes

Se distinguen tres tipos de barreras a la utilización de la evaluación económica en la toma de decisiones: administrativas, relativas al método y de aplicación práctica. Algunas de ellas son fácilmente superables

La importancia creciente de la evaluación económica se manifestará probablemente a través de un proceso lento y progresivo, si bien será constante y mantenido en el tiempo

El rigor científico y la credibilidad de los investigadores, la aplicabilidad práctica de los estudios, los incentivos de los que se dote a los agentes y el esfuerzo de todas las partes determinarán el desarrollo futuro de la evaluación económica

ner mayores requerimientos de índole práctica. Una cuestión que deberemos resolver en los años venideros es quién tendrá acceso a las innovaciones y cómo nuestra sociedad asumirá su coste. Proporcionar una mayor calidad asistencial, favorecer una distribución más justa de los recursos sanitarios disponibles, cubrir de manera apropiada las necesidades de salud no satisfechas y promover la introducción de tratamientos con una buena relación coste-efectividad, son futuros desafíos hacia los que se dirigen las propuestas de reforma de los sistemas sanitarios¹³.

Finalmente, consideramos que el desarrollo futuro de la evaluación económica depende de su calidad y credibilidad. Por eso parece especialmente importante que se redoblen, por todas las partes interesadas, los esfuerzos dirigidos a su mejora. De ahí que el futuro esté condicionado a la calidad científica de la metodología aplicada, a su mayor aplicabilidad práctica –ocupándose de problemas sanitariamente relevantes–, al reforzamiento de su validez y a la clarificación de su uso dentro del sistema sanitario (Resumen y tabla 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Juárez C, Antoñanzas F. Impact of the studies of economic evaluation in health care decision-making. En: Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E, coordinadores. Avances en Gestión Sanitaria. XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, mayo de 2000; 141-150.
2. Ross J. The use of economic evaluation in health care: Australian decision-makers' perceptions. Health Policy 1995; 31: 103-110.

3. Duthie T, Trueman P, Chancellor J, Díez L. Research into the use of health economics in decision-making in the United Kingdom-Phase II. Health Policy 1999; 46: 143-157.
4. Hoffmann C, Graf Von Der Schulenburg JM. The influence of economic evaluation studies on decision-making. Results from a survey among German decision-makers. En: Graaf Von Der Schulenburg JM, editor. The influence of economic evaluation studies on health care decision-making. Berlín: IOS Press, 2000.
5. Ortún V. ¿Conocimiento para gestionar? Gest Clin San 1999; 1: 5-6.
6. Antoñanzas F, Figueras M, Rovira J. Analysing the role of economic evaluation on decision-making in the health care system in Spain: a focus group approach. En: Graaf Von Der Schulenburg JM, editor. The influence of economic evaluation studies on health care decision-making. Berlín: IOS Press, 2000.
7. Drummond M, Cooke J, Walley T. Economic evaluation under managed competition: evidence from the U.K. Soc Sci Med 1997; 45: 583-595.
8. Oliva J, Del Llano J, Antoñanzas F, Juárez C, Rovira J, Figueras M. Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en el ámbito hospitalario, 2000; 11: (4) 171-179.
9. Torrent-Farnell J, Calvo G. El papel de los estudios de investigación de resultados en salud en las decisiones regulatorias sobre los fármacos. En: Badía X, editor. La investigación de resultados en salud. Barcelona: 2000.
10. The health of nation policy assessed. Londres: The Department of Health, 1998.
11. Freemantle N, Maynard A. Something rotten in the state of clinical and economic analysis. Health Econ 1994; 3: 63-67.
12. Kernick D. The impact of health economics on healthcare delivery. A primary care perspective. Pharmacoeconomics 2000; 18: 311-315.
13. Del Llano J. Innovación tecnológica e innovación organizativa en atención primaria: ¿qué es antes, el huevo o la gallina? Cuadernos de Gestión 2001; 7: 1-8.