



El valor de los indicadores de calidad de la prescripción y de la indicación¹

Juan Simó Miñana

C. S. Rochapea, Pamplona.

Blog: saluddineroyatenciónprimaria

El diccionario dice que controlar es “examinar con atención algo para hacer una determinada comprobación”. Por lo tanto, es perfectamente posible hablar del “control de la calidad de la prescripción”. ¿Y qué podemos controlar? Fundamentalmente, dos cosas: la prescripción y la indicación. El control de la prescripción es lo que se ha hecho hasta ahora pero sobre la indicación poco se ha hecho. Es necesario ocuparse de las dos, pues son como el par de valores que sitúan un punto en el plano.

La tecnología lo permite. Tenemos información sobre medicamentos, sobre su consumo, sobre la población e información clínica. ¿No es posible meter todo esto dentro de una “cajita inteligente”

que ayude a los médicos a prescribir mejor?

Por cierto, ¿Controlar? ¿Para qué? Algunos dirán: pues... para mejorar la calidad de la prescripción. Error. La calidad de la prescripción sólo la pueden mejorar quienes prescriben. Por lo tanto, “controlar” para ayudar a los médicos a que mejoren la calidad de su prescripción. ¿Cómo? Dándoles información que apele a su profesionalidad, a su motivación intrínseca.

¿Está indicada la prescripción? Si. ¿Se prescribe? Sí. Aquí no hay problema. No está indicada la prescripción y no se prescribe: tampoco hay problema. El problema lo tenemos cuando la prescripción no está indicada y se prescribe: sobre-prescripción inadecuada. Y también cuando la prescripción está indicada y no se prescribe: infra-prescripción inadecuada.

La Administración sanitaria sólo se ha preocupado de cuando el médico prescribe, independiente de que la prescripción fuera o no adecuada. Si prescribe que sea genérico, que sea principio

activo, si prescribe IBP que sea omeprazol, etc.... . En algunas Comunidades Autónomas refinan el control y lo llaman “algoritmos corporativos”. Lo único parecido al “control” de la indicación es el visado de inspección. Lo importante pues es actuar en estas dos casillas: tanto en la sobre-prescripción inadecuada como en la infra-prescripción inadecuada que, aunque perezca mentira, también existe (y nadie se preocupa de ella).

Control mediante el visado de inspección. No voy a negar que no sea necesario en algunos casos (sobre todo, por motivos de seguridad). Pero en otros casos, el visado es grotesco y ridículo (caso del finasteride); cuando no se ha mostrado totalmente ineficaz (caso de los antidecencia). Sólo señalar dos casos: 1/ señalar el motivo por el que finasteride lleva visado desde hace ya 18 años y el “contagio” a otros fármacos del grupo (dutasteride); y 2/señalar que el visado no ha impedido España sea líder mundial en consumo de medicación para la demencia.

¹ Ponencia presentada a la Jornada de Debate sobre “Gasto farmacéutico y calidad asistencial”, celebrada en Cáceres el 24 de octubre de 2018.

Control mediante indicadores de calidad de la prescripción (ICP)

Un trabajo de 2010 revisó los indicadores de calidad de la prescripción que se utilizaban en todas las CCAA. A través de los servicios regionales de salud, obtienen información de 16 CCAA (no consiguen de Asturias). Todas las CCAA tenían un sistema de Indicadores de Calidad de Prescripción que utilizan para su medición e incentivación. El número de indicadores por CCAA variaba entre 3 y 22. Los indicadores de selección o de uso relativo eran los más usados. Sólo País Vasco y Cantabria tenían indicadores de adecuación terapéutica. La medición se realizaba en ENVASES en 9 CCAA y en DDD en las 7 restantes.

Medir e incentivar la calidad prescriptora con estos indicadores, ¿ha ayudado a “controlar” el gasto farmacéutico? . De otra forma: “Medir e incentivar la calidad prescriptora con estos indicadores, ¿ha ayudado a mejorar la prescripción? ¿Hay algún estudio que lo demuestre? ¿Alguien lo conoce? Nadie lo conoce porque no existe.

El apogeo de los ICP coincidió con el apogeo del gasto farmacéutico en términos absolutos, en términos relativos con Europa y con la “epidemia” prescriptora en pensionistas. “Controlar”, lo que se dice, “controlar”, el gasto farmacéutico se ha “controlado” bien poco. Por lo tanto, los ICP no han ayudado a “controlar” nada. Pero... ¿y a “descontrolar”?... ¿habrán ayudado? Es decir, ¿podrían haber avivado la prescripción innecesaria de algunos fármacos? ¿Podría haber ocurrido un “efecto paradójico”?

Este es un ejemplo de “efecto paradójico”. El consumo de antibióticos baja en España desde 1996 hasta 2002. En 2002 se estabiliza hasta 2006 y en 2007 sube y se mantiene. ¿Qué pasó? En 2006 se hizo una campaña (prensa, radio televisión, carteles en centros de salud, etc.) para mejorar el uso de los antibióticos. Tras la campaña sube el consumo y se mantiene. Lógicamente, no es consecuencia de la campaña pero sí se puede decir que es un efec-

to paradójico (contrario al teóricamente esperado).

Suben los antibióticos, sí, pero no todos, suben las penicilinas. La más usada ya sabemos que es la amoxicilina, con o sin clavulánico. En los anti-ulcerosos y anti-reflujo, los IBP cada vez ocupan una mayor parte, hasta 2008 y hasta 2012 en donde casi la totalidad son IBP. Y dentro de los IBP, la gran parte es omeprazol. El resto aumentan muy poco. Es decir, no aumentan los IBP, aumenta, y mucho, omeprazol. Lo mismo pasa con los AINE's: No suben los AINEs, sube ibuprofeno. En el caso de los hipolipemiantes, los que hacen que su consumo aumente son simvastatina y atorvastatina.

En resumen: no suben antibióticos en general, ni IBP, ni AINE's, ni estatinas en general, suben los fármacos “de elección” en los indicadores de uso relativo (los más usados).

Debemos actuar sobre la sobre-prescripción o infra-prescripción inadecuadas

Control de la indicación

¿Qué es el “control” de la indicación?: Utilizar la tecnología disponible para obtener información que permita sospechar en cuántos y en qué pacientes, con nombres y apellidos, pudiera existir sobre-prescripción o infra-prescripción inadecuadas, para poder actuar sobre ellos.

Podemos “controlar” la indicación en el ámbito: Micro: Cupo, Centro de salud. Meso: Área sanitaria, Comunidad Autónoma. Macro: Comparación internacional. Veamos ejemplos en el ámbito micro y meso.

En un trabajo hecho en la Comunidad Valenciana, se cogió una cohorte de más de 11.000 pacientes, la mitad varones, reclutados en las consultas de atención primaria. Se miraron los factores de riesgo de osteoporosis y se cuantificó el riesgo mediante la herramienta FRAX. En mujeres entre 50 y 65 años, sólo el 0,7% tenía un riesgo de fractura de cadera del 3%, que es el punto de corte a partir del que las guías recomiendan tratamiento. Sin embargo, el 22% de estas mujeres llevaban tratamiento anti-resortivo.

Entre los pacientes de mi centro menores de 65 que tomaban anti-resortivos, el 74% no tenían antecedentes de ninguna fractura de ningún tipo (cuando sabemos que tener una fractura es uno de los principales factores de riesgo para tener otra).

Para ahorrar en anti-resortivos lo primero es no tratar a quien no hay que tratar. Estamos hablando muy probablemente de sobre-prescripción inadecuada.

También en mi centro de salud, el 12% de los pacientes con artrosis (de cualquier tipo y localización) está tratado con sysadoas (glucosamina, diacarina y condroitin sulfato). Mientras que el 54% de los pacientes tratados con sysadoas no tenían artrosis (de cualquier tipo y localización). Con una variabilidad en ambos casos mayor de 4X. En Navarra el gasto en sysadoas llegó en 2010 casi al millón de euros. Si esto lo llevamos proporcionalmente al ámbito nacional el gasto rondaría los 100 millones de euros. Los mismos 100 millones a los que se refería Gabriel Sanfélix en este artículo de 2010 en Gestión Clínica y Sanitaria: “Sysadoa: tan eficaces como placebo (o cómo derrochar 100 millones de euros)”.

Para ahorrar en sysadoas lo primero es no tratar a quien no hay que tratar. Estamos hablando nuevamente de sobre-prescripción inadecuada.

El 20 % de los pacientes tratados con estatinas en mi centro de salud no tiene ninguna de las siguientes: Cardiopatía isquémica, Enfermedad cerebrovascular, Enfermedad arterial periférica, Hipertensión arterial o Diabetes mellitus. Esta-

mos hablando de “prevención primaria” en donde la indicación del tratamiento es más que dudosa. La variabilidad entre médicos también es de casi 4X.

Para ahorrar en estatinas lo primero es no tratar a quien no hay que tratar. También sobre-prescripción inadecuada.

Pero... ¿“ahorrar” en el gasto es lo mismo que hacer más eficiente el gasto? Bueno... pues... algo sí. Si actuamos sólo en la sobre-prescripción, algo mejoramos la eficiencia. Pero cuando maximizamos la eficiencia del gasto es cuanto también actuamos sobre la infra-prescripción inadecuada. A lo mejor no “ahorramos” tanto, pero la eficiencia mejora lo máximo que puede mejorar.

En mi centro de salud, el 30% de los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica no recibe estatinas. Con una variabilidad de más de 3X. Estamos hablando claramente de infra-prescripción inadecuada. Y no es que mi centro de salud sea muy malo, es peor en el conjunto de los centros de salud de Navarra en donde el porcentaje es casi del 34%.

La cuarta parte de los pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular no reciben ACO ni AAS con una variabilidad de 7X. Estamos hablando nuevamente de infra-prescripción inadecuada.

Controlar la indicación, controlar tanto la sobre como la infra-prescripción inadecuadas, quizá no “ahorre” tanto como algunos esperarían. Porque lo que se “ahorra” por un sitio a lo mejor hay que gastarlo por el otro. Pero sin duda me-

jora la eficiencia del gasto que, en el fondo, es de lo que se trata. Para hacer más eficiente el gasto hay que reducir tanto la sobre como la infra-prescripción inadecuadas. Dejar de cavar en el sitio equivocado y cavar donde toca.

El “control” de la indicación mejora más la eficiencia del gasto farmacéutico y encaja mejor con la práctica clínica que el simple “control” de la prescripción

Veamos algún ejemplo en la comparación internacional

En un trabajo mío se muestra el consumo español en DHD de anti-ulcerosos y anti-reflujo comparado con la media de los países europeos de la OCDE. Desde un 30-40% mayor en 2000-01 pasa a un 70% superior a la media europea en 2006-07.

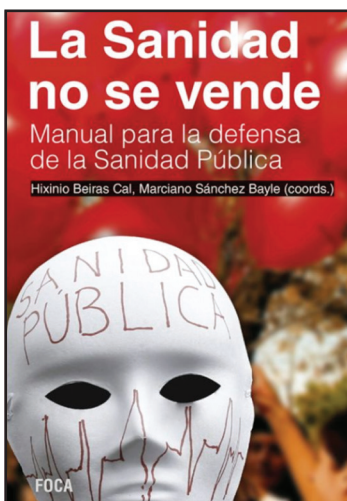
Este trabajo es un estudio de indicación-prescripción con datos de 2006. La prescripción inadecuada es mayor que la adecuada y alcanza el 64%... un porcentaje muy parecido al 70% que supera al promedio europeo el mismo año.

En el consumo español de anti-ulcerosos y anti-reflujo y el de AINES comparado con Europa vemos como ascienden en paralelo. Ya sabemos la mayor parte del incremento en los primeros es omeprazol y le que más ha aumentado en los AINES es ibuprofeno. ¿Qué estamos prescribiendo? Estamos dando en muchos casos omeprazol con Dalsy® (ibuprofeno). Quizá esta combinación pueda no ser muy adecuada en muchos casos, pero la propuesta de la Administración no es mucho mejor (al menos en eficiencia).

Abel Novoa nos recuerda que Francia acaba de desfinanciar los medicamentos contra la demencia. España está desperdiciando un mínimo de 500 millones anuales en inútiles, inseguros y caros medicamentos contra la demencia y, en cambio, existe una exagerada carga (económica y vital) para las familias y cuidadoras. ¿A qué se refiere Abel con “una exagerada carga (económica y vital) para las familias y cuidadoras”?

Dedicar los recursos a otras cosas, como estas

41.000 navarras no buscan empleo por dedicarse a cuidar a familiares. Única- ▶



La sanidad no se vende

HIXINIO BEIRAS CAL, MARCIANO SÁNCHEZ bayle (coords.)

Autores/as: Hixinio Beiras Cal, Marisa Fernández Ruiz, Sergio Fernández Ruiz, Luisa Lores Aguin, Manuel Martín García, Luis Palomo Cobos, Marciano Sánchez Bayle, Pablo Vaamonde García.

La políticas en sanidad, además de complejas, están disfrazadas para dificultar la comprensión de lo que pasa. Grandes corporaciones publicitarias estudian la manera de presentarnos lo malo como bueno, lo falso como cierto, lo positivo como antiguo e ineficaz, en suma, lo que les interesa a ellos como bueno para todos. Este libro, mediante una exposición de conceptos, propuestas, advertencias, falacias..., pretende formar a auténticos activistas que luchan para transformar la realidad que se nos quiere imponer.

Editorial Akal Foca • PVP: 15 euros

mente 4.200 hombres están fuera del mercado laboral por la misma razón. La tasa de actividad laboral femenina, del 55%, es 9 puntos inferior a la masculina.

“Diez mil gallegos dedican de media 16 horas al día durante 12 años a cuidar dependientes”. Debería decir “gallegas” pues la mayoría son mujeres.

En la pirámide poblacional de cuidadores principales de la población dependiente de 65 y más años, la inmensa mayoría son mujeres.

El coste de oportunidad es importante, como dice Cecilia Calvo: ¿cuántos cuidadores profesionales y terapeutas se podrían contratar con esos 500 millones?

El coste de oportunidad de los 500 millones de los fármacos de la demencia, los 100 de los condroprotectores, y el que desconocemos de fármacos tan innecesarios como este (naproxeno+esomeprazol). La calidad de la prescripción también depende de la eficacia y la necesidad de los medicamentos incluidos en la financiación pública. En estos casos hay necesidad, necesitamos fármacos que retarden la evolución de la demencia y de la artrosis pero no hay eficacia. Sin embargo, en este caso hay eficacia pero no hay necesidad. ¿Qué necesidad había de una combinación de naproxeno con esomeprazol?... Solamente la del laboratorio fabricante.

¿Han contribuido estos indicadores al aumento del consumo de amoxicilina, omeprazol e ibuprofeno?

Incentivar mediante estos indicadores, ¿podría haber potenciado la prescripción innecesaria de, por ejemplo, omeprazol, amoxicilina, ibuprofeno, simvastatina y atorvastatina? Los cinco recibían incentivación mediante al menos 2 vías, la del genérico y la del uso relativo, y probablemente, en algunos-muchos casos, la del propio laboratorio de genéricos. Una especie de incentivación “al cubo” que, con mucha probabilidad, ha propiciado la prescripción innecesaria de estos fármacos. No se trata de fármacos cualesquiera, cuatro de ellos están entre los 15 primeros de mayor consumo y en conjunto casi alcanzan los 500 M€. La mera sospecha debería hacer que los enterráramos para siempre.

¿Y por qué pasa esto? Pues, porque los incentivos nunca son neutrales. “*Di-me como me mides y te diré como me comporto*”, decía este gurú de la gestión empresarial fallecido en 2011. “*Si me mides de forma ilógica, no te sorprendas por mi comportamiento. Esto es especialmente cierto si dichas medidas se vinculan a los sistemas de incentivos, como ocurre en la mayoría de las empresas*”. Si me mides así... no te sorprendas si ocurre esto. Y es que los incentivos los carga el diablo. Si es-

te hombre estuviera vivo nos diría: “*Es preferible ayudar a prescribir mejor que controlar la prescripción*”. Es preferible recibir el listado de pacientes hipertensos (o con IC o con IRC) que tienen puesto un AINE como medicación crónica (incluido el ibuprofeno), o el de pacientes con cardiopatía isquémica que no llevan tratamiento con estatina, o el de pacientes con insuficiencia cardíaca que no llevan tratamiento con IECA o ARA II (o no están en las dosis recomendadas), o el listado de pacientes con fibrilación auricular que no llevan ACO o AAS.

Indicadores como estos, o mejores, se pueden definir algunos interesantes. Por ejemplo en 2014 se publicó en el BJGP un trabajo que definía 56 indicadores relacionados con la seguridad en la prescripción en atención primaria. Por ejemplo, prescripción de beta-bloqueantes a pacientes asmáticos (excluyendo a cardiópatas, en quienes el beneficio de los beta-bloqueantes supera los riesgos); prescripción de metotrexato sin ácido fólico; prescripción de potasio o un diurético ahorrador del mismo (excluyendo antagonistas de aldosterona) a pacientes tratados con IECA o ARAII; uso simultáneo de dos AINE durante más de dos semanas (excluyendo aspirina a dosis bajas); prescripción de glitazona a pacientes con insuficiencia cardíaca. Así, hasta 56. ◆

CONTROL DE LA PRESCRIPCIÓN VS. INDICACIÓN

1 El “control” de la indicación mejora más la eficiencia del gasto farmacéutico y encaja mejor con la práctica clínica que el simple “control” de la prescripción.

2 El “control” de la indicación es un ejemplo de gestión clínica, y no un mero mecanismo de “control” externo del gasto.

3 El “control” de la indicación debería entenderse como parte del ejercicio profesional del médico de familia, ejecutable en la propia consulta.

La tecnología lo permite. Sin embargo hemos preferido el camino fácil de la inercia: seguir con lo mismo. [Y aquí hago un inciso. Los dos principales problemas que tiene el sistema sanitario son la inercia y la endogamia. La endogamia no

precisa más explicaciones. Es mayor en la Universidad pero el SNS no se queda corto. La única medida importante que queda contra la endogamia, un sistema MIR único para todo el país, podría desaparecer si cada CCAA acaba teniendo su propio MIR]. Igual que en la clínica se habla de “inercia terapéutica”, en gestión también existe la “inercia gestora” de seguir haciendo lo mismo a pesar de que sabemos que no nos lleva a ninguna parte o a nada bueno.

Si no intentamos hacer lo que pensamos que es correcto... acabaremos pensando que lo correcto es hacer lo que hacemos. Yo tengo muy claro que lo correcto es la gestión clínica de la indicación y que lo incorrecto (por ineficaz y peligroso) es ya desde hace tiempo seguir midiendo e incentivando con estos indicadores. ◆