

JUAN E. DEL LLANO SEÑARÍS

Director Máster Administración y Dirección de Servicios Sanitarios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El márketing sanitario como herramienta de apoyo a la utilización apropiada de servicios sanitarios (y II)

Existen diferentes planos o puntos de vista a tener en consideración cuando se habla de adecuación o de uso apropiado de servicios sanitarios.

La adecuación es un concepto evaluativo. Lo que valora es si una intervención o un procedimiento sanitario es o no apropiado. Si los beneficios esperados en salud exceden a las consecuencias negativas esperadas, dicha intervención es apropiada.

Durante la década de los setenta, la preocupación, especialmente en Estados Unidos fue la identificación y la prevención de la atención sanitaria innecesaria, fundamentalmente en cirugía.

Durante la década de los ochenta, la Oficina de Evaluación Tecnológica (OTA) adscrita a la Cámara de Representantes de Estados Unidos, señaló que eran pocos los tratamientos sometidos a estudios controlados y rigurosos; en concreto, sólo un 15% de las prácticas médicas estaban basadas en evidencias científicas probadas.

En la presente década, Eddy (1991) y Brook (1991) han señalado la poca investigación existente sobre efectividad, es decir, estudios donde se valora la eficacia de las intervenciones sanitarias, tanto diagnósticas como terapéuticas, en la práctica clínica.

En 1993 se constituye la Agencia Federal de Política Sanitaria e Investigación (AHCPR), que promueve los estudios PORT basados en la investigación de resultados (*Outcomes Research*). A partir de ellos se elaboran guías de actuación sobre prácticas clínicas.

Existen diferentes planos o puntos de vista a tener en consideración cuando se habla de adecuación o de uso apropiado de servicios sanitarios.

El primer plano es el *clínico*, el que preocupa al médico, en el que pesa el conocimiento de la evidencia y el consentimiento informado del paciente.

Sackett propone, en 1989, una graduación de la evidencia de I a V, que va desde aquellos procedimientos donde existe al menos un ensayo clínico controlado, aleatorizado y con correcto diseño (grado I), hasta aquellos que sólo cuentan con opiniones de expertos (grado V).

La US Preventive Services Task Force propone una graduación en las recomendaciones clínicas: grado A, recomendación basada en la evidencia científica bien demostrada; grado B, recomendación sugerida por la evidencia científica, y grado C, recomendación basada en opinión de expertos.

Como decíamos, en este plano de valoración clínica es importante el conocimiento de la evidencia, para lo que las clasificaciones anteriormente expuestas ayudan en el proceso de las decisiones clínicas. También resulta útil la elaboración de una matriz donde tengamos, en el eje de abscisas, los daños y beneficios anticipados (va de daño preponderante a beneficio preponderante), y en el de ordenadas, el grado de evidencia (de débil a fuerte).

El siguiente paso es la presentación por el médico de las alternativas diagnósticas y/o terapéuticas al paciente, para que éste decida informado sobre daños y beneficios, y dé su consentimiento.

El segundo plano es el del *paciente* individual, y aquí prima la discapacidad, es decir, la intervención recomendada por el clínico debe ser libremente aceptada por el paciente informado.

Adquieren, en este punto de vista, especial relevancia las medidas de la efectividad

y de *outcome* centradas en el paciente. Son muchas las medidas existentes para valorar el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes, habiéndose realizado un encomiable esfuerzo en nuestro país para tener validadas las de uso más frecuente (GHQ, NHP, PCE, SF-36, EUROQoL, ...).

Las decisiones sobre calidad de vida y las valoraciones sobre los riesgos y costes aceptables deben recaer sobre el paciente individual bien informado. Pongamos como ejemplo la laringectomía para el cáncer de garganta. Un paciente puede elegir calidad de vida frente a supervivencia, porque valore como más importante el uso de la voz que una mayor longevidad sin voz normal.

El tercer plano es el *social*, donde prevalece el si merece la pena (efectividad) y el coste de los posibles *outcomes* propiciados por la intervención. En esta dimensión social entra en juego la competencia por el uso de recursos sociales siempre limitados.

En esta dimensión social, el debate se sitúa en el terreno de que el *outcome* conseguido merezca la pena en coste o en la reducción de aparición de episodios en el futuro, frente a prácticas fútiles, sin beneficio clínico independientemente de consideraciones financieras. Aquí entran de lleno los diferentes tipos de análisis de evaluación económica (coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad).

Por último, un estándar público de lo que la sociedad puede ofrecer y está dispuesta a pagar en asistencia sanitaria debe incorporar al menos 6 elementos: 1. Necesidad médica definida; 2. Eficacia y disponibilidad del tratamiento; 3. Comparación de costes y beneficios de las alternativas terapéuticas; 4. Establecimiento de prioridades; 5. Proceso político que combine los juicios médicos (habitualmente basados en hechos) con los juicios morales (valores); 6. Debate profesional y público sobre el contenido sustantivo de los juicios morales.

La ventaja del enfoque de la adecuación es que ayuda a discernir sobre la calidad en la asistencia sanitaria, en tanto en cuanto señala niveles de infra o sobreutilización de los servicios, lo que resulta del todo pertinente en un campo de actuación profesional donde siempre se trabaja con recursos escasos. ■ (La primera parte de este trabajo se publicó en JANO 1.265)