1

EL ERROR EN MEDICINA Y LA SEGURIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACION

Carlos Humet

INTRODUCCION

El error se produce en medicina como en cualquier otro ámbito de la actividad humana. El desarrollo del sistema sanitario junto a sus grandes avances, lleva aparejado la aparición de efectos no deseables de la propia actividad médica.

La actividad sanitaria es compleja en sí misma. Diferentes profesionales que necesitan trabajar coordinados, una gran amplitud de los conocimientos que requiere la parcelación y especialización, una tecnología en constante evolución, la aparición de nuevas técnicas que precisan una actualización continua de los conocimientos y de las habilidades personales y un ambiente de incertidumbre en muchas de las actuaciones médicas por las limitaciones de la propia medicina. Pero además, el acto médico continua siendo un acto artesanal, hecho por personas y para personas y por tanto con una gran carga de apreciación subjetiva que se demuestra tan importante en el resultado final como la propia actuación objetiva. Y esta actividad se desarrolla en el seno de instituciones complejas como son los hospitales, lo que añade nuevos factores de riesgo. Todo ello configura un escenario donde el error se produce.

Los profesionales sanitarios, tanto los clínicos como los gestores, tenemos la obligación de ofrecer a los enfermos un ambiente seguro, prevenir el error y en consecuencia, minimizar el riesgo. Para ello es imprescindible abordarlo de una forma honesta y científica a la vez. Reconocer su existencia, identificarlo, analizar sus causas y tomar las medidas necesarias para evitarlo. De la actitud de los profesionales y de las organizaciones dependerá, en buena medida, conseguir unos hospitales seguros para el enfermo.

En esta monografía diferentes especialistas tratan, desde diversos puntos de vista, del error de medicación. Se trata, seguramente, del error más frecuente en los hospitales, aunque pocas veces se traduzca en la pérdida de una función o cause la muerte del paciente.

Antes de abordar el tema haremos un somero repaso de la situación actual del sector sanitario y los previsibles cambios en el futuro inmediato que nos permitan conocer el marco en el que se desarrolla la actividad sanitaria y su evolución en el futuro.

EL SISTEMA SANITARIO Y EL CONSUMISMO

El desarrollo de la medicina en las últimas décadas ha supuesto un gran avance en el bienestar de los ciudadanos.

Vivimos en un país desarrollado, con un sistema sanitario bueno y con unos indicadores de salud envidiables.

La asistencia sanitaria en nuestros días se caracteriza por la cultura del "más es mejor", de tal forma que asistimos a una verdadera eclosión de la utilización de los servicios sanitarios. Parece que es mejor ingresar en un hospital que ser atendido ambulatoriamente; acudir a los servicios de urgencia por cosas banales que ser atendido por el médico de cabecera; someterse a multitud de exploraciones o análisis, que una buena anamnesis y exploración física; usar y abusar de los medicamentos, que una política racional en torno al medicamento. Y tantos ejemplos que ponen de manifiesto que la cultura consumista del "fast food", más y más rápido, se ha extendido a la asistencia sanitaria.

Por otra parte, algunos autores se han dedicado a analizar cómo se realiza la práctica asistencial y qué resultados obtenemos, lo cual es todavía una práctica incipiente en nuestro país. De la lectura de estos trabajos parece deducirse que el margen para la mejora es amplio y el camino por recorrer largo.

Lorenzo[1] en una revisión de los trabajos publicados en España sobre el uso inapropiado de la hospitalización, encuentra una cifra de ingresos inadecuados entre el 15% y el 30% y la de estancias inadecuadas entre el 30% y el 40%.

Algunos autores como Leape, Steel y Brennan,[2-5] a los que más adelante nos referiremos, han sido pioneros en la descripción de los errores en medicina, mostrando realidades de la atención sanitaria que corroboran el amplio margen para la mejora y que suponen un ejercicio de humildad y reflexión ante la prepotencia arrolladora del aparato sanitario.

La infección nosocomial, según los datos del Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE),[6] es todavía un problema importante aunque va mejorando en los últimos años. La estancia media de los enfermos en nuestros hospitales y la productividad de nuestros quirófanos son mejorables cuando los comparamos con patrones de otros paises de nuestro entorno. La variabilidad de la práctica ha sido ampliamente estudiada por Wennberg. Delgado[7] recoge algunos casos de variabilidad publicados en la literatura médica, analiza sus causas y las estrategias para disminuirla.

Son ejemplos que ponen de manifiesto aspectos de la asistencia clínica y de la gestión sanitaria del día a día. Nuestra realidad no tiene por qué ser diferente a la de los paises que han medido y cuantificado, antes que nosotros, estos aspectos. Hay, por tanto, grandes oportunidades de mejora y un gran futuro para los programas de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

LA PARTICIPACION DEL CIUDADANO

Hay señales evidentes de la participación del ciudadano en la asistencia sanitaria. El desarrollo del consentimiento informado, el cuidado de los aspectos relativos a la privacidad o a la intimidad de los enfermos en los centros asistenciales, las reclamaciones,

12. Anuario EL PAIS 1999; 398-408.
13. Alan Dever GE. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res 2, 1976; 453-466.
14. JCAHO. Sentinel Events: Evaluating cause and planning improvement. 1998.
15. Orozco R. Errores en la osteosíntesis. Masson, Barcelona 1993.
16. Cohn V. Adverse drug events: a patient's right to know. En: Improving the quality of the medication use process. Error prevention and reducing adverse drug events. Escovitz A, Pathak D S, Scheineder PJ (eds). Pharmaceutical Products Press. New York, p 39-43.
17. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-471
18. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS et al. Computerized surveillance of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1991; 266: 2847-51.
19. Saul N Weingart et al. Epidemiology of medical error. BMJ; 320: 774-777.

Debemos forzar un cambio cultural en la profesión médica y sanitaria en general, de tal forma que la actitud ante el error sea una actitud positiva, de análisis científico y de búsqueda de soluciones sistemáticas que lo minimicen. Reconocer el error, trabajar en su análisis y en la prevención, buscar sus causas básicas, reorganizar los sistemas.

Como dice el profesor Maurice E. Müller:[16] "El cirujano, que debe aprender a conocer las posibilidades de cada intervención con los medios a su disposición, posee cierto derecho al error. Con la sola condición de reconocerlo, de comprender su origen y de rectificarlo en la medida de sus medios. A lo que no tiene derecho es a perseverar en el error. (...) Si la documentación está en orden, su dossier radiológico completo y su autocrítica es objetiva, pronto descubrirá cómo mejorar los resultados" (sic).

También la sociedad en general y los medios de comunicación en particular, deberán participar de este cambio cultural. El error no debe ser tratado ni con frivolidad ni con sensacionalismo. Habrá que hacer el esfuerzo necesario para el tratamiento riguroso, serio y constructivo de estos acontecimientos.

Este libro que tienen en sus manos significa un esfuerzo en este sentido. Profesionales de distintos ámbitos de la asistencia analizan científicamente uno de los errores más frecuentes en la práctica clínica con el objetivo de que su conocimiento y estudio permita un enfoque más constructivo de esa realidad sanitaria que tanto nos cuesta reconocer.

BIBLIOGRAFIA

1. Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos: estudios realizados en España. Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 140-146.
2. Leape L. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1851-1857.
Steel K et al. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Engl J Med 1981; 304: 638-642.
3, Brennan TA, Leape L, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
4. Leape L, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients; results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324: 377-384.
5. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-1997. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 1998.
6. Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. Rev Calidad Asistencial 1996; 11: 177-183.
7. Iglehart JK. The american health care system. Expenditures. N Engl J Med 1999; 340: 48, 70-76.
8. López-Casasnovas G, Casado D. La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal. Economía i Finances, 1999; 123-152.
9. Barea J, Fuentes Quintana E. El déficit público de la democracia española. Papeles de Economía Española 1997; 68. FIES Madrid.
10. Blanco A, De Bustos A. El gasto sanitario público en España. Diez años de sistema nacional de salud. Un método de análisis basado en la contabilidad nacional y previsiones hasta el año 2000. D. G. De Planificación. Ministerio de Economía y Hacienda, 1996. Doc. de Trabajo nº 96003.
11. The goals of medicine: setting new priorities. Special Supplement. Hastings Center Report. November- December, 1996.

Prevención de los errores rediseñando los sistemas de forma que minimicen la posibilidad de error. Propone mecanismos como: reducir la confianza en la memoria, disponer de listas de comprobación, protocolos, ayudas informatizadas, etc.; mejorar el acceso a la información, informatización de la documentación clínica; estandarizar siempre que sea posible; formar y educar, de tal forma que el profesional sanitario sea consciente de la posibilidad de error, de cómo prevenirlo y esté convencido de que la práctica segura es tan importante como la práctica eficaz.

Absorción de los errores. Partiendo de la base de que es imposible prevenir todos los errores, deben diseñarse sistemas amortiguadores, de modo que los errores se detecten y corrijan antes de que lleguen al enfermo.

Precursores psicológicos. Serían aquellas situaciones laborales, ambientales, de estilo de mando, que favorecerían el trabajo en tensión o en malas condiciones y por tanto la aparición de error.

Institucionalización de la seguridad. Los hospitales, las asociaciones profesionales, las asociaciones científicas, etc., deben imponerse como objetivo la práctica de una medicina cada vez más segura.

Cohn[17] dice que la sociedad norteamericana empieza a interesarse por las comparaciones entre las diferentes compañías aseguradoras, en los resultados de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos entre distintos centros, en los resultados con el uso de los medicamentos y en los errores de medicación. Nuestra sociedad está asumiendo un papel cada vez más protagonista en los temas de salud. Y dentro de no mucho tiempo se nos obligará a presentar resultados de los distintos aspectos de la asistencia que prestamos en nuestros centros. Y, seguramente, un aspecto de especial interés y relevancia para los ciudadanos, será conocer el nivel de la iatrogenia y los planes para su disminución en cada uno de los establecimientos sanitarios.

Este autor se manifiesta categóricamente a favor de reconocer el error, a informar bien y de forma adecuada a los pacientes, a desmitificar la "seguridad" de las actuaciones médicas y de los medicamentos y a hacer partícipes a los ciudadanos de que toda actuación médica, todo tratamiento farmacológico conlleva un riesgo que hay que conocer y en caso de que sea necesario, asumir.

CONCLUSIONES

El análisis del error en medicina entronca con el objetivo de mejora de la calidad asistencial que a su vez y dadas las circunstancias de nuestro sistema sanitario, es una de las herramientas con la que los profesionales sanitarios podemos colaborar en hacer el sistema más eficiente y mejor, contribuyendo a frenar el crecimiento del gasto sanitario.

Por otra parte tenemos la obligación de trabajar por la seguridad de nuestros pacientes. Debe ser un objetivo institucional y de cada uno de los profesionales proporcionar a los ciudadanos una medicina no sólo efectiva, sino cada vez más segura.

alarma social. Periódicamente los medios de comunicación se hacen eco, a menudo con gran sensacionalismo, de errores médicos, la muerte de una paciente aplastada por un aparato de radiología, el suministro equivocado de gases medicinales, la condena a un ginecólogo por una muerte maternal, la caída de un ascensor en un edificio hospitalario, la muerte de una paciente en la sala de espera de un servicio de urgencia, etc., y sin embargo ninguna publicación científica aborda estos u otros sucesos similares, ni se analizan y publican mecanismos correctores, ni se trata no solo de estos errores tan espectaculares, sino ni siquiera de los que ocurren en la práctica clínica diaria y que tienen poca trascendencia para el paciente.

Leape[2] en un magnífico trabajo sobre el tema, señala cuatro razones para justificar la poca preocupación del sector por un tema tan frecuente e importante. En primer lugar la dispersión. Los errores se producen en lugares muy alejados unos de otros por lo que pueden pasar desapercibidos sin crear alarma ni llamar la atención. En segundo lugar la mayoría de los errores no tienen consecuencias graves para el enfermo, lo que limita su trascendencia. En tercer término la amenaza por demandas por mala práctica hace que los profesionales tengan tendencia a esconder los errores por miedo a la denuncia o a la reclamación.

Pero como factor principal señala la cultura de la práctica médica. Se ha educado al médico y a los profesionales sanitarios en general, en una cultura de infalibilidad donde el error es mal visto, estigmatiza al profesional y puede llevar con frecuencia a la deshonestidad intelectual de esconder las equivocaciones en lugar de reconocerlas y corregirlas.

En nuestro ámbito sólo unos pocos profesionales intelectualmente honestos, valientes y avanzados a su tiempo, han trabajado de una manera científica sobre el error. Así J. Llorens Terol, ya en la década de los ochenta, con su iniciativa de análisis de los errores en el tratamiento antibiótico en pediatría. Orozco[16] publicó en 1993 un tratado sobre errores en la osteosíntesis donde recoge el trabajo de años anteriores de revisión sistemática de los casos tratados por varios profesionales, tras el análisis de una documentación rigurosa y completa, con el objetivo de aprender, corregir y en definitiva de mejorar sus resultados.

Leape[2] señala que la anestesiología, como especialidad, es la excepción en el ámbito de la asistencia sanitaria: Al ser las consecuencias del error en anestesia muy graves y aparentes, los anestesiólogos han diseñado sistemas seguros para la práctica de la anestesia, de tal forma que han conseguido reducciones drásticas de la mortalidad por anestesia en tan sólo unos años.

El mismo autor aboga por las modificaciones sistemáticas destinadas a reducir las lesiones en los hospitales basándose en los siguientes puntos:

Descubrimiento de los errores. La identificación eficiente y rutinaria de los errores debe formar parte de la práctica hospitalaria.

En el Harvard Medical Practice Study[4,5] se estudiaron algo más de 30.000 episodios de hospitalización de pacientes ingresados en los hospitales de New York durante el año 1984, excluidos los hospitales psiquiátricos. Se encontraron efectos adversos en el 3,7% de las hospitalizaciones, de los que el 27,6% fue debido a negligencia. El 69% de las lesiones fueron producidas por errores. En el 70,5% las lesiones duraron más de seis meses, en el 2,6% quedaron secuelas permanentes y en el 13,6% las lesiones condujeron a la muerte. El error más frecuente fue el de medicación en el 19% de los casos, seguido de la infección de herida en un 14%. En el 48% de los casos la iatrogenia estaba asociada a una intervención quirúrgica.

En un estudio sobre la calidad de la asistencia sanitaria australiana,[18] se revisaron las historias clínicas de 14.179 admisiones de 28 hospitales de Nueva Gales del Sur y el sur de Australia en el año 1995. Ocurrió un efecto adverso en el 16,6% de las admisiones, que derivó en incapacidad permanente del 13,7% de pacientes y la muerte del 4,9%. El 51% de los efectos adversos se consideraron previsibles.

Classen et al[19] concluyeron que los efectos adversos por fármacos se producían en un 1,7% de las admisiones. Bates et al encontraron que los efectos adversos por fármacos ocurrían en el 6,5% de los pacientes y los efectos potencialmente adversos de fármacos ocurrieron en el 5,5% de pacientes ingresados en dos hospitales universitarios de Boston. De los efectos adversos por fármacos, el 28% fueron debidos a errores, lo que elevaba la tasa de errores graves de medicación, es decir, efectos adversos por fármacos más el potencial de efectos adversos por fármacos, en un 7,3%.

Steel[3] analiza 815 hospitalizaciones consecutivas en un servicio de medicina interna de un hospital universitario, encontrando iatrogenia en el 36% de los casos. En un 2% de los casos la iatrogenia contribuyó a la muerte del paciente.

Estos estudios muestran la importancia del error en medicina y la elevada frecuencia con que se presenta. Incluso se dice que estas cifras estarían infravaloradas al tratarse de estudios realizados retrospectivamente en base a la revisión de historiales clínicos, con lo que aquello que no estuviera registrado no se podría contabilizar.

La JCAHO tiene recogidos 870 sucesos centinela, desde enero de 1995 hasta mayo de 2000. El más frecuente, 19,4% es el suicidio, seguido del error de medicación que representa un 13,6%. Al tratarse de sucesos centinela se entiende que se trata de errores con graves consecuencias para el paciente.

Sorprende ver recogidos sucesos como el error en el lugar de la intervención quirúrgica, el retraso en el tratamiento, la muerte maternal, etc. acontecimientos poco frecuentes, pero que habitualmente se ocultan y en consecuencia se investigan poco desde el punto de vista de la organización sanitaria.

A pesar de la frecuencia con que se produce, se habla poco del error en medicina y cuando se hace es por motivos de

La Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organization (JCAHO)[15] define como error la desviación de lo que es correcto o adecuado, es decir, respecto a una norma esperada. Esta desviación puede conducir o no a resultados negativos o a sucesos centinela.

Define como suceso centinela una variación o acontecimiento inesperado con resultado de muerte o seria lesión física o psicológica o su riesgo, con pérdida de extremidad o de función. El término de "centinela" viene dado por su condición de situación excepcional que debe alertar sobre sus causas. No existe consenso sobre la taxonomía del error en asistencia sanitaria. La JCAHO describe las siguientes categorías clínicas de error:

Error de medicación

Es una de las causas más frecuentes de iatrogenia. Es el objeto de esta monografía que en los capítulos siguientes se trata ampliamente.

Error de diagnóstico

Significa una alta proporción de todos los errores médicos que provocan sucesos centinela, así como una alta proporción de reclamaciones.[15] Las autopsias han revelado índices del 35% al 40% de diagnósticos erróneos relacionados con la muerte del paciente.[2]

Entre ellos se señalan: no diagnosticar una condición existente, hacer una prueba diagnóstica inadecuada, indicar procedimientos terapéuticos incorrectos, retrasar el diagnóstico u omitir el consentimiento informado.

Error quirúrgico

Representan también una parte importante de todos los errores médicos que producen sucesos centinela y reclamaciones por negligencia médica. Entre ellos: cuerpos extraños olvidados, cirugía en parte equivocada del cuerpo, intervención quirúrgica mal realizada, cirugía innecesaria, retraso en la intervención quirúrgica, gestión inadecuada del paciente quirúrgico y la falta del consentimiento informado para la intervención quirúrgica.

Errores relacionados con el uso de equipamiento médico

Por funcionamiento defectuoso del equipo, por problemas técnicos no causados por el usuario o por funcionamiento defectuoso causado por el usuario. Dentro de este apartado se describen otros problemas como el uso de equipos no adecuados a la circunstancia que se quiere medir; la utilización incorrecta de equipos en buenas condiciones, manipulando alarmas, valores, etc.; la utilización de los equipos más allá de lo que sería su periodo de vida útil; problemas de compatibilidad o integración de diferentes equipamientos; problemas relacionados con el usuario, el entorno, el ambiente de trabajo, etc.

Otros errores

Se trata de errores menos estudiados relacionados con los suministros vitales (oxígeno, gases medicinales) o la seguridad física especialmente relevante en las unidades de psiquiatría, el nido, recién nacidos sin patología, y los servicios de urgencias.

LA MEJORA DE LA ASISTENCIA, HACER BIEN LO ADECUADO

En la era de la eficiencia, la gestión sanitaria se debe dirigir a conseguir los objetivos de calidad con un adecuado consumo de recursos. Disponemos de muchos recursos que debemos justificar y hemos de plantear la duda razonable de sí es o no adecuada su distribución entre los diferentes agentes del sistema. Sospechamos que se puede conseguir *más con menos* o mucho más con los mismos recursos. Los recursos son finitos, pero una adecuada distribución puede contribuir a optimizar los resultados obtenidos en términos de producto sanitario o de ganancia de salud para la población.

Más no es mejor, incluso puede ser peor. Si hace unos años el objetivo de los gestores fue el de crecer para mejorar la productividad y rentabilizar la empresa sanitaria, a partir de ahora debemos concentrarnos en hacer bien lo que es adecuado, medir los resultados de la actuación sanitaria, incorporar el concepto de mejora continua, presentar resultados y prepararnos para su publicación.

Se trata de frenar el crecimiento del gasto sanitario mejorando la calidad asistencial. Si, como dicen destacados economistas, este crecimiento es fruto de la intensificación de los servicios, corresponde al propio sector proponer las medidas para su racionalización. No podemos ignorar o mirar hacia otro lado, cuando desde diferentes ámbitos se denuncia como inviable el crecimiento de los últimos años. Ni podemos dejar de denunciar que, con resultados en términos de salud en la mano, el gasto sanitario de algún país que se suele utilizar como paradigma de la buena medicina, no se justifica a tenor de esos resultados. Debemos denunciar el "papanatismo" hacia esos sistemas. Y debemos identificar los intereses (¿legítimos?) de la potente industria paramédica que seguramente vería con buenos ojos que el gasto sanitario en los paises europeos se acercase al 15% del PIB. Y debemos también denunciar la estrategia a muy corto plazo de una industria farmacéutica más preocupada de sus resultados inmediatos que de la viabilidad y sostenibilidad del sistema sanitario y de la mejora de la salud de la población.

La calidad asistencial, que ha sido un objetivo tradicional de la medicina, se ha convertido, no sólo en un instrumento esencial de la gestión, sino incluso en un elemento estratégico clave para la planificación y la gestión eficiente de los servicios sanitarios.

EL ERROR EN MEDICINA

El reconocimiento de los avances en la asistencia sanitaria no debe ser obstáculo para el ejercicio de revisión de nuestro trabajo y la consiguiente identificación de aquellos aspectos susceptibles de mejora. Entre ellos el error en medicina. Ya hace años algunos autores señalaron que junto con el progreso médico y la solución de problemas clínicos cada vez más complejos, se producían efectos no deseados de aquella actividad, la iatrogenia, buena parte de la cual es debida a los llamados errores médicos.

cia sanitaria en grado exagerado. En cambio la combinación del envejecimiento más la intensificación de los servicios médicos, sociales y de enfermería, es lo que realmente marca la diferencia. El gran reto de la economía de la salud es establecer un sistema objetivo para medir los resultados de la actividad sanitaria en términos de salud: disminución de la mortalidad, años de vida ganados, etc., de tal forma que sea posible la mejor distribución de los recursos económicos.

El Estado dedicó a Sanidad en 1999 algo más de cuatro billones de pesetas, cerca del 12% del presupuesto.[13] De ellos cerca de una cuarta parte corresponde a gastos de farmacia. Mucho dinero. Por el contrario en el sector se ha extendido lo de los "recursos escasos". En teoría económica significa que las necesidades son más que los recursos disponibles, lo cual se produce en el sector sanitario y en otros sectores de la economía. Pues bien, hay quién desde el mundo sanitario entiende que disponemos de poco dinero y de ahí se justificarían los déficits del sector o el mal funcionamiento de algunos aspectos.

Sobre la distribución de los recursos sanitarios, es buena la reflexión a propósito de un trabajo de Dever.[14] Analiza como se utilizan los recursos económicos en las trece enfermedades que causan mayor mortalidad en el estado de Georgia. Aplica un "modelo epidemiológico" propio que en cuatro grupos presenta los distintos factores que influyen en la salud de la población: la biología humana (envejecimiento, sistemas internos complejos, herencia genética) que contribuiría en un 27% a la salud; el entorno (social, físico y psicológico) que lo haría en un 19%; el estilo de vida (empleo, riesgos ocupacionales, pautas de consumo y riesgo de las actividades de ocio) al que asigna el 43%; y el sistema de salud (restaurador, preventivo y curativo) que contribuiría en un 11% a la salud de la población.

Analiza a continuación los recursos empleados en ese Estado para cada uno de estos grupos que son del 6,9% (incluyendo la investigación), 1,6%, 1,5% y 90% respectivamente. Es decir, el sistema sanitario, que utilizaría el 90% de los recursos, contribuiría tan solo en un 11% a la salud de los ciudadanos en los términos estudiados por Dever según el modelo por el aplicado.

Dato para la reflexión y seguramente para desmitificar buena parte de las argumentaciones económicas del sector de la asistencia sanitaria.

En resumen, el sector de la asistencia sanitaria es económicamente fuerte y grande y es un plato apetitoso para la industria paramédica entre la que se incluye la farmacéutica. Nos debatimos entre los que apuestan por un sistema ultraliberal, con pocos controles y cuya única guía es el crecimiento, los beneficios económicos rápidos y a corto plazo y un aumento del gasto sanitario al estilo de EE.UU. y los que defienden un modelo de racionalización del consumo sanitario, de análisis de los resultados de la asistencia y la consiguiente aplicación de sistemas de mejora continua de la calidad y que conlleve un crecimiento económico siempre que se acompañe de beneficios, en términos de salud, para los ciudadanos.

buena parte de las cuales se explican por una deficiente información, la medición del grado de satisfacción y expectativas de los pacientes, el incipiente desarrollo de las "directrices previas", son buena prueba del papel protagonista que paulatinamente, enfermo y ciudadano, van asumiendo.

Y cambiará más en el futuro, con un doble alcance. Por una parte el paciente como enfermo quiere saber qué le pasa, quiere decidir sobre su tratamiento y quiere decidir en quién deposita su confianza. Como ciudadano querrá intervenir en la organización del sistema de salud, decidir sobre las prioridades, sobre la asignación de los recursos y sobre el sistema de valores que desde la sociedad, deberán impregnar también el sistema sanitario.

La participación del ciudadano abre a la vez grandes esperanzas y grandes incógnitas. ¿Será la participación del ciudadano en los temas de salud un acicate para la racionalización del sistema o por el contrario un impulso al consumismo sanitario? El mejor conocimiento de los temas médicos y el mayor nivel de exigencia a la que nos someterá ¿significará un estímulo para la mejora de los resultados o provocará la cerrazón, el ocultismo, la defensa a ultranza de los profesionales, en definitiva, la medicina defensiva?

EL GASTO SANITARIO

El crecimiento del gasto sanitario ha sido en los últimos años un elemento de especial preocupación de políticos y responsables de la administración sanitaria. El gasto sanitario crece en todos los paises de la Comunidad Europea a partir de la década de los setenta, llegando a finales de los noventa a límites que han provocado declaraciones que cuestionan la viabilidad del sistema sanitario en sus actuales planteamientos y del estado del bienestar.

Embobados por el modelo de EE.UU. que gasta 3.925 dólares por persona y año en 1978 (unos 3.600 euros) y representa alrededor del 15% del PIB, nuestros responsables políticos y buena parte de los clínicos, parecen abocados a copiar del sistema americano, muy pródigo en difundir los buenos resultados, pero parco al analizar sus deficiencias.

López Casasnovas y Casado[9] en un reciente trabajo en el que analizan otros dos de Barea y Fuentes Quintana[10] por una parte y de Blanco y De Bustos[11] por otra, atribuyen la responsabilidad del crecimiento del gasto sanitario público, hasta 1986, al incremento de los precios sanitarios como factor principal. Mientras que, entre los años 1987 y 1995, fue el aumento de la "prestación real media" o intensidad de utilización de los servicios, la causa responsable de ese crecimiento. Factores como el envejecimiento, factores demográficos, la tasa de cobertura o el índice de precios sanitarios, habrían jugado un papel menos importante. En la proyección que hacen para los próximos años, seguirá siendo la "utilización de servicios" el principal factor del crecimiento del gasto sanitario.

Autores de EE.UU.[12] señalan que el envejecimiento de la población, como tal, no aumenta los costes de la asisten-