

Conclusiones de las "III Jornadas de Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Valenciana" con el título de "Una nueva Inspección de Servicios Sanitarios para una nueva Sanidad", reconocidas de interés científico - sanitario para la Comunidad Valenciana por la Conselleria de Sanitat. Celebradas en el Hospital de La Plana de Vila-real (Castellón), el día 25 de octubre del 2012.

Su desarrollo ha sido muy satisfactorio y ha cumplido con los objetivos que se fijó el Comité Científico, en gran parte por el nivel de las ponencias presentadas, quedándonos con las siguientes conclusiones:

Sobre el "Uso inapropiado de tecnologías en el ámbito del tratamiento de las patologías mecánicas del raquis" el Dr. Ferrer de la "Fundación Kovacs" indicó que este puede ser debido a:

1. Aplicar tecnologías inútiles.
 2. Aplicar tecnologías cuando no están indicadas. Así la eficacia de la fusión vertebral (artrodesis) para tratar el dolor de espalda versus placebo es desconocida. La artrodesis instrumentada tiene > 200% de riesgo de complicaciones, > 400% riesgo de reoperar y > 270% de coste que el tratamiento médico. Hay gran variabilidad en su aplicación, pues en el Reino Unido se realizan 2.000/año, mientras que en España, solo en los servicios públicos de ortopedia, se realizan 21.000/año, siendo prácticamente todas instrumentadas y no realizando seguimiento ni análisis de sus resultados. Datos recogidos en: Spine 2009;34:1094-109. Spine 2007;32:816-823. Eur Spine J 2006;15:S192-299. Spine (Cochrane review): 2005;30:2312-2320. Atlas VPM en el SNS 2005;1(1):17-37.
 3. Aplicar tecnologías que no se han comprobado eficientes, pues no han sido evaluadas con métodos apropiados (ensayos clínicos controlados):
 - Corrientes interferenciales.
 - Onda corta.
 - Termoterapia (calor).
 - Fajas y corsés lumbares.
 - Electroestimulación medular.
 - Ozonoterapia.
 - Fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral).
- O bien, aplicar tecnologías o tratamientos no recomendables, que sí han sido evaluados adecuadamente:
- Tracciones lumbares, laserterapia, ultrasonidos, TENS.
 - Masaje y manipulaciones vertebrales.
 - Acupuntura.
 - Gabapentina.
 - Proloterapia e infiltraciones (epidurales, intradiscuales, facetarias o en puntos gatillo, de toxina botulínica, anestésicos o corticoides).
 - Rizolisis o lesión del ganglio dorsal por radiofrecuencia.
 - IDET e IRDT-PIRF- (electrotermoterapia intradiscal y termocoagulación intradiscal por radiofrecuencia).
 - Cirugía (técnicas distintas a la fusión vertebral -prótesis discuales, etc.-, o fusión en condiciones distintas de las indicadas).

Y concluyó que:

1. Las decisiones sobre tecnologías sanitarias hay que despolitizarlas, mejorar su rigor y transparencia y fundamentarlas en el conocimiento científico.
2. Hay que suprimir selectivamente el gasto en tecnologías inefectivas o ineficientes.
3. Y, en su uso hay que aplicar las recomendaciones científico-sanitarias, de tal forma que:
 - Los intereses de los pacientes y el erario público deben ir por delante de los de la industria y los proveedores.
 - Se deben financiar sólo las tecnologías que se han comprobado como efectivas y eficientes (y no el resto) y las que están indicadas específicamente para los casos (y no otros).
 - Y se ha de evaluar constantemente los resultados de cada tecnología, para suprimir selectivamente las inútiles y pagar las efectivas en función de sus resultados.

Sobre los **“Medicamentos eternos”** la Dra. Monedero concluyó que:

1. La prescripción de un medicamento no es un proceso sencillo, tampoco es un ejercicio de austeridad, sino un proceso de inteligencia clínica.
2. Definió el “Medicamento eterno” como aquel medicamento que se prescribe por un tiempo indefinido, sin límites ni final; el Medicamento crónico; y el Medicamento “de por vida”.
3. Para ella los verdaderos medicamentos eternos son:
 - Medicamentos prescritos para enfermedades crónicas: HTA, Diabetes, Hiperlipidemias, Osteoporosis, Artrosis, etc. A los que se debe aplicar los “Principios de prescripción prudente o saludable”.
 - Medicamentos prescritos para dolencias o procesos crónicos (enfermedades o no): insomnio, ansiedad, frustración, tristeza. *Lifestyle drugs*. Hay que aplicar tratamientos no farmacológicos.
 - Medicamentos innecesarios: Medicamentos con bajo valor terapéutico (UTB). Se debe aplicar la “*Desprescripción*”.
4. Y para controlar o disminuir el número de fármacos eternos se debe:
 - Utilizar y asumir los “Principios para una prescripción prudente”.
 - Practicar la “*Desprescripción*”, eliminar medicamentos del paciente que se han ido acumulando a lo largo del tiempo y cuya finalidad es reducir la inadecuación de tratamientos de dudosa efectividad en determinadas etapas de la vida.

El Dr. Julian Vitaller al hablar sobre el **“Papel de la Inspección de Servicios Sanitarios en la seguridad del paciente dentro de los Departamentos de Salud”** concluyó que:

1. Las competencias fundamentales de la Inspección de Servicios Sanitarios son:
 - Inspección
 - Evaluación
 - Control
 - Auditoria
 - Acreditación sanitaria
 - Supervisión de la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios
2. Que la Inspección de Servicios Sanitarios deberá garantizar que la asistencia sanitaria a los pacientes se presta en tiempo y forma debidas por:
 - La importancia social de la salud.
 - El alto coste económico que tiene.
 - La creciente complejidad técnica del sector.
 - Y porque la salud es un derecho.
3. Y que dentro del plan de seguridad del Departamento de Salud, como objetivo general, se debe integrar el análisis de las Reclamaciones Patrimoniales como fuente de identificación de riesgos, y como objetivos específicos realizar:
 - Análisis de variables epidemiológicas que conllevan las reclamaciones Patrimoniales:
 - Área donde se producen (servicio, atención primaria...)
 - Cuando se producen (horario, turno)
 - Categoría profesional, relación contractual y antigüedad.
 - Estudio de los hechos mediante “Análisis Causa Raíz”: QUÉ ocurrió, CÓMO, POR QUÉ;...
 - Análisis de las consecuencias:
 - Económicas.
 - Imagen corporativa.
 - Comparación con otros Departamentos.

En la ponencia sobre **“La baja por enfermedad ¿se pide o se prescribe?”** la Dra. Andreu y el Dr. Aguilera concluyeron que:

1. La expedición de la Baja Laboral es un acto médico que lleva aparejada una prestación económica. Como tal acto médico requiere una comprobación, por los medios al alcance del facultativo, de lo alegado por el paciente.

2. La iniciativa parte del paciente, pero es el médico quien debe valorar si existen limitaciones para el puesto de trabajo.
3. La implicación de los facultativos especialistas en la gestión de la IT es, a menudo, escasa.
4. Algunos facultativos de atención primaria no tienen la formación adecuada en normativa sobre incapacidad temporal ni en valoración médica de la incapacidad, lo que los hace más vulnerables ante pacientes que pretendan beneficiarse del sistema de manera injustificada/ fraudulenta.
5. El facultativo que extiende la Baja desconoce con frecuencia los requerimientos del puesto de trabajo, lo que dificulta la valoración.
6. Los criterios utilizados para conceder o no una Baja no siempre se basan en apreciaciones objetivas.

Y propusieron como **mejoras a implementar** en su gestión las siguientes:

1. Implementar la formación reglada en Valoración Médica de la Incapacidad desde los estudios de grado de medicina, postgrado y formación continuada, como una materia común en la formación integral del médico.
2. Creación de una base de datos sobre requerimientos de los puestos de trabajo y ponerla a disposición del médico prescriptor de la Baja.
3. Fomentar la implicación de los facultativos especialistas en la gestión de la Incapacidad Temporal.
4. Realización periódica de auditorías de la calidad en la expedición de Bajas Laborales.
5. Desarrollo consensuado de Guías de Práctica Clínica para la valoración de la incapacidad en las patologías más prevalentes. Aquí hay que señalar la gran ayuda que ha supuesto la publicación del “Manual para la gestión de la Incapacidad Temporal” así como el “Manual de duraciones estándar de la Incapacidad Temporal”.

El Dr. Morán, gran conocedor del funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios, al hablar sobre **“La Inspección de Servicios Sanitarios: Valor seguro en el funcionamiento del Sistema de Salud”**, concluyo que:

La Inspección Sanitaria del SNS se tiene que orientar hacia un Modelo de Inspección en el que haya:

- Más Inspección de Servicios Sanitarios.
- Menos IT y visado.
- Más auditores-evaluadores.
- Menos gestores marginales.
- Formación en nuevas tecnologías de la información.

Ya que, el Modelo de Gestión sanitaria tiende hacia:

- “Área Única” y “Libre Elección”.
- “Facilidad de movimientos”.
- Libertad e información para decidir.
- Inspección-Validación de la información.
- Difusión y transparencia.
- Portales web: MSPSI.es

El Dr. Marco, Presidente de FAISSCV, hablo sobre **“La Inspección de Servicios Sanitarios como elemento de gestión. Nuestra propuesta tras la integración en los Departamentos de Salud”**, concluyó que:

1. La Inspección de Servicios Sanitarios tiene una función esencial en la detección de las ineficiencias y fraudes del sistema:
 - Gestión Integral de los procesos de IT propia e IT general: asesoramiento sobre los procesos de Invalidez Permanente del personal propio.
 - Revisión de la prestación farmacéutica, tanto de la sujeta a visado como de la prescripción general.
 - Estudio de prestaciones que generan elevado gasto en el Departamento, mejorando la eficiencia en su uso: prótesis, resonancias, oxigenoterapia y CPAP, diálisis, densitometrías, transporte sanitario, transporte no concertado, etc.
 - Estudio de utilización del plan de choque.
2. Colaboración con la Gerencia y la Dirección de la AVS en la implantación y seguimiento del Plan Estratégico y los acuerdos de gestión.

3. Evaluación de la actividad, detectando las áreas de alta eficiencia y trasladando su conocimiento a áreas de menor rendimiento (benchmarking) para alcanzar el máximo nivel de calidad.
4. Desarrollo de reglamentos de funcionamiento de servicios y unidades de Gestión Clínica.
5. Apoyo normativo a la toma de decisiones en particular acerca de la administración sanitaria.
6. En materia disciplinaria: permite tener un conocimiento “previo” de las circunstancias, de forma que ello permita actuaciones correctoras previas al expediente.
7. Determinar el mapa de riesgo sanitario del Departamento y recomendar medidas para minimizar su impacto.
8. Participar en las auditorias internas de calidad del Departamento de Salud, garantizando la prestación de servicios asistenciales de calidad.
9. Realizar auditorías internas de Unidades docentes para conseguir la acreditación/ reacreditación de todas ellas.
10. Formación del personal en materia de normativa sanitaria y de seguridad social.

De todo ello se desprende, que actualmente es necesario acometer transformaciones en la forma de trabajo de la Inspección de Servicios Sanitarios y redefinir las relaciones con el resto del personal sanitario, siempre dentro de los Departamentos de Salud, para por lo menos, disminuir las situaciones erróneas en el uso de las prestaciones sanitarias; potenciarnos como sociedad científica y seguir adaptando nuestro trabajo para garantizar que la asistencia sanitaria que se presta a los pacientes se realiza, no solo, en tiempo y forma sino con la calidad y eficiencia adecuadas.

Un saludo.

Castellón, 6 de noviembre del 2012
EL COMITÉ CIENTÍFICO DE LAS III JORNADAS FAISSCV