

*Número coordinado por Soledad Márquez (EASP) y Ricard Meneu*

<b>Editorial</b>	
La medicalización de la vida y sus protagonistas	47
<b>Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica</b>	
El porqué del "gatekeeping" en la atención primaria y sus efectos	54
La publicación de la guía NICE no ha modificado la práctica clínica de la reparación de la hernia inguinal primaria	55
La dotación de enfermeras en los hospitales influye sobre la mortalidad de los pacientes, así como sobre la satisfacción en el trabajo y burn-out de las profesionales	56
La disponibilidad de tecnologías de la información e incentivos organizacionales se asocian a un mayor uso de intervenciones de gestión de procesos	57
<b>Efectividad: Tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos</b>	
La terapia de mantenimiento a largo plazo con warfarina a bajas dosis es eficaz y segura para la prevención del tromboembolismo venoso recurrente	58
Determinación rápida del BNP (péptido natriurético tipo-B) para el diagnóstico en urgencias de insuficiencia cardíaca	59
La memantina es el primer tratamiento que ha mostrado un efecto de enlentecimiento del deterioro clínico en la enfermedad de Alzheimer moderada-severa	60
La vacunación antineumocócica en mayores de 65 años no se asocia a una reducción de las neumonías no bacteriémicas	61
La investigación financiada por la industria es significativamente más proclive a dar conclusiones a favor de la misma	62
<b>Calidad y adecuación de la atención sanitaria</b>	
La mayoría de los sucesos adversos ocurridos después del alta hospitalaria es debida a los medicamentos y es prevenible o mejorable	63
¿Están relacionadas la medida y la mejora de la calidad?	64
AdQhos: un instrumento potencialmente útil para reducir la inadecuación hospitalaria con la participación de los clínicos de los servicios implicados	65
<b>Evaluación económica, eficiencia, costes</b>	
Sobreutilización de antibióticos, resistencias bacterianas y pérdida de bienestar	66
La tomografía por emisión de positrones en el nódulo pulmonar solitario sólo es coste-efectiva en algunas situaciones	67
<b>Utilización de servicios sanitarios</b>	
Más dinero no siempre es mejor	68
Más dinero no siempre es mejor	69
El papel del servicio de urgencias en el ingreso de las hospitalizaciones prevenibles	70
<b>Gestión: Instrumentos y métodos</b>	
Actuaciones para mejorar los informes de valoración de pruebas diagnósticas	71
Las nuevas pruebas genéticas plantean nuevas necesidades de información y evaluación para todos los actores del sistema sanitario	72
Ventajas y desventajas de la introducción del criterio de eficiencia en la decisión de reembolso público de nuevos medicamentos	73
<b>Experiencias y perspectivas de los pacientes</b>	
Quiénes están más satisfechos	75
Los pobres se mueren con más dolor y los ricos más solos	76
Error es humano, reconocerlo aún más	77
Las "ayudas a la decisión" permiten que los pacientes jueguen un papel más activo en la toma de decisiones clínicas	78
<b>Política sanitaria</b>	
Escasa transparencia sobre el papel de los patrocinadores de los ensayos clínicos, pese a la reforma de los requisitos uniformes de publicación en revistas médicas	79
<b>Políticas de salud y Salud Pública</b>	
La obesidad en la edad adulta es un potente predictor de la mortalidad	80
Caminar y hacer ejercicio físico intenso protegen a las mujeres posmenopáusicas de tener problemas cardiovasculares	81
<b>Investigaciones que hicieron historia</b>	
La estrategia poblacional de prevención beneficia a los individuos y pretende lograr poblaciones más sanas	82
<b>La ciencia sobre el papel</b>	
Una cita con las referencias	83

**Editor**

Ricard Meneu de Guillerna, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

**Editores asociados**

Enrique Bernal Delgado, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Zaragoza.

Juan del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Granada.

Jaume Puig i Junoy, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

**Consejo de redacción**

- Joan Josep Artells (Madrid)
- Xavier Bonfill (Barcelona)
- Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
- José Cuervo Argudín (Barcelona)
- Cristina Espinosa (Barcelona)
- Jordi Gol (Madrid)
- Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
- Ildefonso Hernández (Alacant)
- Albert Jovell (Barcelona)
- Jaime Latour (Alacant)
- Félix Lobo Aleu (Madrid)
- José J. Martín Martín (Granada)
- Vicente Ortún Rubio (Barcelona)
- Salvador Peiró (València)
- Laura Pellisé (Barcelona)
- María José Rabanaque (Zaragoza)
- José Ramón Repullo (Madrid)
- Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)

**Consejo editorial**

- Ricard Abizanda (Castellón)
- Javier Aguiló (València)
- Jordi Alonso (Barcelona)
- Paloma Alonso (Madrid)
- Alejandro Arana (Barcelona)
- Andoni Arcelay (Vitoria)
- Manuel Arranz (València)
- Pilar Astier Peña (Zaragoza)
- José Asúa (Vitoria)
- Adolfo Benages (València)
- Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
- Lluís Bohigas (Madrid)
- Bonaventura Bolívar (Barcelona)
- Francisco Bolumar (Alacant)
- Eduardo Briones (Sevilla)
- Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
- Juan Cabasés Hita (Pamplona)
- Jesús Caramés (A Coruña)
- David Casado Marín (Barcelona)
- Carmen Casanova (València)
- Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
- Enrique Castellón (Madrid)
- Xavier Castells (Barcelona)
- Jordi Colomer (Barcelona)
- José Conde Olasagasti (Toledo)
- Indalecio Corugedo (Madrid)
- Álvaro Hidalgo (Madrid)
- José Expósito Hernández (Granada)
- Lena Ferrús (Barcelona)
- Anna García Altes (New York, EE.UU.)
- Fernando García Benavides (Barcelona)
- Joan Gené Badía (Barcelona)
- Juan Gérvas (Madrid)
- Luis Gómez (Zaragoza)
- Mariano Guerrero (Murcia)
- Álvaro Hidalgo (Madrid)
- Pere Ibern Regás (Barcelona)
- Jokin de Irala Estévez (Pamplona)
- Puerto López del Amo (Granada)
- Guillem López i Casanovas (Barcelona)
- Susana Lorenzo (Madrid)
- Manuel Marín Gómez (València)
- Javier Marión (Zaragoza)
- Juan Antonio Marqués (Murcia)
- José Joaquín Mira (Alacant)
- Pere Monrás (Barcelona)
- Jaume Monteis (Barcelona)
- Carles Murillo (Barcelona)
- Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
- David Oterino (Asturias)
- Olga Pané (Barcelona)
- Pedro Parra (Murcia)
- Josep Manel Pomar (Mallorca)
- Eduard Portella (Barcelona)
- Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
- Octavi Quintana (Madrid)
- Enrique Regidor (Madrid)
- Marisol Rodríguez (Barcelona)
- Pere Roura (Barcelona)
- Montse Rué (Cambridge, EE.UU.)
- Ramón Sabés Figuera (Barcelona)
- Ana Sainz (Madrid)
- Pedro Saturno (Murcia)
- Pedro Serrano (Las Palmas)
- Serapio Severiano (Madrid)
- Ramón Sopena (València)
- Bernardo Valdivieso (València)
- Juan Ventura (Asturias)
- Albert Verdager Munujos (Barcelona)

**Revistas revisadas sistemáticamente**

- American Journal of Public Health
- Annals of Internal Medicine
- Atención Primaria
- Australian Medical Journal
- British Medical Journal (BMJ)
- Canadian Medical Association Journal
- Cochrane Library
- Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria
- Epidemiology
- European Journal of Public Health
- Gaceta Sanitaria
- Health Affairs
- Health Economics
- Health Services Research
- International Journal on Quality in Health Care
- Joint Commission Journal on Quality Improvement
- Journal of American Medical Association (JAMA)
- Journal of Clinical Epidemiology
- Journal of Clinical Governance
- Journal of Epidemiology & Community Health
- Journal of General Internal Medicine
- Journal of Health Economics
- Journal of Public Health Medicine
- Health Expectations
- Lancet
- Medical Care
- Medical Care Review
- Medical Decision Making
- Medicina Clínica (Barcelona)
- New England Journal of Medicine
- Quality in Health Care
- Revista Española de Salud Pública
- Revista de Administración Sanitaria
- Revista de Calidad Asistencial
- Revue Prescrire
- Social Science & Medicine

Otras revistas, fundamentalmente de especialidades médicas y de enfermería, son revisadas de forma no sistemática.

**Oficina editorial**

Fundación IISS  
 C/ San Vicente 112 - 3  
 46007 - VALENCIA  
 Tel. 609153318  
 email: iiss\_mr@arrakis.es

**Imprime**

Artes Gráficas Soler, S. L. - La Olivereta, 28  
 46018 VALENCIA

**Diseño gráfico**

Rosa Rodríguez / Paz Talens

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud. GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

Depósito legal: V. 3.643 - 1999  
 ISSN: 1575-7811

## La medicalización de la vida y sus protagonistas

Soledad Márquez y Ricard Meneu

### ¿QUÉ ES LA MEDICALIZACIÓN?

Los estudios sobre la medicalización la presentan como un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. El diccionario de salud pública de Kishore (1) conceptualiza la medicalización como "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas". Y añade que incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

La medicalización puede adoptar tres grandes modos:

- 1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la "mirada médica" (2) como entidades patológicas abiertas a la intervención médica.
- 2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican.
- 3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte.

### La crítica de la medicalización de ayer a hoy

Hace un cuarto de siglo la crítica de la medicalización hizo su aparición en los debates sanitarios, gozando de un breve momento de confusa centralidad. Aunque algunos de los elementos de esta crítica gozaban de una larga tradición, confluían en ella visiones muy distintas e interpretaciones divergentes (Foucault, Illich, Navarro, Mendelsohn, Skrabanek, etc.).

En el imaginario colectivo la crítica de la medicalización está indisolublemente ligada al nombre de Ivan Illich y la publicación de su obra *Némesis Médica* (3), pese a que este trabajo no escogía la medicina como tema, sino como ejemplo. Con *Némesis Médica* Illich pretendía continuar un discurso sobre las instituciones modernas en tanto que ceremonias creadoras de mitos, de liturgias sociales que celebran sus certidumbres, discurso ya iniciado con respecto a la escuela (4), los transportes o la vivienda. La medicina servía como ejemplo para ilustrar los distintos niveles de "contraproductividad" –una extensión "sui generis" de la ley de los rendimientos marginales decrecientes– de las instituciones de posguerra y sus paradojas técnica, social y cultural. *Némesis Médica* comenzaba afirmando: "La medicina institucionalizada amenaza la salud". Lo que era radical en 1974 es, en algún sentido, convencional hoy (5). En uno de sus últimos textos Illich escribió que veinticinco años después comenzaría diciendo "En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante" (6). Un claro signo del desplazamiento del motor de la medicalización.

Desde los años ochenta las críticas a la medicalización se han ido confinando en los territorios de la sociología, los movimientos alternativos o aquellos ámbitos sanitarios poco satisfechos con ciertos rumbos de su historia, como la psiquiatría o el salubrismo. Sin embargo, algunos de los aspectos que motivaban dichas críticas han ido cargándose de argumentos durante este tiempo. Así, ha aumentado la conciencia de que muchas intervenciones sanitarias se sitúan en la "parte plana de la curva" –aquella en la que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen– sin que las corrientes mayoritarias del pensamiento médico relacionen este fenómeno con ninguna forma de iatrogenia social.

En su mejor línea democrática el *British Medical Journal* auspició el pasado año una votación sobre cuáles son en nuestro entorno las principales "no-enfermedades", aquellos procesos cuya inclusión en el campo de actuación de la medicina resulta menos obvia. Como colofón de ese proceso, su edición del 13 de abril de 2002 se dedicó al

tema de la medicalización de la vida, con el objetivo explícito de "atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente" (7). Dada su capacidad de influencia, este número del BMJ marcará con toda seguridad un hito importante en la historia del pensamiento sanitario por su contribución a crear opinión sobre un fenómeno que está afectando de manera importante la forma de vida en las sociedades del primer mundo.

La distancia entre la definición normativa de salud y su percepción aumenta con el desarrollo. Está documentado el contraste entre la definición de salud pretendidamente objetiva llevada a cabo por los profesionales y la salud subjetiva percibida por los individuos. Cuanto mayor es la oferta de "salud", más gente responde que tiene problemas, necesidades, enfermedades. Mientras, en las zonas con servicios sanitarios menos desarrollados esta percepción es menor. Los datos aportados por Amartya Sen muestran que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos (8).

### La definición de enfermedad

Ningún debate sobre la medicalización, sobre la extensión de actuaciones sanitarias hacia procesos anteriormente no considerados como enfermedades, puede ser útil sin un previo acuerdo sobre la concepción de las cambiantes relaciones entre salud y enfermedad. En la controversia que nos ocupa, las aportaciones de la sociología de la salud y la enfermedad se acogen a cuatro grandes tradiciones teóricas: a) el funcionalismo parsoniano; b) la economía política de la enfermedad, incluyendo aquí la crítica de estirpe marxista; c) el interaccionismo simbólico; y d) los desarrollos procedentes de las teorías postestructuralistas de Foucault, en especial sus elaboraciones en el ámbito de la salud mental y el feminismo (9). Todas ellas aportan elementos esclarecedores para entender la "racionalidad" que subyace en los procesos de medicalización.

En el origen están los análisis de Talcott Parsons de la relación médico-paciente (10), tipificando a éste como quejoso, pasivo y

agradecido y al profesional como altruista y compasivo. El "papel del paciente" en la versión de Parsons viene definido por la legitimación que la enfermedad otorga para evitar asumir las responsabilidades sociales, la incapacidad de superar por sí mismo tal estado, la obligación social de intentar sanar y la necesidad puesta en manos de los profesionales.

La economía política de la enfermedad debe mucho de su formulación actual a Freidson (11) (12), y de sus tesis derivan trabajos como los de Navarro (13), o algunas de las interpretaciones críticas de Illich. Fue Freidson uno de los primeros en realizar una crítica sistemática a la teoría de Parsons, en especial a la neutralidad afectiva y el universalismo de los médicos. Así mismo mostró cómo los pacientes eran capaces en alguna medida de negociar durante las consultas, no siendo meros aceptantes de las decisiones de los profesionales.

La perspectiva interactiva de Erving Goffman (14) (15) resulta especialmente atenta a los procesos de institucionalización y estigmatización. El "estigma" de Goffman se basa en los conceptos sociológicos de "etiquetado" y "desviación". El etiquetado es un proceso de reputada importancia entre los interaccionistas, que han tenido un amplio desarrollo en la literatura crítica sobre la enfermedad mental (16). Las decisiones de "etiquetado" como patológico o tributario de una intervención terapéutica y la variabilidad del umbral a partir del cual los individuos pasan a ser considerados pacientes de una determinada condición han mostrado su utilidad en la comprensión de otros aspectos inquietantes de la práctica sanitaria, alejados incluso de sus márgenes, como puede ser la generalizada variabilidad en las decisiones clínicas (17).

Las diferentes lecturas de las teorías de Foucault sobre el conocimiento (18) y el poder (19) han puesto el acento en demostrar la relación entre la reclamación biomédica sobre el carácter "verdadero" y "neutral" del conocimiento sobre el cuerpo y los procedimientos de poder y prácticas discursivas. El modo en que se percibe el cuerpo y sus procesos no tiene mucho que ver con una pretendida realidad objetiva, siendo ésta una construcción social.

Aunque procedentes de tradiciones diferentes, existen intentos de conciliar los principales aspectos de estas teorías, en especial los de Turner (20) quien distingue entre nive-

les individual (experiencia de salud y enfermedad), social (dinámica institucional y regulación de los procesos mediante el etiquetado y la noción de desviación) y societal (estructuras sistémicas que moldean los patrones de los dispositivos asistenciales).

El concepto de enfermedad resulta huidizo una vez se renuncia a considerar su existencia objetiva y se acepta su carácter de "construcción social", un paso difícil, pero ineludible adoptando perspectivas históricas, antropológicas o sociológicas. La definición de un proceso como enfermedad puede hacerse desde una instancia exterior (la mirada externa del profesional), o desde una interna (la autopercepción) (21). Pero el descrédito de la primera como legitimación de la enfermedad no se traduce en una desmedicalización, ya que la otra perspectiva interioriza los valores y discursos de la primera, conformando una peculiar mirada médica aplicada por legos. En el límite, algunas formas de "empowerment" pueden suponer una mayor medicalización, sustituyendo la mirada médica por su capilarización por el conjunto de los pacientes.

### ¿Qué es y qué no es enfermedad?

Cada día más, la definición de enfermedad va ligada a las disponibilidades tecnológicas. La tecnología constituye el conocimiento médico de diferentes maneras. Por un lado establece los signos, marcadores y resultados que definen las entidades nosológicas. También influye poderosamente sobre los modelos explicativos de la enfermedad, así como en el modo en que se organizan el conocimiento médico, su taxonomía. En conjunto, el incremento de capacidades tecnológicas aumenta la sensibilidad de la identificación de patologías y reduce el umbral a partir del cual tratarlas, aumentando así la incidencia de las enfermedades (22).

Operativamente podemos definir una "no-enfermedad" como *"un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así"*. Para esto se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad. Así, la orfandad es un doloroso proceso natural, aunque preferible a su única alternativa verosímil (morir antes que los progenitores), pero tributario de medicalización si se declara una "inadecuada elaboración del duelo".

Las discrepancias entre profesionales y usuarios sobre la consideración de algunos fenómenos como enfermedades están ampliamente documentadas. Cuando se consultó a tres grupos con diferente formación sobre el carácter patológico de una serie de procesos, algunos, como la senilidad y la resaca eran vistos como no-enfermedad de manera congruente tanto por los profesionales sanitarios como por los estudiantes de secundaria y los universitarios no médicos. En cambio se apreciaban importantes discrepancias entre el primero y los últimos grupos sobre la insolación, el codo de tenista o la sobredosis de barbitúricos (23).

Cada vez más se define la enfermedad ante simples síntomas o signos, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo o por la probabilidad de padecer en el futuro una enfermedad. Cochrane afirmaba que no había conseguido saber quién introdujo el concepto de límites normales de la presión arterial como los comprendidos entre más dos y menos dos desviaciones estándar desde la media, sin que teóricamente haya nada que apoye esta idea (24).

El prolapso leve de válvula mitral, la hipoglicemia, el colon irritable o el síndrome premenstrual han sido sugeridos como ejemplos de fenómenos anatómico-fisiológicos que se superponen ampliamente con la normalidad. Estos "síndromes solapados" son etiquetados como patológicos por la comunidad profesional en un proceso de medicalización (25).

También el riesgo ha pasado a ser considerado una enfermedad prevalente, en una curiosa inversión de la paradoja de la prevención de Rose (26) por la que ciertos beneficios escasos a nivel individual resultan sobrealvalorados. De este modo, los fármacos preventivos son un negocio en alza. Su uso se extiende a pesar de la existencia de desacuerdos entre guías de práctica clínica, y a que la magnitud de los beneficios a nivel individual es pequeña, incluso en las personas con mayor riesgo (27). Pero hay que preguntarse cuánta gente bien informada de su probabilidad de tener un suceso cardiovascular en los próximos diez años querría tomar un hipolipemiente a largo plazo. O cuántas mujeres estarían dispuestas a seguir un tratamiento con bifosfonatos durante años para evitar un escaso riesgo de fractura si conocieran los números de las probabilidades en caso de tomar el fármaco o no tomarlo.

Hay algunas evidencias de que las personas bien informadas son más conservadoras que los médicos en el caso de los tratamientos preventivos basados en medicamentos (27-30). De generalizarse estas evidencias, tendremos que reconocer que desde la medicina sin participación del paciente se puede estar conduciendo a la gente a una forma de vida que quizá no desee. Si en los tratamientos preventivos, los pacientes hicieran elecciones diferentes a las que indican los médicos y por debajo de éstos: ¿Qué efectos tendría una mayor participación? Como señala Thomson (31), quizá tengamos pacientes hipertensos mejor informados, más satisfechos y menos ansiosos, pero colectivamente más expuestos a tener un accidente vasculo-cerebral o un infarto. La aceptación de esto significa un tremendo cambio de mentalidad, incluso un replanteamiento de los objetivos de los servicios sanitarios.

### LA EXPANSIÓN TERAPÉUTICA

Cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento. Frecuentemente esa terapia se prescribe sin dar a la persona la información adecuada sobre la naturaleza de los beneficios y efectos adversos, y por tanto, sin tener en cuenta las preferencias y aversión a los riesgos de cada uno. La evidencia disponible informa que muchos pacientes tiene claras preferencias respecto a los posibles tratamientos (32), que éstas no son siempre predecibles (33), que los médicos a menudo no logran su cabal comprensión (34). La revisión de esta literatura (35) pone de manifiesto que los pacientes, los profesionales y la población general tienen a menudo diferentes preferencias ante las alternativas terapéuticas y que la dirección y magnitud de esas discrepancias no parece ser consistente y varía según las patologías.

La efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida preferidas por los pacientes (incontinencia, impotencia). La aportación de instrumentos de ayuda para que el paciente pueda tomar una decisión informada, ha mostrado una preferencia por la alternativa quirúrgica significativamente menor al empleo que de ella se venía haciendo (36). También el recurso a la histerectomía se mostró mayor que el preferido

por las pacientes tras una campaña de información a través de los medios de comunicación que redujo el 26% en las tasas de histerectomía para mujeres de todas las edades (37).

A esto hay que añadir los múltiples ejemplos de nuevos tratamientos y tecnologías con resultados mínimos en términos de salud, introducidos y extendidos en el sistema sanitario en un momento en que la evaluación era incompleta o de baja calidad; para al cabo de unos años tener que reconocer que se hizo de forma prematura y que sus beneficios son menores que sus riesgos. Un ejemplo reciente con importante impacto en los medios de comunicación es el de la generalización de la terapia hormonal sustitutiva, impulsada por sus productores, apoyada por colectivos femeninos (38), y cuya efectividad ha quedado, cuanto menos, en entredicho (39).

La extensión de las nuevas enfermedades a campos como el nacimiento (40), la menopausia, el envejecimiento, la sexualidad (41), la infelicidad y la muerte (42) puede seguir sin mayores problemas con la definición de la "angustia laboral", la "ansiedad nutricional" o todo tipo de desequilibrios afectivos y personales. El malestar que provocan algunos alejamientos de la normalidad o el ideal, como calvicie, arrugas o mallas, puede extenderse con más motivo hasta los déficits de elocuencia, oído musical, o capacidad de razonamiento lógico, problemas prevalentes y tratables, pero aun no sentidos como insuficiencias. Ya se sabe que *"el buen sentido es la cosa mejor distribuida, pues todos creen estar tan bien dotados, que incluso los más descontentos en cualquier otro aspecto no desean más del que ya tienen"* (43).

También merece una reflexión la extensión de pruebas genéticas que etiquetan a las personas con un nivel de riesgo de tener un determinado problema de salud, sin que exista una evaluación adecuada de los beneficios de las posibles intervenciones que le siguen, aspectos que deberían ser claves en la determinación de la utilidad de estas pruebas (44) (45). Si la adopción de nuevos tests genéticos no se lleva a cabo con una evaluación rigurosa, se puede llegar a etiquetar a buena parte de la población como enferma, en base al hallazgo de uno o varios genes "deficientes" que incrementan la predisposición a sufrir en el futuro una determinada enfermedad.

Además, al mismo tiempo que se habla de la "creación" de nuevas enfermedades a partir de experiencias vitales o procesos normales, también puede hablarse de situaciones en las que se infrutilizan tratamientos efectivos, y por tanto se necesitaría mayor intervención sanitaria. Así, Ebrahim (42) advierte del riesgo de "desmedicalización" en la población mayor, y la necesidad de separar el proceso de envejecimiento de las enfermedades que se dan en personas mayores y que tienen tratamientos efectivos que deben ser utilizados. ¿Dónde está el equilibrio?

### LOS PROTAGONISTAS DE LA MEDICALIZACIÓN

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos. Una panorámica no exhaustiva exigiría empezar a mirar hacia los proveedores sanitarios, tanto los profesionales como las empresas médico-farmacéuticas, sin dejar de lado el importante papel desempeñado por la industria de la comunicación. Aun así todo análisis será incompleto si no contempla las tendencias apreciadas en la propia población y las respuestas aportadas por los responsables de la política y la gestión sanitaria.

#### El papel de los profesionales y sus instituciones

Los médicos son los principales agentes de la medicalización. El carácter desconcentrado de las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento (46) exige la anuencia de los clínicos sobre los beneficios de las intervenciones terapéuticas. Sin su concurso los demás actores de la medicalización no conseguirían la respuesta deseada a sus demandas o una extensión de su oferta compatible con sus lógicos objetivos empresariales de crecimiento. La percepción médica o mejor, la mirada médica (2) es el proceso a través del cual objetos sociales específicos, es decir, categorías de enfermedad, cobran su existencia (47).

Es común interpretar la participación entusiasta de los sanitarios en los procesos de medicalización en función de los beneficios esperables. Ligado a la esperanza de proporcionar un beneficio para los pacientes, está el deseo de que se amplíe el mercado, se abran nuevas puertas al desarrollo profesional y la especialización (unidades de lípidos, de menopausia, de genética...). Sin

desestimar los beneficios alcanzables en términos de rentas directas, capacidad de influencia, y poder. Un abanico de posibilidades que explica ampliamente que la cultura médica sufra de una fascinación por las nuevas tecnologías, e incluso por las nuevas enfermedades.

En un editorial publicado en esta revista J. Expósito (48) ya reflexionó sobre el papel de los médicos en la difusión de tecnologías no efectivas usando como ejemplo ilustrativo la quimioterapia a altas dosis en el cáncer de mama. Su pregunta "¿son los médicos actores o espectadores en la difusión de nuevas tecnologías?" tiene una respuesta afirmativa contundente. Pese a las dificultades del papel asignado a los médicos, lo que resulta a la postre es que comparten en buena medida la responsabilidad por la construcción de una cultura intervencionista y acelerada en la adopción de innovaciones.

Añádase a esto que la razón médica está prevenida por un stajanovista "más es mejor", cuando en demasiadas ocasiones quizá debería plantearse un miesiano "menos es más". Las verdaderas mejoras en eficiencia no provienen únicamente de hacer lo mismo más rápidamente o más barato, sino de hacerlo de un modo diferente y mejor (49) por más adecuado.

En el proceso de medicalización las interacciones y sinergias son múltiples. Los médicos como investigadores o prescriptores, solos o unidos en sociedades científicas, a veces recorren su camino profesional de la mano de la industria. De hecho, la construcción de nuevas enfermedades es frecuentemente liderada por grupos de investigadores que tienen estrechos lazos con las empresas farmacéuticas, y las recomendaciones y consensos parten de las sociedades científicas y de los médicos líderes de opinión. Estas recomendaciones son especialmente relevantes en áreas con mayor incertidumbre, donde la guía de los expertos, los referentes profesionales, se configura como una de las fuentes primordiales de orientación.

Una explicación complementaria para la predisposición de los profesionales a aceptar cualquier innovación pretendidamente útil debería considerar su situación respecto al cambiante estado del conocimiento y las expectativas y demandas sociales. Los médicos se encuentran emparedados entre una íntima duda sobre sus capacidades

resolutivas reales y una creciente presión social que exige respuestas taumatúrgicas y confía en que la ciencia evitará hasta lo ineluctable.

Probablemente, el ejercicio de una medicina sin participación del paciente es otro factor que conduzca a la medicalización. Aunque en general no está claro que la participación de los pacientes lleve a decisiones más conservadoras que las que toman los médicos (50) (51), como se comentó anteriormente, parece que sí hay una tendencia en este sentido en el caso de los tratamientos preventivos con fármacos (27-30). Hacer una medicina más participativa supone –una vez más– un cambio cultural, que como todos los cambios culturales será difícil, porque supone abandonar lo conocido para embarcarse en una aventura en la que se perderá estatus, poder y control; y en la que habrá que aprender otras habilidades y actitudes, a las que no estamos habituados.

Entre estas actitudes se cuenta la preocupación por las consecuencias de una posible medicalización excesiva. Como apunta Richard Smith, "*cuando estoy enfermo quiero ser atendido por doctores que duden cada día del valor y la sensatez de lo que hacen*" (5).

### Las empresas médico-farmacéuticas

Sin desatender el beneficioso papel desempeñado por la investigación y desarrollo impulsados por las industrias médico-farmacéuticas, que ha dado lugar a múltiples tratamientos efectivos que mejoran la vida de las personas, es necesario reflexionar sobre su papel en la medicalización innecesaria de la vida.

Atendiendo a una conducta estrictamente racional, es de esperar que dicha industria no repare en esfuerzos para ampliar mercados, lo que hace de ella un actor clave en la creación de nuevas enfermedades, especialmente en aquellos ámbitos en los que es más verosímil que se pueda disponer de una elevada sensibilización por parte de los potenciales beneficiarios: aspectos estéticos, molestias fisiológicas o síntomas leves pero frecuentes, reducción de factores de riesgo, o evicción de las consecuencias de comportamientos no saludables a los que no se desea renunciar. En algunas de estas consideraciones pueden encuadrarse la calvicie, el colon irritable, la osteoporosis, algunos

síntomas que pueden acompañar a la menopausia o ciertas disfunciones sexuales (41), (52). En el límite, este camino conduce a una situación en que para cada nuevo diagnóstico o tratamiento se puede crear una enfermedad, con independencia del carácter de los beneficios que aquellos aporten.

Para la construcción de nuevas enfermedades y la comercialización de tecnologías que las diagnostiquen y las traten, la industria necesita compañeros de viaje. Para ello, financia a grupos de investigación de instituciones académicas y de sociedades científicas, que –además de participar en las investigaciones– van a ser elementos valiosísimos en la promoción de los nuevos medicamentos. Muchos productos se promocionan gracias a los artículos de apoyo escritos por médicos que son líderes de opinión, y que se publican en importantes revistas especializadas (53). También cuenta con el sostén de grupos organizados de pacientes que a menudo parecen aglutinarse más por el tratamiento que reclaman que por la dolencia que sufren.

Una vez conseguida la implicación de los referentes de cada sector o especialidad, el siguiente frente de intervención de la industria es el conjunto de los médicos, quienes en definitiva adoptan la decisión de indicar o no los nuevos avances. La formas clásicas de penetración a través de obsequios, pago de viajes a jornadas –indudablemente de formación– y similares, están cada vez más en el punto de mira de los financiadores, preocupados por lo que, algo exageradamente, ven como una enorme "quinta columna" infiltrada en sus efectivos. Pero existen modos más insidiosos de ganar la voluntad de los microgestores. En toda tecnología innovadora son, obviamente, sus promotores quienes disponen de la mejor información. La difusión de ésta de manera sesgada, inexacta o engañosa busca hacer mella en los profesionales que deseen guiarse por motivos estrictamente científicos (54). También se han apreciado interesantes sinergias entre desarrollos diagnósticos y terapéuticos. Las actuaciones para lograr que los médicos prescriban pasan también por facilitar los medios para que puedan hacer el diagnóstico. Y es aquí donde entran los regalos de equipos y tecnologías a los centros sanitarios, ante los que una cierta miopía contable puede hacer creer que los equipamientos se consiguen a coste cero. Entre la variada casuística al respecto, en otro texto hemos abordado el ejemplo de los densitómetros para diagnosticar la osteoporosis (55).

Además, la industria contribuye a la formación de una demanda mediante actuaciones para crear opinión, no sólo entre los profesionales, sino también entre los potenciales consumidores. Cuenta para ello con importantes activos entre los medios de formación de masas y busca, amparándose en grandilocuentes apelaciones al derecho a la información, poder generalizar las campañas de publicidad dirigidas a los consumidores finales. Mientras se ultima la autorización europea de la "publicidad directa al consumidor", su presencia en otros países nos permite apreciar cómo las empresas sanitarias aprovechan cualquier posibilidad de trasladar la atención desde los problemas derivados del entorno social hacia la solución individual. Un ejemplo ilustrativo es el anuncio sobre la paroxetina que GlaxoSmithKline publicó en el New York Times Magazine en octubre de 2001, un mes después del ataque al World Trade Center. En medio de un clima de comprensible agitación, el anuncio afirmaba: "Millones (de personas) sufren ansiedad crónica. Millones pueden ser ayudadas por Paxil" (56). Este ejemplo no es sino un botón de muestra de muchas campañas basadas en respuestas no patológicas ante sucesos vitales, el miedo a la muerte o a la discapacidad. Casi a diario la prensa científica y los medios de comunicación de masas proporcionan ejemplos, donde se advierte de la cantidad de personas "afectadas" –de menopausia, de osteoporosis, ...– que no están siendo tratadas. Los discursos son tan contundentes y muestran tal preocupación por el bienestar de la población que es difícil que alguien se atreva a contravenirlos. Cada vez más el público diana de esta publicidad directa son personas razonablemente sanas, a las que se les vende una amenaza y al tiempo se les presenta un producto que las librará de ella.

### Los medios de comunicación

Después de los profesionales sanitarios, los medios de comunicación de masas son la principal fuente de información sobre la salud. La calidad de la información que vehiculan y los sesgos apreciados en su tratamiento han sido objeto de una atención insuficiente en comparación con su relevancia en la configuración de las expectativas y opiniones del conjunto de la población. Es lógico que en muchas ocasiones sean el principal objetivo de quienes pretenden influir en la conducta de los profesionales sanitarios y los pacientes (57).

Más allá de los indudables casos de venalidad e incompetencia (58), el principal problema con los medios estriba en su configuración ideológica. La divisa del periodismo "*No es noticia que un hombre muerda a un perro, sino que un perro muerda a un hombre*", admite el corolario "*...o que alguien diga que quizá pudiera haberlo hecho*". La concepción de lo noticiable está asociada a la novedad, lo inusual, lo improbable o lo deseado. De ahí la sobreabundancia de noticias sobre pretendidos descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y terribles plagas de dudosa base científica.

El principal problema de una lectura acrítica de los medios estriba en que favorecen en la población la conformación de expectativas que están por encima de la realidad, contribuyendo de modo importante a generar la creencia en una inexistente medicina omnimoda. La sensación de que la medicina es una ciencia exacta es, en buena parte, creada y alimentada por los medios (59), siendo cada vez más exigible que éstos asuman e incorporen a sus contenidos términos como "incertidumbre" o "limitaciones" (60) (61).

Se han documentado casos en los que el tratamiento de los problemas en los medios de comunicación está lleno de contradicciones, subrayándose aspectos negativos e ignorando otros relevantes. Como ejemplo, un estudio que analizó la información sobre la menopausia en la prensa, encontraba que se trivializaban los aspectos relacionados con promover estilos de vida saludables, y por el contrario, se enfocaba el tema como una experiencia negativa, una enfermedad y una etapa que necesitaba tratamiento médico (62). En muchas ocasiones, son los médicos ejerciendo de columnistas, o sus sociedades a través de campañas de prensa, quienes promueven la medicalización e incluso el uso de intervenciones cuyos efectos adversos superan los posibles beneficios. En los últimos años el cribado del cáncer de próstata ha aportado un buen número de ejemplo poco edificantes. (63).

Sin embargo, los medios pueden también afectar positivamente la utilización de servicios sanitarios, promoviendo el uso de intervenciones efectivas y desincentivando la adopción de las que tienen efectividad no probada o cuestionable, aunque parecen, en general, menos interesados en desempeñar ese papel.

### La población

Hace más de veinticinco años que Lewis Thomas señalaba que en los 25 años anteriores nada había cambiado tanto en el sistema sanitario como la percepción del público sobre su propia salud, interpretando que dicho cambio pone de manifiesto una pérdida de confianza en la forma humana (64). Y continuaba afirmando que buena parte del despilfarro sanitario procede de la convicción del público en general de que la medicina moderna es capaz de resolver mucho más de lo que en realidad es posible. Esta actitud sería, en parte, el resultado de las exageradas reivindicaciones de la medicina en las últimas décadas y de su aquiescencia pasiva con las aun más exageradas difundidas por los *media*.

Como gusta repetir el gurú Ian Morrison, autor de *Health Care in the New Millennium: Vision, Values, and Leadership* y antiguo director del Institute for the Future en Palo Alto, cuando él nació en Escocia la muerte era vista como inminente, mientras se formó en Canadá comprobó que se vivía como inevitable, pero en su actual residencia californiana parece que allí se perciba como opcional.

Parece claro que el nivel educativo es un factor clave en el deseo y exigencia de participar en las decisiones (65), por tanto, en la medida que la población tenga mayor nivel e información, irá exigiendo a los profesionales sanitarios este derecho a tener voz y voto sobre las decisiones que les afectan. La extensión del acceso a la información a través de Internet puede suponer una importante amenaza a la relación de agencia imperfecta entre médico y paciente. Más allá de las actuales expectativas desmedidas, las facilidades aportadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) podrían facilitar una mayor exigencia de información y participación más acorde con el estado del conocimiento. Sin embargo, es difícil prever cómo afectará al fenómeno de la medicalización el incremento de la fracción de pacientes informados y deseoso de adoptar sus propias decisiones.

Por una parte, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) y en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes inevitables de la vida. Existe una creencia, posiblemente promovida desde los propios sistemas sanitarios, de que la medicina va a poder con todo y que puede solucionar cual-

quier problema (aunque sea vital o social), que la tecnología avanza a pasos agigantados para hacernos vivir más y mejor, y que la salud no tiene precio.

Uno de los escenarios menos deseables sería el representado por usuarios conocedores de las alternativas existentes e insensibles a la dimensión social de la asistencia, apelando sistemáticamente a la "regla del rescate" –la oposición a no emplear todas las alternativas con algún beneficio potencial, por mínimo que sea, ante un riesgo grave para la salud de un individuo identificable y concreto– (66) forzando la actuación de los médicos ante el paciente agonizante. Un futuro sumamente decepcionante para los profesionales que no están suficientemente pertrechados para combatir estas exigencias que van más allá del rol asignado y que provocan sufrimiento por no poder dar respuesta, convirtiéndose así en víctimas de la medicalización a la que han contribuido (60).

### La Administración y los gestores de servicios sanitarios

Si las actuaciones de los usuarios y las empresas pueden parecer razonables y las de los médicos comprensibles, el comportamiento de los reguladores resulta menos justificable. En términos generales, en el nivel de la macrogestión se tiende a evitar las decisiones conflictivas en más ocasiones de lo que sería deseable. Se rehúye la definición explícita de las prestaciones incluidas y excluidas de las carteras de servicios, o se dilata el establecimiento de mecanismos adecuados para la monitorización del uso de tecnologías en centros sanitarios, confrontándolo con sus indicaciones. Tampoco se aprecia diligencia en la implantación de métodos para racionalizar la introducción de nuevas tecnologías, y fármacos en los servicios sanitarios, pese a que ya existen algunas iniciativas interesantes al respecto (67).

Un caso llamativo lo constituyen los organismos encargados de regular el mercado de fármacos. En los últimos años las agencias de medicamentos de los países europeos han sido muy sensibles al deseo de la industria de aprobación rápida de nuevos productos. Sin duda esta preocupación por los deseos de una parte de sus clientes está relacionada con la creciente dependencia financiera de éstos que han experimentado dichas agencias. En la actualidad, implantando el procedimiento de reconocimiento

mutuo de sus aprobaciones, estos organismos compiten por atraer hacia ellos la evaluación de nuevos medicamentos. Para lograrlo han de responder a los intereses del evaluado, sin que existan mecanismos para garantizar una preocupación similar por los intereses de la sociedad, para cuyo servicio se constituyeron.

Un curioso ejemplo de la atención preferente prestada por los organismos públicos a los intereses de los productores frente a los de los usuarios se da en el caso de los diuréticos para el tratamiento de la hipertensión arterial. Los ensayos clínicos y metaanálisis demuestran que los diuréticos a bajas dosis (hidroclorotiazida o clortalidona a dosis de 12,5 mg/día) son generalmente el tratamiento inicial de elección, pero en España las presentaciones de estos fármacos dificultan enormemente su administración. La única presentación en solitario de hidroclorotiazida fue retirada del mercado por el Ministerio a petición del fabricante. Aunque fue repuesta meses más tarde, ya se había producido un importante cambio en el tratamiento a los pacientes que lo usaban. Por su parte la higrótona sólo se comercializa en una presentación de comprimidos no ranurados de 50 mgr, por lo que su correcta administración exige que los pacientes las tengan que partir en 4 trozos, sin garantías de una distribución igual de la dosis entre fragmentos. Este tipo de comportamientos favorece la sustitución –cuando no la duplicación– terapéutica, reduciendo las opciones de que disponen profesionales y usuarios informados para manejar sus procesos.

### Una reflexión final: ¿vamos a donde queremos ir?

Las preguntas fundamentales que debemos plantearnos se refieren a qué consecuencias tiene la medicalización de la vida y a dónde nos conduce la senda por la que nos encaminamos. En primer lugar, se está etiquetando de enfermos a personas que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como "anormal", como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas. En segundo lugar, las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas se está reduciendo. Las personas y la sociedad se

hacen así dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que va induciendo.

Una reflexión sobre el fenómeno de la medicalización lleva a la pregunta de si realmente queremos un mundo donde todos llevemos etiquetas de riesgo de padecer esta o aquella enfermedad en el futuro. Si queremos una sociedad donde hay mastectomizadas para evitar el cáncer de mama, gente sana pero que cree estar enferma y toma varias píldoras para reducir su "riesgo" de acabar teniendo una u otra enfermedad. Una sociedad donde ya todos los niños nacen por cesárea, la gente está insegura sobre si es normal o no en sus relaciones sexuales, el miedo a la enfermedad se ha apoderado de todos, y casi nadie se muere con un poco de paz. Si queremos un mundo donde mientras todo esto pasa en las sociedades ricas, en África, Asia y Harlem, la gente sigue muriendo de SIDA, de infecciones para nosotros banales, de hambre, violencia y otras calamidades.

Pero incluso siendo pragmáticos y sin cuestionarnos si queremos este mundo, vamos a tener que preguntarnos si podemos permitirnoslo. El economista Uwe Reinhardt sugería irónicamente que si el consumo sanitario seguía aumentando, EE.UU. sería como un gran hospital, donde la población estaría formada por trabajadores de la salud, enfermos, o ambas cosas al tiempo (68). Sin caer en los maximalismos que atribuyen a la medicina un efecto negativo neto sobre el bienestar, apelando a inexistentes arcadias pretecnológicas, una sociedad más medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia. Y subvenir las necesidades que este sentimiento obliga a los individuos y la colectividad a detraer recursos aplicables a potenciar otras esferas del bienestar (49).

Por ahora no parece verosímil que sea evitable morir. Las ganancias en cantidad de vida propiciadas por el desarrollo médico son en nuestro entorno relativamente escasas, siendo más importantes las relacionadas con la calidad de esa vida. Pero la calidad de vida tiene componentes básicamente subjetivos, ligados a muy distintas preferencias personales. No todos los años de vida ganados son iguales y evitar una muerte ligeramente prematura puede abocarnos a una larga y penosa agonía, una opción deseable para algunos pero espeluznante para otros. Sin la adecuada información para decidir, muchos



podemos empeorar si adoptamos miméticamente prácticas de reducción promedio de algunos riesgos actualmente vulnerables. La consecuencia de esta aceptación acrítica de todas las ofertas de la medicalización sería una sociedad viviendo de manera insana por su preocupación por la salud y muriendo más enferma.

**BIBLIOGRAFÍA**

(1) Kishore J. A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications 2002.  
 (2) Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Editorial Siglo XXI, México, 1966.  
 (3) Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barral Editores, Barcelona 1975.  
 (4) Illich I. La sociedad desescolarizada. Barral, Barcelona 1974.  
 (5) Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriation of Health (book review). BMJ 2002; 24: 923.  
 (6) Illich I. L'obsession de la santé parfaite. Le Monde diplomatique, 1999 mars pp. 28 y ss. Disponible en <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.  
 (7) Smith R. In search of non disease. BMJ 2002; 324: 883-5.  
 (8) Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002; 324: 860-1.  
 (9) Ehrenreich B. English D. Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness. Compendium. London 1974.  
 (10) Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. En: El sistema social. Alianza Universidad. Madrid 1984.  
 (11) Freidson E. Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge. Harper & Row. New York 1970.  
 (12) Freidson Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. Atherton Press. New York 1970.  
 (13) Navarro V. La Medicina bajo el Capitalismo. Crítica. Barcelona 1978.  
 (14) Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editor. Buenos Aires 1984.  
 (15) Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Simon & Schuster 1985.  
 (16) Szasz. T. El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1973.  
 (17) Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Masson. Barcelona 2002.  
 (18) Foucault M. La vida de los hombres infames. Las Ediciones de la Piqueta. Madrid, 1990.  
 (19) Foucault M. Microfísica del poder. Las Ediciones de la Piqueta. Madrid, 1979.  
 (20) Turner BS. Medical power and social knowledge. Sage. London 1987.  
 (21) Kleinman A. The illness narrative: suffering, healing and the human condition. Basic Books. New York 1988.  
 (22) Hofmann B. The technological invention of disease. J Med Ethics: Medical Humanities 2001; 27: 10 - 9.  
 (23) Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. BMJ 1979; ii: 757-62.

(24) Cochrane AL. Efectividad y eficiencia. Asociación Colaboración Cochrane Española. Barcelona 2000.  
 (25) Quill TE, Lipkin M Jr, Greenland P. The medicalization of normal variants: the case of mitral valve prolapse. Gen Intern Med 1988; 3 (3): 267-76.  
 (26) Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988 (publicación científica 505).  
 (27) Trewby PN, Reddy AV, Trewby CS, Ashton VJ, Brennan G, Inglis J. Are preventive drugs preventive enough? A study of patients' expectation of benefit from preventive drugs. Clin Med 2002; 2: 527-33.  
 (28) McAlister F, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. Can Med Assoc J 2000; 163: 403-8.  
 (29) Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. BMJ 2000; 320: 1446-7.  
 (30) Llewellyn-Thomas H, Paterson JM, Carter J, Basinski A, Myers MG, Harfacre GD et al. Primary prevention drug therapy: can it meet patients' requirements for reduced risk? Med Decis Making 2002; 22: 326-39.  
 (31) Thomson R, Bowling A, Moss F. Engaging patients in decisions: a challenge to health care delivery and public health. Quality in Health Care 2001; 10 (Suppl 1): 11.  
 (32) Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. Soc Sci Med 1998; 47: 329-39.  
 (33) Richards MA, Ramirez AJ, Degner LF, et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. A review based on a symposium held at the 10th annual conference of The British Psychosocial Oncology Group. Eur J Cancer 1995; 31: 112-6.  
 (34) Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. Fam Pract 1994; 11: 67-74.  
 (35) Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? Qual Health Care 2001; 10 (Suppl): i39-i43.  
 (36) Wagner E, Barrett P, Barry M, et al. The effect of a shared decision making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. Med Care 1995; 33: 765-70.  
 (37) Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. Lancet 1988; 2: 1470-3.  
 (38) Harding J. 'Bodies at Risk: Sex, Surveillance and Hormone Replacement Therapy', in Alan Petersen and Robin Bunton, eds., Foucault, Health and Medicine, 1997, New York: Routledge.  
 (39) Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P, Teutsch SM, Allan JD. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy. Scientific Review JAMA. 2002; 288: 872-881.  
 (40) Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrel C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999. Gac Sanit 2001; 15: 230-6.  
 (41) Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ 2003; 326: 45-7.  
 (42) Ebrahim S. The medicalisation of old age. BMJ 2002; 324: 861-3.  
 (43) Descartes R. Discurso del método. Madrid: Alianza Editorial 1997.  
 (44) Melzer D, Zimmern R. Genetics and medicalisation. BMJ 2002; 324: 863-4.  
 (45) Burke W, Atkins D, Gwinn M, Guttmacher A, Haddow J, Lau J et al. Genetic test evaluation: information needs of clinicians, policy makers, and the public. Am J Epidemiol 2002; 156: 311-8.

(46) Eisenberg J. Doctors Decisions and the Cost of Medical Care. Health Administration Press Ann Arbor. Michigan 1986.  
 (47) Armstrong D. Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century. Cambridge University Press. Cambridge 1983.  
 (48) Exposito J. Los costes sociales de nuestras prácticas. Actores o espectadores. Gest Clin y San 2000 2 (2): 39-40.  
 (49) Smith R. Spend (slightly) less on health and more on the arts. BMJ 2002 325: 1432-3.  
 (50) O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.  
 (51) Hermsilla-Gago T, Briones E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2002.  
 (52) Moynihan R, Health I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-90.  
 (53) Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. Lancet 2002; 360:1405-9.  
 (54) Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. Lancet 2003; 361: 27-32.  
 (55) Márquez S. El cambio de prácticas. En J. Exposito (ed.) El trabajo de gestión desde una Dirección Médica. HUVN Granada 2002.  
 (56) Mintzes B. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. BMJ 2002; 324: 908-11.  
 (57) Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.  
 (58) Molnar FJ, Man-Son-Hing M, Dalziel WB, Mitchell SL, Power BE, Byszewski AM, St. John P. Assessing the quality of newspaper medical advice columns for elderly readers. CMAJ 1999; 161: 393-5.  
 (59) Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumers' demand for evidence-based medicine. Int J Technol Assess Health Care 1998; 14: 97-105.  
 (60) Leibovici L, Lièvre M. Medicalisation: peering from inside medicine. BMJ 2002; 324: 866.  
 (61) Johnson T. Medicine and the media [Shattuck Lecture]. NEJM 1998 339[2]: 87-92.  
 (62) Gannon L, Stevens J. Portraits of menopause in the mass media. Women Health 1998; 27: 1-15.  
 (63) Ferriman A. Advocates of PSA testing campaign to silence critics. BMJ 2002; 324: 255.  
 (64) Thomas L. On the Science and Technology of Medicine. Daedalus 1977; 106 (1): 35-46.  
 (65) Bowling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. Quality in Health Care 2001; 10 (Suppl 1): 12-18.  
 (66) Segarra Medrano A. La parte plana de la curva. Donde el coste-efectividad encuentra "la regla del cate" En: Ortún V. (Ed.) Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta Masson. Barcelona 2003.  
 (67) Briones E, Loscertales M, Pérez Lozano MJ, en nombre del grupo GANT, proyecto GANT: Metodología de desarrollo y estudio preliminar. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 1999.  
 (68) Reinhardt U. Response to "What can Americas learn from Europeans". En Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency, OECD. Paris, 1990.

## El porqué del “gatekeeping” en la atención primaria y sus efectos

Forrest, CB.

**Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment. BMJ 2003; 326:692-695.**

### Objetivo

El autor se plantea de nuevo el concepto de la atención primaria como filtro y compara las realidades de Estados Unidos y Reino Unido. Del contraste de estos entornos muestra los efectos sobre la asignación de recursos, su relación con los incentivos financieros y la revisión de utilización.

### Método

Revisión informal de la literatura reciente. Se señalan en primer lugar cuáles son las cuestiones básicas de investigación para comprender el interfaz atención primaria-médico especialista y luego se repasan cada una de ellas.

### Resultados

El papel de filtro en opinión del autor es el resultado de una decisión discrecional para determinar quién tiene garantizado el acceso a los recursos, cuáles son las necesidades y cuáles los servicios que se ajustan más a ellas.

El artículo considera que la satisfacción con el papel de filtro de la atención primaria viene más determinado por la situación de escasez de recursos –el caso del Reino Unido– y la insatisfacción surge cuando se considera que lo que hace es limitar el acceso –caso de los Estados Unidos. Más adelante señala que todos los médicos ejercen un papel de filtro pero que lo más relevante es cómo se deriva la actividad asistencial a los especialistas. Resulta interesante observar la tabla donde muestra una comparación entre derivaciones a especialistas en los dos países. Las tasas de derivación son similares pero el cómo se hace no. En Estados Unidos un tercio de las derivaciones se realizan sin el contacto directo con el paciente, ya sea mediante contacto telefónico, o por parte de otros profesionales sanitarios. Y lo que definitivamente distingue a los dos países es la tasa anual de visitas a especialistas. En Estados Unidos es el doble que en el Reino Unido, porque los pacientes acceden directamente en mayor proporción. A pesar de que el autor indica que el 38% de la

población norteamericana tiene un médico de atención primaria que actúa como “gatekeeper” formal.

El artículo describe los incentivos financieros habituales en Estados Unidos y sus efectos. Aunque lo hace de pasada, incide en relacionar incentivos financieros con tasas de derivación, no nos indica nada acerca de su adecuación, incluso si ajustamos por el estado de salud de la población. Considera que hay un bajo impacto tanto de los incentivos financieros como de las guías de práctica clínica en la cantidad de derivaciones realizadas. Y finalmente señala que los mecanismos informatizados de ayuda a las decisiones clínicas podrían aportar mucho más en la modificación de los patrones de derivación que lo que lo han hecho otros mecanismos hasta el momento.

### Conclusiones

Al tratarse de una revisión de la literatura, las conclusiones son “ad hoc”. Por una parte muestra la insatisfacción popular con el “gatekeeping” en Estados Unidos. Las expectativas creadas de acceso fácil a especialistas y tecnologías avanzadas impiden cambiar la tendencia como habían deseado los promotores del “Managed Care”.

No puede atribuirse al “gatekeeping” la consecución de unos menores costes de la asistencia sanitaria para el caso del Reino Unido. La causa de los bajos costes cabe buscarla en los controles de oferta y no en la gestión de la demanda que ofrecen los médicos de atención primaria. Y termina indicando que a pesar de las tendencias consumistas siempre seguiremos necesitando a médicos de atención primaria que nos guíen en el sistema sanitario tan complejo que tenemos.

*Fuente de financiación: Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services.*

*Autor del artículo y dirección para correspondencia: Christofer B. Forrest. Health Services Research and Development Center, Department of Health Policy and Management, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 21205, USA.*

### COMENTARIO

Se trata del segundo artículo de una serie de cuatro. Por consiguiente resultaría de interés un análisis conjunto. Sin embargo, a la vista de la aproximación que propone hay algunas cuestiones básicas a revisar. La concepción de la atención primaria vista como filtro para el acceso a la atención especializada no da más de sí. Se trata de una concepción limitativa, en lugar de enfatizar la contribución de la atención primaria en las dimensiones de primer contacto, continuidad y longitudinalidad. La aproximación creada por Barbara Starfield a quien por cierto no se cita en todo el artículo. Para complementar los vacíos del artículo, una buena sugerencia es releer el de Gervas y Ortún (1) porqué mantiene en buena parte su vigencia.

La novedad que se ha producido en estos años ha sido el desarrollo de nuevas tecnologías que cambian el ámbito de actuación del médico, tanto de primaria como especializada. Y además abren las puertas a otros profesionales sanitarios para determinadas actividades antes reservadas a médicos. No puede pasar desapercibida esta realidad y necesitamos entender cómo las organizaciones sanitarias son capaces de responder a ella.

La confrontación atención primaria-especializada tampoco da más de

sí. Mientras hace años se anunciaba la coordinación entre niveles cada uno pretendía aumentar su posición, pero sin crear valor añadido necesariamente, tan sólo adoptar una posición defensiva. Cualquier aproximación novedosa al problema puede aprender de las contribuciones de Brandenburger y Nalebuff (2) que bajo el concepto “Coopetition” mezclan cooperación (aumentar el tamaño del pastel), con competencia que implica dividir una parte del valor creado (repartir el pastel). En términos prácticos y en sanidad, esta aproximación es la que se ha venido a llamar sistemas integrados de salud. Entrar en el detalle exigiría más espacio del disponible. En cualquier caso el lector interesado puede acceder a la referencia clave de Shortell y colaboradores (3) a quien por cierto, el autor del artículo tampoco cita.

**Pere Ibern**  
**Universitat Pompeu Fabra**  
**Centre de Recerca en Economia i Salut**

(1) Gervas J, Ortún V. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. En “La Regulación de los servicios Sanitarios en España”, Ed. Civitas, Madrid 1997.

(2) Brandenburger A, Nalebuff B. Coopetition. Doubleday, New York 1996.

(3) Shortell S. M. Remaking Health Care in America. Jossey Bass, San Francisco, 2000.

## La publicación de la guía NICE no ha modificado la práctica clínica de la reparación de la hernia inguinal primaria

Bloor K, Freemantle N, Khadjesari Z, Maynard A.

Impact of NICE guidance on laparoscopic surgery for inguinal hernias: analysis of interrupted time series. *BMJ* 2003; 326:578.

### Problema

Las guías de práctica clínica son sobre todo útiles en áreas de gran incertidumbre y controversia. Su impacto en la práctica clínica no siempre es el deseado. Problemas de difusión, implementación o metodológicos en sus recomendaciones, podrían explicar su falta de cumplimiento.

### Objetivo

Describir los patrones o modelos de reparación quirúrgica de las hernias inguinales y conocer el impacto de la guía del National Institute for Clinical Excellence (NICE), publicada en enero de 2001, que recomienda en la hernia inguinal primaria la colocación de una malla por vía abierta, no laparoscópica.

### Contexto

Base de datos de episodios hospitalarios en Inglaterra durante el período abril 1998 a diciembre 2001.

### Método

Casos intervenidos de hernia inguinal primaria (n=217000), de los que 8.960 (4,1%) lo fueron por vía laparoscópica. Se analiza, el total de intervenciones, el porcentaje de casos intervenido por vía

laparoscópica, en series semanales, en 143 lugares antes de la publicación de la guía NICE y en 51 lugares posteriormente.

### Resultados

La publicación de la guía NICE no ha reducido la tasa de reparación por vía laparoscópica. El incremento en la utilización de la vía laparoscópica antes de la guía era de 0,08% por año (IC95%: 0,09%-0,26), mientras que tras su publicación aumentó a razón de 0,14% por año (IC95%: 0,02-0,25). El patrón fue semejante al considerar el acceso laparoscópico en la reparación de cualquier tipo de hernias, primarias o recidivadas.

### Conclusión

En el año siguiente a su publicación la guía NICE no ha supuesto un cambio en la práctica clínica de la reparación de la hernia inguinal primaria.

Financiación: Medical Research Council Special Training Fellowship in Health Services Research and by the Department of Health Policy R&D programme.

Correspondencia: Karen Bloor. Department of Health Sciences, University of York, York YO10 5DD. keb@york.ac.uk

### COMENTARIO

El objetivo de las guías de práctica clínica debe ser reducir la variabilidad en la práctica clínica, con una eficiente utilización de los recursos y una mejor efectividad en la toma de decisiones. Se basan en la evidencia científica disponible, siendo especialmente útiles en procesos y procedimientos terapéuticos controvertidos o de gran incertidumbre. Si estas premisas se cumplen, ¿cuál es el motivo de su incumplimiento? Actualmente, con los sistemas de información científica disponibles, no debería existir un problema de difusión de una guía clínica. Es responsabilidad de los autores o de las instituciones promotoras de una guía clínica que el colectivo profesional usuario la conozca. La implementación en la práctica clínica es un segundo problema que depende de los responsables sanitarios, directores y jefes de unidades, que deben facilitar los medios necesarios a los profesionales sanitarios para la aplicación de las guías y, a su vez, exigir y controlar su seguimiento (1). Una tercera cuestión más compleja es si la guía plantea a los usuarios dudas o serias discrepancias por falta de rigor en la metodología de su elaboración. El abordaje laparoscópico ha demostrado, científicamente, ser el de elección en distintos procedimientos quirúrgicos de la cavidad abdominal. Sin embargo, en la práctica clínica la cirugía laparoscópica todavía no está lo suficientemente

generalizada. La necesidad de una curva de aprendizaje para todo cirujano que quiera practicarla, por muy experto que sea en la cirugía laparotómica, ha motivado actitudes extremas en pro y en contra de esta vía de abordaje no siempre fundamentadas en evidencia científica. En la reparación de la hernia inguinal la utilización del abordaje laparoscópico ha sido motivo de distintos estudios y en una revisión Cochrane se concluyó, no sin ciertas limitaciones, que la técnica laparoscópica se acompañaba de menos dolor postoperatorio y de una recuperación más rápida a la actividad habitual, pero requería más tiempo operatorio y presentaba mayor tasa de complicaciones, sobre todo mayores, que la hernioplastia con malla por vía abierta (2). Estas dudas, junto con ciertas críticas al NICE, por una escasa representatividad de cirujanos, podrían explicar el escaso impacto de la guía en su primer año de funcionamiento (3).

Javier Aguiló Lucía

Servicio de Cirugía General, Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva

(1) National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of laparoscopic surgery for inguinal hernia. London: NICE, 2001 (Technology appraisal guidance No 18).

(2) McCormack K, Scott NW, Go PMNYH, Ross S, Grant AM on behalf of the EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2002. Oxford: Update Software.

(3) Motson RW. Why does NICE not recommend laparoscopic herniorrhaphy? *BMJ* 2002; 324:1092-1094.

## La dotación de enfermeras en los hospitales influye sobre la mortalidad de los pacientes, así como sobre la satisfacción en el trabajo y burn-out de las profesionales

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.

Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 28(16):1987-1993.

### Antecedentes

En la sanidad de los EEUU, la insatisfacción laboral y el burn-out se revelan como precursores del abandono precoz del ejercicio de la enfermería. La reciente regulación de ratios mínimas de pacientes y enfermera, unida a la preocupación por la escasez de éstas en los hospitales americanos ponen de manifiesto la necesidad de estudiar el impacto de la dotación de enfermeras sobre los resultados en los pacientes y sobre su retención en las plantillas hospitalarias.

### Objetivo

Estudiar la asociación entre la ratio paciente/enfermera y la mortalidad de los pacientes, muertes consecutivas a complicaciones (failure-to-rescue) en pacientes quirúrgicos, y factores relacionados con la retención de enfermeras.

### Método

Estudio descriptivo realizado en 168 hospitales generales de adultos, de una muestra inicial de 210. Se analizan los datos procedentes de una encuesta, administrada mediante entrevista, a 10.184 enfermeras, de los informes de 232.342 pacientes dados de alta entre el uno de abril de 1998 y el 30 de noviembre de 1999 y de la base de datos de la Asociación Americana de Hospitales (de la que se recogen características de los hospitales, como número de camas, nivel tecnológico, y carácter docente).

Se evaluaron los resultados siguientes: mortalidad de pacientes ajustada por riesgo (a los 30 días del alta), mortalidad durante los 30 días siguientes al ingreso en pacientes que experimentaron complicaciones ("failure-to-rescue"), desgaste emocional de las enfermeras, y satisfacción de las mismas con el trabajo (cuestionario de burn-out de Maslach).

### Resultados

Más de la mitad de las altas (65,9%) y de las enfermeras entrevistadas (64,4%), correspondieron a hospitales de alta tecnología, con ratios de cinco, o menos, pacientes por enfermera.

La tasa de mortalidad en pacientes con complicaciones mayores no presentes al ingreso (23% de los pacientes estudiados) fue del 8,4%. El 43% de las enfermeras presentó valores elevados de *burn out*, y un porcentaje similar de insatisfacción con su trabajo.

Después de ajustar por el tipo de paciente, enfermera y hospital, las odds ratio de mortalidad a los 30 días del ingreso, y de mortalidad en pacientes con complicaciones, se incrementaron en un 7%, por cada paciente adicional por enfermera (RR=1.07; IC 95% para mortalidad: 1.03-1.12; IC 95% para mortalidad en pacientes con complicaciones: 1.02-1.11). Asimismo, después de ajustar por tipo de enfermera y hospital, cada paciente adicional por enfermera supone un 23% de incremento de la odds ratio de burn-out (RR=1.23; IC 95%:1.13-1.34) y un 15% de la odds ratio de insatisfacción laboral (RR=1.15; IC 95%:1.07-1.25).

### Conclusiones

La efectividad de las enfermeras para garantizar la vigilancia eficaz y la seguridad del paciente se ve afectada por el número de enfermeras disponibles. La dotación de enfermeras tiene, así mismo, importantes efectos en la posibilidad de desgaste emocional y en la satisfacción laboral.

Fuente de financiación: Ayuda de investigación del National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health.

Correspondencia: Dr. Linda H. Aiken, (e-mail :laiken@nursing.upenn.edu)

### COMENTARIO

El presente estudio pone de manifiesto la influencia de la carga de cuidados sobre el nivel de burn-out y la insatisfacción laboral de las enfermeras, en un número importante de hospitales americanos. Ambos factores son hoy motivo de preocupación en los sistemas sanitarios de numerosos países por su relación con el abandono precoz de la profesión y la escasez de enfermeras cualificadas. Los estudios realizados en nuestro medio revelan cifras todavía superiores de burn-out (1,2), que, si bien, no parecen provocar que las enfermeras dejen de ejercer su profesión, sí pueden influir en la emigración de enfermeras de hospitales a Atención Primaria (3).

Lo más relevante del estudio de Aiken es, sin duda, sacar a la luz la influencia de la carga de cuidados de las enfermeras hospitalarias, sobre algo tan esencial como la mortalidad de los pacientes. Estos hallazgos merecen consideración especial en nuestro entorno, donde cada enfermera es responsable, por término medio, de un número mucho mayor de pacientes que en los hospitales del estudio, y donde, en términos generales, no se ha controlado el impacto de los cambios en la producción hospitalaria (disminución de estancia media, aumento de la rotación enfermo-cama, incremento de la actividad quirúrgica) sobre la carga de cuidados de las enfermeras. La influencia de una buena práctica enfermera sobre los resultados clínicos, demostrada en numerosos estudios (4), debería llamar la atención sobre la necesidad de monitorizar información que permita adecuar las plantillas de enfermería a las necesidades de cuidados de los pacientes.

Hace falta investigación sobre el tema en nuestro contexto. Pero, en el marco de la preocupación por mejorar la gestión clínica, parece evidente la necesidad de invertir en enfermeras para "añadir valor", desde la perspectiva de los usuarios, a muchos procesos asistenciales. Considérese que existe preocupación por la "escasez" de enfermeras en un entorno en el que la cifra de enfermeras por habitantes es casi el cuádruplo de la de España (8.29/1.000 habitantes frente a 2.81- 3.23/1.000 habitantes de promedio en el SAS y OSA-KIDETZA, respectivamente) (5,6).

J.M. Morales Asencio, J.C. Morilla Herrera, F.J. Martín Santos

Distrito Sanitario de Málaga

E. Gonzalo Jiménez

Escuela Andaluza de Salud Pública

J. Terol Fernández

Hospital de Antequera. Servicio Andaluz de Salud

(1) Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burn-out en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71(3): 293-303.

(2) Faura Vendrell T, Roigé M, Ortega Matas C, Monegal Ferrán M, Roigé Boté A, Caja López C. Prevalencia del síndrome de Burn-Out en enfermeras de hospitalización y de atención primaria. *Enferm Clin* 1995; 5(3): 105-110.

(3) Flórez Lozano JA. Síndrome de estar quemado. *Edikete med*: Barcelona, 1994.

(4) Tarnow-Mordell WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *Lancet* 2000; 356(9225): 185-9.

(5) Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. National Centre for Health Workforce Information and Analysis. US Government 1996.

(6) Memorias de los Servicios de Salud autonómicos: SAS, OSAKIDETZA y Cifras de población INE, Años 1999-2001.

## La disponibilidad de tecnologías de la información e incentivos organizacionales se asocian a un mayor uso de intervenciones de gestión de procesos

Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC, et al.

External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. JAMA 2003; 289:434-441.

### Problema

1) ¿Cuál es la frecuencia de uso de procesos organizados de atención (POA) en las organizaciones de médicos (OM) de Estados Unidos? 2) ¿La existencia de incentivos y de tecnologías de la información están asociados al uso de POA para enfermedades crónicas (asma, insuficiencia cardíaca congestiva, depresión y diabetes)?

### Participantes

Se identificaron 1.587 OM de 20 o más médicos, en Estados Unidos, a partir de 5 grandes bases de datos. De ellas, 1.104 aceptaron participar (70%), si bien hubo que excluir 64 que no trataban ninguna de las enfermedades del estudio. Así, participaron finalmente 1.040 OM.

### Diseño

Transversal, mediante encuesta telefónica a nivel nacional. La encuesta se hizo al presidente de cada OM y al director médico.

### Medidas

La principal medida de resultados fue el uso de POA en las cuatro enfermedades. Para cada una, se consideraron como POA cuatro tipos de intervención: 1) gestión de casos; 2) feed-back de información a los médicos; 3) uso de registros de enfermedades (lista de pacientes de la OM con una enfermedad crónica, que permite organizar la atención); y 4) uso de guías de práctica clínica en conjunción con formación a los médicos sobre su uso y que estén presentes en las historias clínicas o como sistemas de recordatorios en la historia informatizada. Por último, se consideraron como POA los programas para enseñar a los pacientes crónicos habilidades para el auto-cuidado (esta intervención se consideró globalmente, no para cada enfermedad por separado). El uso de POA se resumió en una medida (*índice de gestión de cuidados*), que podía tomar valores entre 0 y 16 puntos (un punto por cada intervención incluida como POA en cada una de las 4 enfermedades).

Como posibles factores explicativos se analizaron: 1) La existencia de incentivos externos para mejorar la calidad de la atención en la organización (tener que dar información sobre resultados de calidad a organizaciones externas; recibir bonos de los planes de salud; tener reconocimiento público y conseguir mejores contratos con los planes de salud, todo ello según resultados de calidad). 2) El uso de tecnologías de la información clínica (uso de sistemas electrónicos de datos clínicos diversos: medicaciones, resultados de pruebas, etc.), que se resumió en una variable de 0-6 puntos.

### Análisis

Regresión lineal múltiple, siendo la variable dependiente el *índice de gestión de cuidados*.

### Resultados

La media del *índice de gestión de cuidados* fue de 5,1 (32% de la puntuación máxima posible); y el 50% de las organizaciones usaban 4 POA o menos. El 32,8% de las organizaciones no tenían ningún incentivo externo y el 50% no disponía de ninguna de las 6 tecnologías de información clínica por las que se preguntó.

Tras ajustar por otros factores, los incentivos externos y el uso de tecnologías de la información clínica se asociaron al uso de POA. Dentro de los incentivos estudiados, los dos que se asociaron más fuertemente fueron el reconocimiento público por los indicadores de calidad (report cards) y la posibilidad de obtener mejores contratos con los planes de salud si se tenían buenos resultados de calidad (1.3 y 0.7 puntos adicionales en el *índice de gestión de cuidados*, respectivamente;  $p < 0.001$  y  $p = 0.007$ ). Cada punto adicional en el índice que valoraba la disponibilidad de tecnologías de la información clínica, se asoció a 0.37 puntos más en el *índice de gestión de cuidados*.

### Conclusiones

La implementación de los POA en Estados Unidos es baja. Los incentivos externos, sobre todo el reconocimiento público por la calidad de la atención y la posibilidad de obtener mejores contratos con los planes de salud, se asocian a un mayor uso de POA; al igual que la disponibilidad de sistemas informatizados para la gestión de datos clínicos.

Fuente de financiación: Ayuda de investigación de la Robert Wood Johnson Foundation.

Correspondencia: Dr. Lawrence Casalino. University of Chicago. (e-mail: casalino@health.bsd.uchicago.edu)

### COMENTARIO

Los problemas de calidad de la atención en Estados Unidos se han atribuido a fallos en la organización, más que a la práctica de los médicos individuales. Para mejorar esta situación se ha propuesto incentivar a las organizaciones de médicos para que implementen procesos organizados de atención, así como mejorar las tecnologías de información clínica.

Cada vez está más documentada la efectividad de los POA para mejorar la calidad (1). Así, se ha visto que los programas de gestión de casos mejoran los resultados de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes (2), y que las guías de práctica clínica, si se implementan mediante formación a los médicos o sistemas de recordatorio consiguen una mejoría en la gestión de diversas enfermedades crónicas y en sus resultados (1, 3). También el feed-back de información a los médicos ha logrado mejoras en la práctica (1).

Ante la cantidad de información que tiene que manejar y recordar el médico, procedente de fuentes diversas y con calidad variopinta; parece lógico que las intervenciones que estandarizan la atención y facilitan una toma de decisiones clínica basada en la evidencia tengan éxito. Sin embargo, todo ello contrasta con la lentitud con que estas intervenciones se van introduciendo en la práctica.

Este estudio proporciona alguna información que es útil también para el contexto español. De una parte, las tecnologías de la información, especialmente la historia informatizada y los recordatorios y guías incorporados a ella, son un elemento clave para extender el uso de la gestión de procesos asistenciales. De otro lado, tendría interés probar si funcionan también aquí los incentivos del tipo *report cards*, que tienen que ver con el reconocimiento público del buen hacer, pero probablemente también con las consecuencias que pueden tener para la supervivencia de una organización los resultados de sus indicadores de calidad, algo menos aplicable a la mayor parte de la atención primaria en España.

Soledad Márquez Calderón  
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

(1) Weingarten S, Henning J, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925-942.

(2) Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med* 1998;13:123-126.

(3) Thomson MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis D, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). Oxford: Cochrane Library, Update Software; 2002: issue 4.

## La terapia de mantenimiento a largo plazo con warfarina a bajas dosis es eficaz y segura para la prevención del tromboembolismo venoso recurrente

Ridker PM, Goldhaber SZ, Danielson E, Rosenberg Y, Eby Ch S, Deitcher SR et al for the PREVENT Investigators. Long-term, low-intensity warfarin therapy for the prevention of recurrent venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2003; 348:1425-1434.

### Objetivo

Conocer el equilibrio entre riesgos y beneficios de mantener a largo plazo la anticoagulación oral a bajas dosis con warfarina tras un episodio de tromboembolismo venoso, para prevenir la recurrencia de nuevos episodios.

### Método

Ensayo clínico con asignación aleatoria, doble ciego, inicialmente diseñado para una cohorte de 750 pacientes y un periodo de 4 años de seguimiento, que fue interrumpido al llegar a 508 pacientes ante la evidencia del beneficio obtenido. Todos los pacientes tenían antecedentes de tromboembolismo venoso y más de 30 años de edad y fueron seguidos durante una media de 2.1 años (máximo 4.3). De ellos, 253 fueron asignados al grupo placebo y 255 al grupo con warfarina, que recibió una dosis ajustada para conseguir un INR (international normalized ratio) de 1.5 a 2.0. Todos habían previamente recibido al menos tres meses de tratamiento a dosis completa.

El estudio pretendía también estudiar el efecto de este tratamiento sobre los pacientes con trombofilias hereditarias, tales como el factor V Leiden y el polimorfismo de la protrombina G20210A.

Se tomaron como "end-points" la recurrencia de trombosis venosa o de embolismo pulmonar, hemorragia mayor y muerte. Además, se definió un end-point compuesto por los tres como medida del beneficio clínico neto.

### Resultados

Los pacientes asignados al grupo control recibieron una media de 4 mg de warfarina al día y su INR medio fue de 1.7 mientras que el del placebo fue de 1.0.

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en el número de episodios hemorrágicos (2 en el grupo placebo y 5 en el de warfarina) y tampoco la hubo en el de muertes (8 muertes en el grupo placebo y 4 en el de warfarina).

En total se confirmaron 51 tromboembolismos, de los cuales 37 se dieron en el grupo placebo (7.2 por 100 personas/año) y 14 en el grupo de warfarina (2.6 por 100 personas/año), lo que supone una reducción del riesgo de 64% (razón de riesgo, 0.36; intervalo de confianza del 95% de 0.19 a 0.67;  $p < 0.001$ ). En función de estos resultados, haría falta tratar a 10 pacientes durante 3 años para prevenir un episodio recurrente de tromboembolismo.

La tasa del end-point compuesto (episodio recurrente, hemorragia y muerte) se redujo un 48% (razón de riesgo, 0.52; intervalo de confianza del 95% de 0.31 a 0.87;  $p < 0.01$ ).

No hubo diferencias en los resultados según el sexo de los pacientes, su edad, el número previo de episodios tromboembólicos, ni por el tiempo transcurrido desde que fueron aleatorizados o desde que habían cesado el tratamiento con warfarina a dosis completa. También quedó probado que la eficacia del tratamiento sobre los pacientes con trombofilia adquirida (factor V Leiden y la protrombina G20210A) fue semejante a la del resto.

### Conclusión

La anticoagulación oral de mantenimiento con warfarina a bajas dosis es muy efectiva para reducir el riesgo de recurrencia de tromboembolismo venoso y a la vez muy segura porque no aumenta el riesgo de hemorragias.

*Fuente de financiación: National Heart, Lung, and Blood Institute. La warfarina y el placebo fueron suministrados gratuitamente por Bristol-Myers Squibb. El primer autor recibió además ayuda para esta investigación de la Leducq Foundation y la Doris Charitable Foundation.*

*Correspondencia: Dr. Paul M Ridker. Center for Cardiovascular Disease Prevention, Brigham and Women's Hospital, 900 Commonwealth Ave. E., Boston, MA 02215.*

*E-mail: pridker@partners.org*

### COMENTARIO

En general, los tratamientos con anticoagulantes orales a dosis completa (para conseguir un INR de 2.0 a 3.0) como terapia de prevención de la recurrencia del tromboembolismo venoso, no suelen superar los 12 meses, y los ensayos que han estudiado la prolongación de este periodo (1,2) han encontrado efectivamente una reducción de este riesgo, pero también un aumento de las hemorragias, lo que limita su beneficio clínico neto y desaconseja su adopción como tratamiento preventivo a largo plazo.

La estrategia terapéutica que describen los autores consigue disminuir de manera muy importante el riesgo de nuevos tromboembolismos sin que aumenten los efectos indeseados.

Teniendo en cuenta el bajo coste de este tratamiento, cuyo control es además cada vez más sencillo y menos hospitalario, y el alto coste de las patologías que previene –tanto en términos económicos como personales–, parece que puede ser un método aconsejable a adoptar de manera normalizada en estos pacientes.

Aunque el estudio está hecho con warfarina, de mucho menos uso en nuestro país que el otro anticoagulante oral, el acenocumarol, cabe esperar que, dada la semejanza entre ambos, los resultados con éste sean similares.

**Antonio Fernández-Montoya**  
Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Granada-Almería  
Granada

(1) Schulman S, Granqvist S, Holmström M, et al. The duration of oral anticoagulant therapy after a second episode of venous thromboembolism. *N Engl J Med* 1997; 336: 393-8.

(2) Kearon C, Gent M, Hirsh J, et al. A comparison of three months of anticoagulation for a first episode of idiopathic venous thromboembolism. *N Engl J Med* 1999; 340:901-7.

## Determinación rápida del BNP (péptido natriurético tipo-B) para el diagnóstico en urgencias de insuficiencia cardiaca

Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, McCord J, Hollander JE, Duc P, Omland T, Storrow AB, Abraham WT, Wu AH, Clopton P, Steg PG, Westheim A, Knudsen CW, Perez A, Kazanegra R, Herrmann HC and McCullough PA for the Breathing Not Properly Multinational Study Investigators.

Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002; 347:161-167.

### Problema

Valorar la utilidad de una prueba diagnóstica rápida (BNP) para identificar la disnea de origen cardiaco, diferenciándola de la de origen extracardiaco, en un servicio de urgencias.

### Diseño

Estudio prospectivo para evaluar una prueba diagnóstica (BNP) en pacientes con disnea aguda.

### Ámbitos y sujetos

Siete servicios de urgencias hospitalarios: cinco en Estados Unidos, uno en Francia y otro en Noruega. Se incluyeron 1.586 pacientes, mayores de 18 años, que consultaron por disnea en urgencias. Se excluyeron los pacientes en los que era obvio que la disnea no era debida a insuficiencia cardiaca. También se excluyeron los pacientes con infarto agudo de miocardio o insuficiencia renal, así como aquellos con angina inestable, a menos que su síntoma predominante fuera la disnea.

### Fuentes de datos y principales mediciones

Los pacientes fueron clasificados en 3 grupos: disnea por insuficiencia cardiaca, disnea de causa no cardiaca en paciente con antecedentes de disfunción ventricular izquierda, y disnea no debida a insuficiencia cardiaca. Esta clasificación se hizo inicialmente por un médico de urgencias (mediante valoración clínico-radiológica) y posteriormente fue confirmada por dos cardiólogos que revisaron todos los historiales clínicos, incluyendo datos no disponibles en la evaluación inicial (ecocardiogramas, ventriculografías, evolución clínica, pruebas complementarias neumológicas, etc.). Durante la evaluación inicial, a todos los pacientes se les determinaron los niveles sanguíneos de BNP mediante tecnología "point-of-care" (Triage, Biosite).

### Resultados

El diagnóstico final fue: insuficiencia cardiaca en 744 pacientes (47%), disnea de causa no cardiaca en 72 pacientes con antecedentes de disfunción ventricular izquierda (5%) y disnea no debida a insuficiencia cardiaca en 770 pacientes (49%). Un BNP superior a 100 pg/ml fue el mejor predictor de insuficiencia cardiaca, con sensibilidad, especificidad y valor predictivo total de 90%, 76% y 83%, respectivamente. El área bajo la curva ROC del BNP fue de 0.91. En el modelo de regresión logística múltiple, el BNP también demostró ser el mejor predictor independiente de insuficiencia cardiaca, con una odds ratio de 29.6.

### Conclusión

La determinación en Urgencias del nivel sanguíneo de BNP, junto con otros datos clínicos, es útil para establecer o excluir el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en pacientes con disnea aguda.

Fuente de financiación: La compañía Biosite (San Diego, California) proporcionó los kits de reactivos y sus correspondientes aparatos medidores, así como soporte financiero para el estudio.

Correspondencia: A.S. Maisel amaisel@ucsd.edu.

### COMENTARIO

Debido a que los pacientes con insuficiencia cardiaca suelen presentar niveles plasmáticos elevados de BNP y que éstos pueden ser rápidamente determinados actualmente, se ha propuesto su uso como biomarcador de insuficiencia cardiaca en diferentes contextos clínicos.

Los resultados del artículo apoyan la utilidad de la determinación del BNP para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, en pacientes que consultan en un servicio de urgencias hospitalario por disnea aguda. La importancia de este estudio es incuestionable, pero deben señalarse algunas limitaciones del mismo que afectan a la utilidad clínica real del BNP.

En primer lugar, los autores han calculado sus valores predictivos con una probabilidad pretest del 47%. Como han señalado varias cartas al director en relación con este artículo, esta es una prevalencia de insuficiencia cardiaca extraordinariamente alta, que supera incluso la prevista por los propios autores del 30%. Por tanto, en otro contexto clínico diferente, con una prevalencia de enfermedad menos elevada, los valores predictivos serían bastante menos optimistas. Por otro lado, los niveles sanguíneos medios de BNP en los 3 grupos del estudio fueron: 675±450, 346±390 y 110±225 pg/ml. Valores tan amplios de desviación estándar expresan una gran dispersión de los datos dentro del mismo grupo, lo que limita su uso como herramienta diagnóstica. Y por último, publicaciones recientes (1,2) han encontrado niveles elevados de BNP en pacientes con disfunción ventricular derecha. Por tanto, el atribuir toda elevación del BNP en pacientes con disnea a disfunción ventricular izquierda puede llevar a confusiones diagnósticas graves (por ejemplo, en casos de embolismo pulmonar).

A pesar de las limitaciones señaladas, es indudable que la incorporación de la medida del BNP a la evaluación clínica de los pacientes con disnea aguda, facilita el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, especialmente en los casos en los que este diagnóstico es más incierto, debido a la coexistencia de patologías o a la ambigüedad de los síntomas. Sin embargo, la disponibilidad de este test de laboratorio, no debe relegar a un segundo plano a la obtención de una historia clínica apropiada y de una cuidadosa exploración física para diagnosticar y tratar a los pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca.

**Rafael Vázquez García**  
Médico Adjunto del Servicio de Cardiología y Jefe del S. de Investigación  
Hospital Universitario de Valme, Sevilla

(1) Tulevski II, Groenink M, van Der Wall EE, et al. Increased brain and atrial natriuretic peptides in patients with chronic right ventricular pressure overload: correlation between plasma neurohormones and right ventricular dysfunction. *Heart* 2001;86:27-30.

(2) Tulevski II, Hirsch A, Sanson BJ, et al. Increased brain natriuretic peptide as a marker for right ventricular dysfunction in acute pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 2001;86:1193-1196.

## La memantina es el primer tratamiento que ha mostrado un efecto de enlentecimiento del deterioro clínico en la enfermedad de Alzheimer moderada-severa

Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris S, Mobius HJ, for the Memantine Study Group.  
Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's Disease. *N Eng J Med* 2003; 348:1333-1341.

### Problema y objetivo

En la enfermedad de Alzheimer, al igual que en otras enfermedades neurodegenerativas existe una sobre-estimulación de los receptores N-metil-D-aspartato del glutamato. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la memantina, un antagonista de estos receptores, en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada-severa, una fase para la que no hay un tratamiento efectivo.

### Diseño

Ensayo clínico aleatorizado doble ciego en grupos paralelos sobre la eficacia y seguridad de 20 mgr/d de memantina frente a placebo.

### Pacientes y métodos

252 pacientes de 32 centros, con enfermedad de Alzheimer moderada-severa (según criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, y del National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke, and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association), 126 con placebo y 126 con memantina. Los pacientes eran mayores de 50 años, con puntuaciones de 3 a 14 en el Mini-Mental State Examination, estadio 5 o 6 en la Global Deterioration Scale y estadio 6a o mayor en el Functional Assessment Staging.

La duración del tratamiento fue de 28 semanas. Las variables principales de eficacia usadas fueron: CIBIC-Plus (Clinician's Interview-Based Impresión of Change Plus Caregiver Input: una escala de cambio global basada en la impresión del clínico y cuidador) y ADCS-ADLsev (Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory, modified for more severe dementia: una escala de actividades de la vida diaria adaptada a estadios severos). Las variables secundarias de eficacia usadas fueron: la Severe Impairment Battery (SIB) y diversas medidas cognitivas, funcionales y conductuales; así como una escala de utilización de recursos que incluye una evaluación de la carga del cuidador.

Se evaluaron las diferencias entre la puntuación basal y final, realizándose un análisis por intención de tratar (a las pérdidas se les imputó el valor de la última observación) y otro que incluía sólo los casos tratados. Se realizó un análisis de respondedores, definiéndolos como aquellos que no presentaron empeoramiento en ninguna de las dos medidas de eficacia primaria.

### Resultados

La edad media fue de 76 años y el 67% eran mujeres. Completaron el estudio el 72% de los sujetos, retirándose prematuramente 71, 42 del grupo placebo y 29 del grupo con memantina. Los pacientes tratados con memantina tuvieron una mejor puntuación que los de placebo en el CIBIC-Plus ( $p=0.06$  para el análisis por intención de tratar y  $p=0.03$  para análisis de casos tratados), la ADCS-ADLsev ( $p=0.02$  para el análisis por intención de tratar y  $p=0.003$  para el análisis de casos tratados), y la SIB ( $p<0.01$  para los dos análisis). Un 29% de los tratados con memantina y un 10% de los tratados con placebo fueron respondedores, es decir no empeoraron en el CIBIC-Plus ni en la ADCS-ADLsev (NNT= 5.1; IC 95%: 3 - 12).

Los cuidadores del grupo tratado emplearon 45.8 horas menos en cuidados al mes que los del grupo control (IC95%: 10.37 - 81.27 horas). El grupo tratado presentó menos efectos adversos que el placebo, en especial agitación (18% versus 32%) que fue la principal causa de abandono.

### Conclusión

El tratamiento con memantina enlentece el deterioro clínico y disminuye la carga del cuidador en la enfermedad de Alzheimer moderada a severa, una fase para la cual no existían tratamientos disponibles.

Fuente de financiación y conflicto de intereses: financiado por Merz Pharmaceuticals, Frankfurt, Alemania. Apoyo de varias becas del National Institute on Aging. Los principales autores declaran haber percibido honorarios de los laboratorios Merz, Forest y Lundbeck en concepto de conferencias y asesoría.

Correspondencia: Dr. Reisberg. William and Sylvia Silberstein Aging and Dementia Research and Treatment Center, New York University School of Medicine, 550 First Ave., New York, NY 10016. [barry.reisberg@med.nyu.edu](mailto:barry.reisberg@med.nyu.edu)

### COMENTARIO

Este ensayo clínico controlado pone de manifiesto la eficacia de 20 mgr/día de memantina en enlentece la progresión de la enfermedad de Alzheimer moderada-severa, confirmando los datos previos procedentes de un único estudio con menor dosis (10 mgr/d), menor tiempo de tratamiento (12 semanas) y en menor número de pacientes institucionalizados con demencia severa (algunos con demencia vascular) (1). Este único estudio publicado sirvió para obtener la licencia de la Agencia Europea del Medicamento y su reciente salida al mercado español y europeo con esta indicación.

Al igual que otros ensayos clínicos de tratamientos para la demencia, presenta como limitaciones metodológicas el empleo de medidas de la última observación en los pacientes que se pierden, y la duda sobre la relevancia clínica de las escalas utilizadas. Al encontrarnos ante procesos degenerativos, las puntuaciones de las escalas se van deteriorando con el paso del tiempo; por ello, el uso de la última puntuación observada en los pacientes que abandonan el ensayo, puede sobreestimar el efecto del tratamiento si los abandonos están asociados a la medicación. En este estudio en cambio, el mayor número de pérdidas se produjo en el grupo placebo, lo que en parte puede disminuir este posible sesgo implícito. Por otro lado, la relevancia clínica, más allá de los cambios en las escalas utilizadas, parece asegurada no sólo por el análisis de respondedores sino también por la constatación de una disminución significativa del tiempo de cuidados requerido.

Otro problema metodológico, en este caso específico, es el alto porcentaje de pérdidas del estudio (28%), que en parte puede justificarse por el avanzado estadio. Significativo es, no obstante, el hecho de que los abandonos fueron mayores en el grupo placebo, incluyendo los debidos a efectos adversos severos. Aunque un alto porcentaje de sujetos tratados presentó efectos adversos (84%), no aparecieron en mayor número que con el placebo (87%), siendo en su mayoría ligeros y probablemente no relacionados con la medicación. En el grupo tratado la aparición de agitación fue significativamente menor que en el grupo placebo, lo que apunta hacia un efecto beneficioso del fármaco sobre las alteraciones conductuales.

Se agradece este nuevo estudio sobre un fármaco que apenas lleva unas semanas en el mercado, sobre el que se han volcado muchas expectativas, quizás más a consecuencia de la prematura repercusión mediática que tuvo su licencia que de las evidencias científicas que hasta entonces se disponían.

**Cristóbal Carnero Pardo**

Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

(1) Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the 9M-BEST Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:135-146.



## La vacunación antineumocócica en mayores de 65 años no se asocia a una reducción de las neumonías no bacteriémicas

Jackson LA, Neuzil KM, Yu O, Benson P, Barlow WE, Adams AL et al.

Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. *N Engl J Med* 348; 18:1747-1755.

### Antecedentes y objetivo

La infección por *streptococcus pneumoniae* (enfermedad neumocócica) genera una importante morbimortalidad sobre la población, siendo la causa más común de neumonía en la población de 65 y más años. La existencia de una vacuna que protege contra la neumonía neumocócica puede reducir el riesgo de presentar esta enfermedad. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la vacuna de polisacáridos antineumocócica para evitar la enfermedad por *streptococcus pneumoniae* en la población anciana.

### Métodos

Cohorte retrospectiva de 47.365 personas mayores de 65 años, aseguradas en una HMO del estado de Washington, seguidos durante tres años para valorar la asociación entre vacunación antineumocócica y: a) hospitalizaciones por neumonía adquirida en la comunidad, b) neumonías no hospitalarias, definidas como la visita a urgencias con código diagnóstico de neumonía, prescripción de antibióticos y radiografía pectoral en el mismo paciente, y c) bacteriemia neumocócica. La asociación entre vacunación y medidas de resultados fue analizada mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox ajustado por edad, sexo, hábito tabáquico, y presencia o no de enfermedad coronaria, diabetes mellitus o enfermedad pulmonar crónica.

### Resultados

Durante el periodo de estudio, 1.428 pacientes de la cohorte fueron hospitalizados por neumonía, 3.061 pacientes fueron diagnosticados como neumonía no hospitalaria y hubo 61 casos de bacteriemia. La administración de vacuna neumocócica, en el modelo ajustado, se asoció a un incremento significativo del riesgo de hospitalización por neumonía (OR=1,14; IC95%=1,02-1,28) y a una reducción significativa del riesgo de bacteriemia (OR=0,56; IC95%=0,33-0,93), pero no alteró el riesgo de neumonía extrahospitalaria (OR=1,04; IC95%=0,99-1,14) ni el riesgo de muerte por cualquier causa relacionada (OR=0,96; IC95%=0,91-1,02).

### Conclusiones

Los resultados obtenidos apoyan la efectividad de la vacuna antineumocócica para la prevención de la bacteriemia neumocócica, pero no para evitar neumonías, la manifestación más frecuente de enfermedad neumocócica en el grupo de edad estudiado.

Financiación: Vaccine Safety Datalink, American Association of Health Plans, Centers for Disease Control and Prevention. Conflicto de interés: Dos autores hacen constar haber recibido ayudas de investigación previas y haber realizado trabajos de asesoramiento para algunas firmas farmacéuticas. Correspondencia: Dr Jackson at the Center for Health Studies, 1730 Minor Ave., Suite 1600, Seattle, WA 98101 or at jackson.l@ghc.org

### COMENTARIO

Los resultados de este estudio sitúan la efectividad de la vacunación respecto a la bacteriemia, por serotipos incluidos en la vacuna, en un 44%, pero la vacunación no es un factor protector cuando se analizan los resultados de efectividad para reducir la neumonía. Estos resultados son consistentes con los meta-análisis previos (1-3) acerca de la efectividad de la vacuna antineumocócica, que muestran una efectividad del 32% frente a la bacteriemia y del 14% (sin diferencias significativas) respecto a la neumonía por cualquier causa (1). Los resultados de protección varían en función de la población analizada (2) y no existe suficiente poder estadístico para analizar la efectividad en los grupos de edad superiores a 55 años (3) a partir de ensayos clínicos.

Más allá de la limitación fundamental de este estudio (estudio observacional retrospectivo sujeto a las restricciones de los diseños sin asignación aleatoria), sus resultados confirman el conocimiento previo y aportan información relevante sobre el grupo de mayores de 65 años. El mensaje a tener en cuenta es la ausencia de asociación entre vacunación antineumocócica y reducción del riesgo de neumonía no bacteriémica. En palabras

de los autores: "asumiendo que la enfermedad neumocócica es la causa más común de neumonía, se puede inferir desde estos resultados, que la vacunación antineumocócica no protege frente a la neumonía neumocócica no bacteriémica". Tanto este estudio como los meta-análisis previos orientan a que la vacunación antineumocócica sistemática en población mayor de 65 años no debería realizarse sin disponer de información previa sobre la incidencia de bacteriemia neumocócica y sin ensayos clínicos que demuestren su efectividad. También sugieren la necesidad de investigar nuevas vacunas u otras estrategias para prevenir este importante problema.

**Manuel Ridao**  
Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Puig-Barbera J, Belenguier Varea A, Goterris Pinto M, Brines Benlliure MJ. Efectividad de la vacuna frente al neumococo en el anciano. Revisión sistemática y meta-análisis. *Aten Primaria* 2002; 30:269-283.

(2) Moore RA, Wiffen PJ, Lipsky BA. Are the pneumococcal polysaccharide vaccines effective? Meta-analysis of the prospective trials. *BMC Fam Pract* 2000; 1:1.

(3) Cornu C, Yzebe D, Leophonte P, Gaillat J, Boissel JP, Cucherat M. Efficacy of pneumococcal polysaccharide vaccine in immunocompetent adults: a meta-analysis of randomized trials. *Vaccine* 2001; 19:4780-90.

## La investigación financiada por la industria es significativamente más proclive a dar conclusiones a favor de la misma

Bekelman JE, Mphil YL, Gross CP.

Scope and impact of financial conflicts of interests in biomedical research. JAMA 2003; 289:454-565.

### Objetivo principal

Valorar la influencia de la existencia de conflicto de intereses en los resultados de la investigación biomédica.

### Método

Revisión sistemática de la literatura publicada entre enero de 1980 y octubre de 2002, sobre el alcance, impacto y gestión de las relaciones financieras entre industria, investigadores e instituciones académicas. Se utilizaron las bases de datos Medline, Web of Science, y las referencias citadas en artículos, cartas, editoriales, comentarios, y libros, así como contacto con expertos.

Los criterios de inclusión de documentos fueron: 1) Que evaluaran el alcance, el impacto o la gestión de las relaciones financieras mencionadas. 2) Que describieran la metodología de estudio. 3) Que estuvieran escritos en inglés. 4) Que hubieran sido publicados después del Acta de Bayh-Dole (Ley de Patentes). Se revisaron 1.664 citas y 37 cumplieron los criterios de inclusión. Muchas de éstas eran a su vez revisiones sistemáticas.

### Análisis

Se utilizó la técnica de metanálisis para las revisiones que estudiaban la asociación entre la financiación por la industria y conclusiones a favor de la misma.

### Resultados

De los 37 estudios seleccionados, 10 evaluaron el alcance, 23 el impacto y 8 la gestión de las relaciones financieras.

En cuanto al alcance o magnitud del problema de estudio, cabe destacar que la financiación de la investigación médica por la industria se ha incrementado desde un 46% en 1986 hasta un 92% en 1996. Un análisis publicado en 1992, de 789 artículos, encontró que en el 34% de ellos, el autor principal tenía intereses financieros personales en los resultados de los mismos.

El impacto del patrocinio industrial se analizó desde varias perspectivas: las conclusiones a favor de la industria, la calidad del diseño de los estudios y el comportamiento del investigador. En varios casos los estudios incluidos evaluaban más de uno de estos aspectos. Once revisiones sistemáticas demostraron asociación entre financiación por la industria y resultados a su favor. En 8 de éstas, que evaluaban 1.140 estudios originales, la OR combinada fue de 3,6 (IC95%: 2,63-4,91). Otra revisión sistemática de 61 estudios clínicos controlados que evaluaban antiinflamatorios no esteroideos, no encontró ningún resultado en el que la terapia de comparación fuera mejor. Los estudios que no demostraban efectos sobre la salud de ser fumador pasivo fueron en su mayoría financiados por la industria (94% versus 13%  $p < 0.001$ ).

No había uniformidad en los resultados de los estudios que valoraban la relación entre financiación y calidad de los estudios, y sí se halló una asociación entre la retención de información por los investigadores y la financiación industrial.

Por último, en cuanto a la gestión de las relaciones financieras, no existe un mecanismo de gestión de los conflictos de intereses ni en agencias federales ni en instituciones académicas. Sin embargo, un análisis de 47 revistas biomédicas de alto impacto, publicado en el año 2000, reveló que el 43% de ellas tenían políticas para requerir claridad sobre los conflictos de intereses.

### Conclusiones

Existen de forma generalizada relaciones de financiación entre industria, investigadores e instituciones académicas, habiéndose demostrado que la investigación financiada por la industria es significativamente más proclive a dar conclusiones a favor de ésta.

Fuentes de financiación: Office of Student Research at Yale University School of Medicine.

Conflicto de intereses: El Dr. Gross ha sido consultor de Astra-Zeneca y el Dr. Bekelman de Turbogemonic.

Correspondencia: Cary P. Gross. E-Mail: cary.gross@yale.edu

### COMENTARIO

El criterio de los investigadores, instituciones académicas, revisores o editores puede estar condicionado por intereses secundarios, tales como la ganancia económica, el reconocimiento profesional o la búsqueda de prestigio. En este artículo se hace patente el alcance e impacto de los intereses relativos a la financiación de los investigadores y las instituciones académicas, poniéndose en evidencia una tendencia temporal creciente en la frecuencia de casos en los que la investigación biomédica está financiada por la industria, así como el impacto de esta financiación en las conclusiones de los estudios.

La publicación de resultados de investigaciones clínicas en revistas científicas con impacto constituye un factor determinante en la elección del tratamiento médico a utilizar, así como en la política sanitaria, bien sea pública o privada (1). Este estudio pone de manifiesto que es necesario tener en cuenta el conflicto de interés declarado en los artículos para matizar sus conclusiones, sobre todo de cara a la toma de decisiones en la práctica clínica diaria, en la gestión (incorporación de nuevos medicamentos y tecnologías a los servicios sanitarios) y en las políticas de salud (carteras de servicio, etc.).

Como refieren los autores en su comentario, se impone la necesidad de clarificar el alcance y la repercusión del poder otorgado por la ley de patentes a las universidades en Estados Unidos. Por otra parte, cabe destacar cómo un porcentaje significativo de revistas biomédicas de alto impacto están desarrollando políticas de gestión de los conflictos de intereses, siendo este hallazgo llamativo frente a la inexistencia de las mismas en las instituciones académicas. Como señala R. Smith, editor del British Medical Journal, no existe uniformidad en la comunidad científica sobre dónde situar el límite en la declaración de los conflictos de intereses, abogando por una política de transparencia, que demande la declaración de los conflictos de intereses financieros y de otra índole (2).

Gastón Babio

Carolina Donate López

Francisca Vinuesa Ruiz

Master de Salud Pública de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

(1) Davidoff F, DeAngelis CD, Drazen JM, Hoey J, Hojgaard L, Horton R et al. Financiación, autoría y responsabilidad. Rev. Esp. Cardiol 2001; 54:1247-1250.

(2) Smith R. Making progress with competing interest. BMJ 2002; 325:1375-6.

## La mayoría de los sucesos adversos ocurridos después del alta hospitalaria es debida a los medicamentos y es prevenible o mejorable

Foster A, FRCPC, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D.

The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003; 138:161-167.

### Objetivos

1) Describir la incidencia y gravedad de los sucesos adversos que afectan a los pacientes después del alta hospitalaria y determinar si éstos eran prevenibles y/o mejorables. 2) Desarrollar estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes al alta hospitalaria.

### Diseño

Estudio de cohortes prospectivo realizado en un hospital universitario. La muestra constaba de 400 pacientes dados de alta de un servicio de medicina interna.

### Medidas de resultados

Se midieron los efectos adversos, definidos como los daños ocurridos a causa de la atención médica, identificando cuáles eran prevenibles (ocasionados por un error o por un defecto de un procedimiento del sistema) o mejorables (aquellos cuya gravedad podría haber sido disminuida con procedimientos o acciones). Los sucesos adversos encontrados se clasificaron según la gravedad en: a) anomalías en pruebas de laboratorio, b) un solo día de síntomas, c) varios días de síntomas, d) incapacidades temporales y e) discapacidades permanentes. Los datos se recogieron mediante entrevista telefónica estructurada efectuada por un médico internista a las tres semanas del alta hospitalaria y a través de sus registros electrónicos. Los resultados fueron medidos independientemente por varios médicos. Para cada caso los internistas propusieron estrategias para mejorar la seguridad.

### Resultados

Se encontraron 76 pacientes (19%) con sucesos adversos después del alta hospitalaria (IC al 95%: 15%-23%). De estos 76, 23 pudieron

haberse prevenido 24 eran mejorables. El tipo de suceso adverso más común fue la reacción adversa a medicamentos, con un 66% de ocurrencia (IC 95%: 55%-76%), siendo el 62% de ellos prevenibles o mejorables. En segundo lugar se situaron los sucesos atribuibles a problemas en los procedimientos del sistema, con un 17% de ocurrencia (IC 95%: 8%-26%).

El 3% de los sucesos adversos correspondieron a serias anomalías de laboratorio, el 65% fueron síntomas, 30% fueron síntomas asociados con incapacidades temporales y el 3% presentaron discapacidades permanentes. De los sucesos que ocasionaron una incapacidad no permanente, 12 eran prevenibles (48%) y 6 mejorables (24%).

Como estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes se propusieron los siguientes cambios: 1) Evaluar los pacientes después del alta hospitalaria, 2) Educar a los pacientes sobre la farmacoterapia, los efectos colaterales y qué hacer ante problemas específicos que puedan aparecer, 3) Mejorar la monitorización de las terapias y 4) Mejorar la monitorización de los pacientes cualquiera que sea su condición.

### Conclusiones

La incidencia de sucesos adversos durante la transición entre el alta hospitalaria y la atención ambulatoria es considerablemente elevada. Para mejorar la seguridad de los pacientes se proponen medidas de seguimiento tras el alta, monitorización y educación sanitaria.

Fuente de financiación: No consta.

Correspondencia: David W. Bates, MD, MSc. Division of General Medicine. Brigham and Women's Hospital, 75 Francis Street, Boston, MA 02115. e-mail: dbates@partners.org.

### COMENTARIO

Desde que el Institute of Medicine de EEUU divulgó sus estudios sobre errores médicos (1,2) existe un creciente interés por el tema de la seguridad de los pacientes, dada la magnitud del problema que supone una de las principales causas de muerte (más 98.000 personas anualmente en EEUU). Estos datos podrían estar infraestimados, pues los estudios se han circunscrito al ámbito hospitalario y poco se conoce sobre lo que ocurre al alta de los pacientes, tiempo de alta vulnerabilidad porque su capacidad funcional no se ha recuperado y se han descontinuado muchos tratamientos. La medición de sucesos adversos en el periodo de transición entre el ámbito hospitalario y atención primaria es precisamente el aporte más importante de este estudio.

En los resultados del estudio, llama la atención el alto porcentaje de sucesos adversos debidos a los medicamentos (donde además se sitúa el mayor porcentaje de prevenibles o mejorables). Esto puede darse no solo por ser la farmacoterapia el recurso de más fácil acceso y más empleado, sino porque se suele subestimar la complejidad de los mecanismos farmacológicos sumados a las variaciones individuales de los pacientes. Incluso la magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos podría ser aún mayor a la encontrada si se tiene en cuenta que sólo se han con-

templado los problemas de seguridad, excluyendo los de efectividad y necesidad.

La seguridad de los pacientes y los errores médicos son temas considerados por varios autores como primordiales en las agendas sanitarias, pues queda mucho por hacer (3). Las recientes iniciativas y agencias creadas para esto (National Patient Safety Agency del NHS inglés) o que incluyen la cuestión entre sus prioridades (Agency for Health Care Research and Quality en EEUU) seguramente revelaran estrategias para prevenirlos. Desde luego, la medición es un área en la que las posibilidades de disminuir los errores son importantes.

Clara Bermúdez Tamayo

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

Martha Milena Silva Castro

Grupo de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

(1) The institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National academy pr; 2000.

(2) The institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century. Washington DC: National academy pr; 2001.

(3) Baena I, Martínez-Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Seguimiento Farmacoterapéutico Integral de pacientes en el sistema sanitario. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 325-332.

## ¿Están relacionadas la medida y la mejora de la calidad?

*Berwick DM, James B, Coye MJ.*

**Connections between quality measurement and improvement. Med Care 2003; 41:I-30-I-38.**

### Antecedentes

El objetivo del "National Quality Measurement and Reporting System" (NQMRs) en EE.UU. es la mejora de la calidad. Para diseñar el sistema apropiado resulta imprescindible identificar la relación entre medida y mejora.

### Objetivos

Clasificar los abordajes de medida utilizados en dos posibles vías de actuación (a los que los autores denominan "ruta I": selección y "ruta II": cambio), analizando las barreras encontradas en cada uno de ellos y los pasos necesarios para conseguir mejoras en ambos.

En la ruta I denominada de selección, ésta se produce sobre la base de la responsabilidad (accountability) y se conocen los resultados. Sus clientes serían los consumidores, compradores de servicio sanitario, legisladores, pacientes, propietarios y clínicos de referencia. La ruta II, denominada del cambio, se basa en la gestión a partir del conocimiento sobre proceso y resultados, sus clientes serían las organizaciones, que deberían desplegar esta información a los equipos de sus centros. Sin embargo ambos caminos no están completamente separados, la motivación puede conducir del primero al segundo.

### Método

Estudio descriptivo, discusión conceptual.

### Resultados

Las barreras en el uso de la información para motivar el cambio incluyen en la ruta I (selección) el déficit de formación, conocimientos y motivación de aquellos que podrían dirigir el cambio utilizando datos para seleccionar entre proveedores en competencia y las barreras en la ruta II (cambio en la provisión de cuidados) deficiencias de capacidad de la organización y de los profesionales para liderar y mejorar. La información para la mejora puede servir para la selección, pero las medidas diseñadas para la selección de proveedores puede que no resulten útiles para la mejora del trabajo.

### Conclusión

Los autores concluyen que ninguna de las dos rutas descritas para conseguir la mejora en las organizaciones sanitarias funciona en la actualidad. Las barreras no se encuentran solo en la falta de medidas uniformes, simples y fiables, sino también en la falta de capacidad de las organizaciones y de los individuos.

Los sistemas clínicos que generan información para la mejora requieren una planificación cuidadosa y no son estáticos, precisan actualizaciones y modificaciones periódicas.

*Dirección para correspondencia: Donald M. Berwick, MD, MPP, President and CEO, Institute for Healthcare Improvement, 375 Longwood Avenue, 4th Floor, Boston, MA 02215. e-mail: dberwick@ihi.org.*

### COMENTARIO

El artículo forma parte de un interesante suplemento de Medical Care dedicado a la gestión de la calidad. Berwick, James y Coye ponen de manifiesto la realidad en nuestro medio: para conseguir mejorar es imprescindible medir, pero medimos poco, y lo que medimos no lo utilizamos para mejorar.

Los autores distinguen dos caminos para la mejora de la calidad, uno basado en la responsabilidad sobre los resultados y el otro en el conocimiento del proceso, pero ambos se relacionan a través de la motivación de los profesionales. A lo largo del trabajo se ponen de manifiesto varios de los problemas de las organizaciones sanitarias aún por resolver: la medida de los resultados, y el diseño de los sistemas de información adecuados para ello. Como buenos metodólogos, nos recuerdan que los indicadores hay que pensarlos al diseñar el proceso, en la fase de planificación, y que el sistema de monitorización ha de ser algo en continua evolución, no se trata de un sistema estático.

También ponen el dedo en la llaga al tratar un problema que comparte nuestro sistema sanitario: debemos definir un sistema en el que midamos de forma similar los indicadores. Un tema que ahora tiene sobre la mesa el Consejo Interterritorial, y que si se resuelve de forma adecuada permitirá realizar comparaciones entre centros e identificar las mejores prácticas para mejorar la asistencia que prestamos a nuestros ciudadanos, independientemente del centro o de la Comunidad Autónoma donde reciban asistencia sanitaria.

Finalmente, los autores ponen deberes a nuestros gestores. Los líderes del sistema sanitario son los verdaderos responsables de crear una cultura de mejora continua, que examine permanentemente sus resultados, plantee las medias correctoras oportunas de mejora y progrese en el camino hacia la excelencia en la gestión. Es evidente que en este momento no tiene sentido gestionar la calidad sin tener en cuenta todos los aspectos de las organizaciones sanitarias, no solo aquellos tradicionalmente analizados, relacionados con la parte científico-técnica de la asistencia.

**Susana Lorenzo**  
Fundación Hospital de Alorcón

## AdqQhos: un instrumento potencialmente útil para reducir la inadecuación hospitalaria con la participación de los clínicos de los servicios implicados

Antón García P, Peiró S, Aranz Andrés JM, Calpena R, Company A.

AdeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:591-599.

### Objetivos

Describir las características y propiedades clinimétricas del adeQhos, un instrumento diseñado para la identificación de la inadecuación de la estancia hospitalaria por los propios clínicos durante el pase de visita.

### Material y métodos

A partir de dos instrumentos preexistentes –el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) y el Oxford Bed Study Instrument (OBSI)– se construyó adeQhos, un instrumento con cuatro apartados (datos identificativos, siete criterios de evaluación de la adecuación de la estancia, juicio clínico y listado de causas de inadecuación). Se valoró la concordancia del adeQhos respecto al AEP en 499 estancias en los servicios de cirugía de dos hospitales Universitarios.

### Resultados

El tiempo promedio de revisión de una estancia con adeQhos fue de un minuto, y frente a los 6 minutos del AEP. La evaluación externa con AEP identificó 34 estancias inadecuadas (6,8%), y la realizada

con adeQhos 79 (15,8%; IC95%: 12,7-19,3), de las que sólo 12 (2,3%) fueron consideradas inadecuadas conforme a los juicios subjetivos de los clínicos. El índice de concordancia global entre ambos instrumentos fue del 83% ( $k = 0,28$ ; IC95%, 0,17-0,39) si se considera sólo el cumplimiento de criterios del adeQhos y del 94,4% ( $k = 0,37$ ; IC del 95%, 0,19-0,55) si consideran también los juicios clínicos. El valor predictivo para los casos etiquetados como adecuados fue del 95,2%.

### Conclusiones

Pese a la rapidez de su uso, adeQhos® evidenció un elevado grado de concordancia global con el AEP, una elevada especificidad y una baja sensibilidad, características que lo configuran como un instrumento útil para la evaluación de la utilización inadecuada de la hospitalización y, sobre todo, como instrumento de intervención.

*Financiación: Fundación Mapfre Medicina y Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Conflicto de intereses: no consta.*

*Dirección para correspondencia: Pedro Antón García, Centro de Especialidades San Fermin. Jorge Juan, 46. 03201 Elche - Alicante, anton\_ped@gva.es*

### COMENTARIO

El AEP ha sido evaluado en numerosos trabajos y, prácticamente, es el criterio estándar de identificación de estancias inadecuadas (en el sentido que el paciente podría ser atendido en un nivel asistencial de menor complejidad). Las ventajas del adeQhos son que se puede llevar a cabo durante la misma visita médica, siendo el propio facultativo el que utiliza el instrumento de evaluación y solo requiere 1 minuto para su cumplimentación. El hecho de que los propios clínicos intervengan en la evaluación facilita que tomen conciencia de determinados aspectos de la gestión y organización que –de realizarse la evaluación de adecuación por revisores externos– pasarían desapercibidos para ellos.

En el trabajo comentado adeQhos se comporta como un instrumento moderadamente válido respecto al AEP en la identificación del porcentaje global de estancias inadecuadas, con tendencia a la sobreestimación de la inadecuación si sólo se emplean los criterios objetivos y a la infraestimación (especialmente de la inadecuación por causas médicas) si también se consideran los juicios subjetivos de los clínicos. Respecto a la validez de criterio y predictiva, presenta una alta especificidad pero una baja sensibilidad, permitiendo considerar adecuadas las estancias etiquetadas como “adecuadas”, pero no un juicio definitivo sobre las valoradas como inadecuadas, aspecto que sugiere que sus resultados en cuanto a cada estancia individual deben ser interpretados con gran prudencia. Estas características mejoran la validez de apariencia del adeQhos y tienen la ventaja de centrar los problemas sobre un grupo de estancias más reducido en el que se concentrarían los problemas de inadecuación, convirtiendo al adeQhos en un instrumento útil

para valoraciones rápidas del porcentaje de utilización inadecuada en los servicios clínicos (aunque no tanto para identificar sus causas).

Tiene interés señalar que, y como se resalta en un editorial acompañante, que los autores del adeQhos® no han querido limitarse a publicar su trabajo, sino que han buscado expresamente la diseminación del instrumento mediante trípticos y el compromiso de gratuidad para la utilización del mismo. Un interesante ejemplo de difusión activa de los resultados de investigación que busca sortear el espacio entre la comunicación científica y la gestión clínica y sanitaria en el día a día (1).

El adeQhos es un instrumento prometedor. En un reciente trabajo (2) sus autores relatan una reducción de estancias inadecuadas del 45% en el grupo con adeQhos (frente a un incremento del 10% en el grupo control). Un proyecto en curso en una decena de hospitales de Cataluña (Monteis J, comunicación personal) ofrecerá una idea más generalizable de su auténtico valor. En todo caso, y con la información disponible hasta el momento, el adeQhos se sitúa como un instrumento potencialmente muy útil para intervenciones concurrentes de reducción de la inadecuación en las que se busque la participación de los propios clínicos de los servicios implicados.

**Edith Leutscher**

**Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Juan, Alicante**

(1) Lorenzo S. ¿El retorno del AEP? Vigencia y cambios en su utilización. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:587-8.

(2) Antón García P. Impacto de una intervención, sobre la utilización inadecuada de la hospitalización, en los servicios de cirugía general de los hospitales universitarios de la provincia de Alicante (Tesis doctoral, Dirección Peiró S, Aranz Andrés JM). Elche: Universidad Miguel Hernández; 2003.

## Sobreutilización de antibióticos, resistencias bacterianas y pérdida de bienestar

Elbasha E.H.

Deadweight loss of bacterial resistance due to overtreatment. *Health Econ* 2003; 12(2):125-138.

### Introducción

El uso de antibióticos comporta beneficios al individuo que los usa, pero contribuye a aumentar el riesgo de la sociedad en conjunto a la aparición de resistencias. El objetivo del trabajo fue modelizar el uso de antibióticos y la existencia de resistencias y calcular el coste que supone para la sociedad.

### Métodos

Modelo económico para calcular la pérdida de bienestar social asociada al uso de antibióticos y la aparición de resistencias, una vez descontados los posibles beneficios derivados. Las resistencias se modelan como externalidad negativa. Dado que muchos fármacos están protegidos por patentes, se abandona la asunción de competencia perfecta usada en modelos previos y se adopta la perspectiva de oligopolio. El modelo se probó con datos empíricos sobre cantidad y precio de antibióticos, número de fabricantes, elasticidad de la demanda de antibióticos, tasa aparición de resistencias, el parámetro dosis-resistencia y el coste adicional de tratar infecciones con cepas resistentes.

### Resultados

Si el mercado es perfectamente competitivo, se produce y usa un nivel más alto del óptimo social; en caso contrario, estas cantidades resultan demasiado pequeñas. El valor de los casos intermedios está inversamente relacionado con la elasticidad de la demanda, el coste de las resistencias y el parámetro dosis-resistencia.

La pérdida de bienestar asociada con el uso de 40 millones de prescripciones de amoxicilina y amoxicilina/clavulanato en 1996 fue de 225 millones de dólares. Más del 50% de las prescripciones de amoxicilina suponen un sobreuso, así como el 7% de amoxicilina/clavulanato. La pérdida de bienestar varía proporcionalmente con la cantidad de antibióticos prescrita y es sensible a cambios en el precio de los antibióticos y la elasticidad de la demanda. Los resultados no son sensibles al número de empresas en el mercado.

*Dirección para correspondencia:* Elamin H. Elbasha, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 4770 Buford Highway NE, Mail stop K73, Atlanta, Ga 30341. FedEx Address: Centers for Disease Control and Prevention, The Koger Center, Williams Bldg., Room 5803, 2877 Brandywine Road, Chamblee, GA 30341, USA. E-mail: eelbasha@cdc.gov.

*Conflicto de intereses:* Ninguno declarado.

### COMENTARIO

La resistencia a los antibióticos aumenta en todo el mundo y está asociada, al menos en parte, al uso elevado de antibióticos. Estimaciones parciales previas (1) situaban el coste del problema entre 100 y 30.000 millones de dólares para 150 millones de prescripciones de antibióticos anuales en los Estados Unidos en 1989. Este modelo resulta muy atractivo por tener en cuenta muchos más parámetros y ser más generalizable que los análisis existentes (1), además de encajar con las propuestas de política sanitaria que ha venido desarrollando Joanna Coast desde hace un tiempo. Las principales limitaciones de su análisis empírico provienen de la falta de datos fiables sobre los parámetros estimados.

Desde el punto de vista de las posibles soluciones, una manera de tratar el problema de las externalidades de las resistencias bacterianas es incorporar su coste en todas las evaluaciones económicas de antibióticos. Se ha investigado poco en cómo llevar a cabo evaluaciones de intervenciones diseñadas para evitar la aparición de resistencias y su transmisión, si bien varios autores han señalado que debe incluirse el coste de las resistencias, y sus efectos sobre la salud en términos de morbilidad y mortalidad al hacer cualquier análisis económico relacionado con el uso de antibióticos (2).

Las principales dificultades estriban en las propias características de las resistencias: coste presente pequeño en términos absolutos, consecuencias a largo plazo e intergeneracionales, elevado grado de incertidumbre sobre su evolución y consecuencias, además de la existencia de otros factores exógenos que influyen sobre ello, tales como crecimiento de la población, crecimiento económico, etc. Desafortunadamente, los programas más fáciles de evaluar –programas para reducir la expansión de resistencias a nivel hospitalario– no son las que producen un resultado óptimo a largo plazo –como lo serían programas efectivos para reducir la aparición de resistencias a nivel comunitario (3). Además de la dificultad de estimar el coste de las resistencias, está el hecho de

que aquellos que toman las decisiones (servicios sanitarios, médicos o pacientes) no tienen porque adoptar las soluciones socialmente óptimas.

Las opciones de política sanitaria que podrían apuntarse son las respuestas clásicas de los economistas al problema de las externalidades: regulación, permisos transferibles e impuestos (4). Entre ellas, hay dos factores comunes que parecen prometedores. El primero, el uso de presupuestos de fármacos para limitar la prescripción y, el segundo, los límites globales a la prescripción. El uso de presupuestos de fármacos podría conseguirse a través de impuestos o permisos transferibles; los límites a la prescripción se conseguirían con regulación o sistemas más complejos de permisos transferibles. La ventaja principal de los permisos transferibles sería que podrían ser usados para conseguir una reducción determinada en el uso de antibióticos de manera más eficiente que a través de regulación, mientras que sería difícil determinar el impuesto óptimo para conseguir ese mismo resultado (4). Si bien un sistema de permisos transferibles podría apuntarse como una solución prometedora, es necesaria más investigación para desarrollar un sistema práctico y eficiente.

**Anna García-Altés**  
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Barcelona  
NYC Department of Health, New York

(1) Phelps CE. Bug/drug resistance. Sometimes less is more. *Med Care*. 1989;27(2):194-203.

(2) Coast J, Smith RD, Millar MR. Superbugs: should antimicrobial resistance be included as a cost in economic evaluation? *Health Econ* 1996;5(3):217-26.

(3) Coast J, Smith RD, Karcher AM, Wilton P, Millar M. Superbugs II: how should economic evaluation be conducted for interventions which aim to contain antimicrobial resistance? *Health Econ*. 2002;11(7):637-47.

(4) Coast J, Smith RD, Millar MR. An economic perspective on policy to reduce antimicrobial resistance. *Soc Sci Med*. 1998 Jan;46(1):29-38.

## La tomografía por emisión de positrones en el nódulo pulmonar solitario sólo es coste-efectiva en algunas situaciones

Gould MK, Sanders GD, Barnett PG, Rydzak CE, Maclean CC, McClellan MB et al.

Cost-effectiveness of alternative management strategies for patients with solitary pulmonary nodules. *Ann Intern Med* 2003; 138:724-735. (Anexo metodológico en [www.annals.org](http://www.annals.org))

### Antecedentes y objetivo

La evaluación de la malignidad del nódulo pulmonar solitario es compleja dadas las diferentes estrategias diagnósticas. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis coste-efectividad, desde la perspectiva de la sociedad, de las distintas alternativas para el diagnóstico de los nódulos pulmonares y, específicamente, evaluar la eficiencia de la inclusión o no en estas estrategias de la tomografía por emisión de positrones con 18-Fluodeoxiglucosa (PET-FDG).

### Métodos

Modelo de decisiones de Markov en el que se analizan los costes y resultados de 40 posibles combinaciones clínicas de 5 pruebas diagnósticas en el nódulo pulmonar: tomografía computarizada (TAC), PET-FDG, biopsia transtorácica con aguja, cirugía convencional y conducta expectante. El rendimiento de las pruebas diagnósticas y las complicaciones derivadas de las mismas fueron estimadas mediante revisión de la literatura pre-existente y meta-análisis en el caso de PET-FDG. A fin de estimar los efectos de cambios en determinadas variables (costes, utilidades, exactitud de las pruebas, probabilidad pre-prueba, complicaciones quirúrgicas) se realizó un análisis de sensibilidad.

### Pacientes

Cohorte hipotética de pacientes (hombres y mujeres) de 62 años de edad, diagnosticados de nódulo pulmonar mediante radiografía torácica y sin nódulo maligno extratorácico conocido. Los análisis se han realizado separando a los pacientes con probabilidad pre-prueba de malignidad baja (26%), intermedia (55%) y alta (79%).

### Medida de resultados

Costes (precios Medicare en el 2001 y otras fuentes) y años de vida ajustados por calidad (AVAC). Los resultados están expresados como ratios coste-efectividad incrementales calculados siempre por comparación de cada estrategia con la alternativa más cercana en efectividad.

### Resultados

En los tres escenarios analizados la alternativa menos costosa, pero también la menos efectiva fue siempre la conducta expectante. En pacientes con probabilidad pre-prueba baja la estrategia que utiliza TAC pero no PET-FDG fue la más efectiva, y con un coste inferior a 11.000\$ por AVAC ganado en referencia a la conducta expectante. Sin embargo dos estrategias que utilizan PET-FDG selectivamente fueron más efectivas que la anterior (aun con un coste superior a los 20.000\$ por AVAC ganado). En ambas estrategias la TAC se utilizó como prueba inicial y la PET-FDG fue usada cuando la TAC diagnosticó un posible nódulo maligno. En pacientes con probabilidad pre-prueba intermedia tres estrategias que utilizaron TAC sin PET-FDG obtuvieron un coste inferior a 20.000\$ por AVAC ganado. En pacientes con alta probabilidad pre-prueba la estrategia que utiliza TAC pero no PET-FDG fue mucho más efectiva y con un coste inferior a 7.000\$ por AVAC ganado en referencia a la conducta expectante. Tres estrategias que utilizaron PET-FDG selectivamente fueron más efectivas (una de ellas con un coste inferior a los 20.000\$ por AVAC ganado y dos con un coste superior a 50.000\$ por AVAC ganado).

Conforme a los análisis de sensibilidad, la elección de la estrategia

depende del riesgo de complicaciones quirúrgicas, de la probabilidad de no diagnóstico con biopsia, de la sensibilidad de la TAC y de las preferencias de los pacientes por el tiempo en conducta expectante. Los resultados de estos análisis indican que las estrategias que incluían PET-FDG ahorran costes o costaban menos de 100.000\$ por AVAC ganado en el 76,7%, 24,4% y 99,9% de las simulaciones para pacientes con probabilidad pre-prueba de tener un cáncer baja, intermedia y alta, respectivamente.

### Conclusiones

La PET-FDG es coste-efectiva cuando la probabilidad pre-prueba y los hallazgos del TAC son discordantes y, en pacientes con probabilidad pre-prueba intermedia, cuando presentan un alto riesgo de complicaciones quirúrgicas. En otras circunstancias la TAC obtiene similares resultados en términos de AVAC con unos costes inferiores.

Financiación: Veterans Affairs Cooperative Studies Program. Conflicto de intereses: Ninguno declarado. Correspondencia: [gould@stanford.edu](mailto:gould@stanford.edu)

### COMENTARIO

Un problema frecuente en el ámbito de la evaluación de tecnologías sanitarias es la existencia de pruebas presumiblemente efectivas pero difícilmente eficientes, en comparación con otras existentes, debido a sus elevados costes. En estas situaciones, la pregunta a responder es ¿cuándo una técnica es eficiente? La respuesta plantea la cuestión de considerar si el beneficio incremental que aporta la nueva técnica, en comparación con las alternativas pre-existentes, compensa el coste incremental de su utilización. De las alternativas existentes y si se considera como referencia el coste de 20.000\$ por AVAC ganado, existen sólo 2 estrategias que incluyen PET-FDG. Si se amplía este rango hasta 50.000\$ nos encontramos con 4 estrategias de las 40 posibles. Un aspecto novedoso de este análisis es que mide la efectividad de las pruebas diagnósticas en unidades finales (AVAC), lo que hace más fácil la comparación entre alternativas, pero la consideración de 40 combinaciones de pruebas diagnósticas y sus posibles complicaciones llevan a una interpretación de los resultados compleja. En este sentido y con el objetivo de clarificar la metodología y resultados del análisis es de destacar el apéndice disponible en la URL de la revista ([www.annals.org](http://www.annals.org)) que, en sus casi 40 páginas, describe las diferentes estrategias, análisis de sensibilidad, revisión y meta-análisis de la literatura. Un ejemplo de las posibilidades de la red para ampliar la información de los artículos científicos.

Como conclusión, los resultados parecen señalar que el uso selectivo de la PET-FDG, siempre en función de los resultados de la probabilidad pre-prueba, es la variable más influyente a la hora de recomendar la utilización o no de esta técnica en el diagnóstico de malignidad del nódulo pulmonar solitario.

Manuel Ridao

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

## Más dinero no siempre es mejor

Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL.

The implications of regional variations in medicare spending. Part 1: the content, quality and accesibility of care. *Ann Intern Med* 2003; 138:273-287.

### Objetivo

Determinar si las regiones sanitarias con mayor gasto per cápita en el programa Medicare prestan mejores cuidados.

### Diseño

Estudio de cuatro cohortes (pacientes hospitalizados con infarto agudo de miocardio, pacientes con fractura de cadera, pacientes con cáncer colorectal y población general incluida en el Medicare Current Beneficiary Survey –MCBS–), con “aleatorización natural” de los pacientes Medicare no afiliados en planes HMO a la variable de exposición.

### Variable de exposición

*Índice de gasto en el final de la vida.* Estimada como media de gasto per cápita estandarizado y ajustado por edad, sexo y etnia de los pacientes Medicare en sus últimos 6 meses de vida, dividido en quintiles. La hipótesis de base asume que en ese período el gasto es debido más a la práctica clínica que a diferencias en enfermedad o precios.

### Variable de resultados

*Contenido de los cuidados:* medido en función del catálogo de

BETOS (<http://cms.hhs.gov/data/betos>). *Calidad de los cuidados:* restringido a pacientes en los que existían estándares (por ejemplo los procedentes del Cardiovascular Cooperative Project). *Accesibilidad de los cuidados:* Para el caso de los asegurados al MCBS, en función de lo autodeclarado sobre tipos de visitas realizadas, espera para esas visitas, recepción de servicios preventivos y acceso a los cuidados.

### Principales resultados y conclusiones

Los asegurados en las regiones sanitarias situadas en el quintil superior de gasto reciben un 60% más de cuidados que las del primer quintil de gasto. Esta diferencia se observó sobre todo en visitas a pacientes ingresados [RR 2.13: (2.12-2.14)] y en mayor uso de pruebas y procedimientos menores durante los días de ingreso [RR: 1.52 (1.50-1.54)] y durante los días en cuidados intensivos [RR: 1.55 (1.50-1.60)]. Sin embargo la calidad de los cuidados fue similar para la mayor parte de las medidas y no se observaron diferencias en cuanto a accesibilidad.

*Fuente de financiación:* Becas de la Robert Wood Jonson Foundation, The National Cancer Institute y The National Institute of Aging.

*Correspondencia:* Dr. Elliott S. Fisher. E-mail: [elliott.s.fisher@dartmouth.edu](mailto:elliott.s.fisher@dartmouth.edu)

## COMENTARIO

Ambos artículos (partes de un mismo estudio) muestran las extraordinarias potencialidades del análisis de las variaciones de la práctica asistencial. Los autores no se limitan a realizar un estudio descriptivo sino que evalúan un modelo causal en torno a resultados relevantes para la política sanitaria: utilización, utilización adecuada, resultados de salud y satisfacción de los usuarios. Ambos son, además, un potente ejemplo de la aplicación de los estudios observacionales, en este caso de cohortes, en la investigación en servicios sanitarios (1). Los estudios de variaciones en la práctica médica han sido siempre criticados por tener importantes amenazas: debilidades de los diseños transversales para demostrar causalidad, fenómeno de confusión, mala clasificación de la exposición y ausencia de evaluación de resultados relevantes. Pues bien, este estudio ofrece abundantes argumentos sobre el control de unas y otras amenazas. Además resulta especialmente didáctico en la descripción del diseño, las decisiones sobre la medida de exposición y la evaluación de la “aleatorización natural”.

En el “debe” podemos señalar la naturaleza ecológica de la variable exposición y por tanto, la posibilidad de que los resultados encontrados para el agregado no sean ciertos para el nivel individual. Así, por ejemplo, el estudio no puede responder a la

pregunta siguiente: Si a este paciente le incrementamos la cantidad de cuidados, ¿es más probable que sobreviva? O por el contrario, no podemos saber si disminuyendo el gasto en una región sanitaria de Medicare, la mortalidad de un determinado individuo va a disminuir.

El primero de los artículos aquilata algunas hipótesis conocidas sobre las variaciones en la práctica médica y aporta nuevas evidencias. Los autores dan una vuelta de tuerca más a la hipótesis de utilización en función de los recursos disponibles. Eliminado el efecto del precio y la carga de enfermedad como posibles causas de variabilidad, las diferencias regionales en gasto son debidas al uso discrecional de servicios sensibles a la disponibilidad local de médicos y recursos: más frecuencia de visita, más utilización de especialistas, más uso de unidades hospitalarias, más uso de recursos de intensivos.

Adicionalmente, aporta dos enseñanzas: hay servicios más sensibles que otros a la utilización en función de la oferta y, pese a lo que algunos defienden, el estudio aporta evidencias directas en contra de que un mayor gasto supone siempre una mayor calidad. Entre los servicios no sensibles está la cirugía mayor. No se encontró, por ejemplo, relación entre el gasto y la utilización de angioplastia, sustitución total de cadera, endarterectomía o reparación de hernia. Incluso hubo diferencias a favor de las regiones con menos gasto a favor de la sustitución total de



Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL.

**The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care** *Ann Intern Med* 2003; 138:288-298.

### Objetivo

Determinar si las regiones sanitarias con mayor gasto Medicare alcanzan mayor supervivencia, mejoran el estado funcional o suponen mayor satisfacción.

### Diseño

Estudio de cuatro cohortes (pacientes hospitalizados con infarto agudo de miocardio, pacientes con fractura de cadera, pacientes con cáncer colorectal y población general incluida en el Medicare Current Beneficiary Survey –MCBS–), con “aleatorización natural” de los pacientes Medicare no enrolados en planes HMO a las variables de exposición.

### Variable de exposición

*Índice de gasto en el final de la vida.* Estimada como media de gasto per cápita estandarizado y ajustado por edad, sexo y etnia de los pacientes Medicare en sus últimos 6 meses de vida dividido en quintiles. La hipótesis de base asume que en ese período el gasto es debido más a la práctica que a diferencias en enfermedad o precio. Adicionalmente, se utilizó una segunda medida de exposición, *índice de gasto en los cuidados agudos* (gasto ajusta-

do por edad, sexo, etnia y enfermedad), como análisis de sensibilidad de los resultados.

### Variable de resultados

*Tasa de mortalidad a los cinco años* (para las cuatro cohortes) y *cambio en el estatus funcional* (en la cohorte del MCBS) mediante el uso del Health Activities and Limitations Index y *satisfacción* (en la cohorte del MCBS) mediante una entrevista con 20 preguntas.

### Principales resultados y conclusiones

El incremento de gasto se asoció con un incremento de muerte en el caso de la cohorte de cáncer colorectal [RR: 1.012 (1.004-1.019)] e infarto agudo de miocardio [RR: 1.007 (1.001-1.014)]. No hubo diferencias asociadas a gasto en el estatus funcional o la satisfacción de los asegurados.

Fuente de financiación: Becas de la Robert Wood Jonson Foundation, The National Institutes of Health y The National Institute of Aging.

Correspondencia: Dr. Elliott S. Fisher. E-mail: [elliott.s.fisher@dartmouth.edu](mailto:elliott.s.fisher@dartmouth.edu)

rodilla o la intervención de catarata. En cuanto a la calidad de los cuidados se encontró relación inversa entre gasto y provisión apropiada del servicio; por ejemplo, en el caso del uso en función de estándares de la reperfusión cardiaca, el uso de aspirina al alta en el caso del infarto agudo de miocardio o recibir Papanicolau o vacuna de influenza.

Lo más reseñable del segundo artículo son los inesperados resultados sobre la probabilidad de morir en las zonas donde más gasto se realiza. Sobre estos resultados que afectan a la cohorte de infarto y cáncer de colon los autores proponen la existencia de una práctica más intensiva en las regiones con más gasto, resultado compatible con la mayor utilización de procedimientos observada anteriormente. También ofrecen como explicación la posible existencia de variables no controladas en los modelos que afectasen al pronóstico basal. En todo caso, la escasa magnitud de la asociación observada, cuestiona la causalidad del hallazgo. De hecho, la variable mortalidad utilizada es una estimación estadística con una capacidad de predicción moderada: del 61% en el caso del cáncer de colon y un 77% para el caso del infarto.

Para España, destacaría dos cuestiones. 1) Los autores excluyen los pacientes que están enrolados en programas HMO y por tanto, los resultados son, si cabe, algo más lejanos a la realidad de “cuidados gestionados” que predomina en España. Los resul-

tados, no obstante son verosímiles y precisaríamos estudios ad hoc. 2) Cuando uno lee el artículo siente una malsana envidia por un sistema de información, el de Medicare, que permite aproximar las causas a los efectos.

Y una última reflexión para la investigación en variabilidad y las futuras políticas que debería guiar. En tanto los planes de salud (y por tanto, los presupuestos) no se orienten hacia obtener resultados de salud, no parece verosímil plantear y contrastar la hipótesis de a mayor gasto mejores resultados en salud. Y por lo visto en los recientes artículos de Busse y Wismar (2,3) –comentados en GCS13– o por lo que se vislumbra en los proyectos de presupuestos de las Comunidades Autónomas este objetivo no está en agenda.

**Enrique Bernal Delgado**

**Instituto de Investigación en Servicios de Salud**

(1) Peiró S, Márquez S, Ridaio M. Limitación para la generalización de los resultados de los estudios de tecnologías organizativas. A propósito de la hospitalización a domicilio. *Rev Calidad Asistencial* 1998; 13:451-4.

(2) Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services: any link? A conceptual and comparative study (part 1) *Health Policy* 2002; 59:209-21.

(3) Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets-political strategies form better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2) *Health Policy* 2002; 59:223-41.

## El papel del servicio de urgencias en el ingreso de las hospitalizaciones prevenibles

Oster A, Bindman AB.

Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. Insights into preventable hospitalizations. *Med Care* 2003; 41 (2):198-207.

### Objetivo

Explorar si las diferencias debidas a la prevalencia, gravedad de la enfermedad o criterio de ingreso en los servicios de urgencias explican por qué determinados grupos de población presentan elevadas tasas de hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), consideradas prevenibles.

### Métodos

Estudio descriptivo de los patrones de utilización del servicio de urgencias y las tasas de hospitalización por ACSC (asma, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca e hipertensión) en una muestra de 2.239 pacientes de 18 a 64 años. Se utilizan variables relacionadas con las características del paciente, el tipo de pago de la asistencia, la severidad de la enfermedad, la derivación del paciente desde el servicio de urgencias, y la ubicación geográfica y tipo de hospital; y se tiene en cuenta la prevalencia de las enfermedades seleccionadas. Los datos se obtienen del National Hospital Ambulatory Medical Care Survey del periodo 1995-1998 y del National Health Interview Survey de 1998. Dada la compleja estructura de las muestras de estas bases de datos, el análisis utiliza tests ponderados (test  $\chi^2$  de Pearson ponderado y modelos de regresión logística múltiple ponderada).

### Resultados y conclusión

La población negra no hispana con aseguramiento en Medicaid tiene tasas de visitas al servicio de urgencias más elevadas que el resto de población. Las tasas de hospitalización fueron distintas para los cinco diagnósticos estudiados. Ajustando por edad, diagnóstico específico y severidad de la enfermedad resultaron OR (odds ratios) similares al ingreso desde el servicio de urgencias según etnia y tipo de pago.

Para los pacientes no hospitalizados, se utilizaron acuerdos de seguimiento con el médico extrahospitalario. Se encontraron diferencias por etnia (los blancos tenían más probabilidad de seguimiento con el médico) y tipo de pago (aquellos con seguro privado HMO tenían también más probabilidad de seguimiento), ajustados por las otras variables. A pesar de las limitaciones, los autores concluyen que la salud de los pacientes, para determinadas enfermedades crónicas, se deteriora sin el acceso regular a la atención médica y que este empeoramiento es el que contribuye al incremento en la utilización del servicio de urgencias y finalmente al aumento de las hospitalizaciones.

Fuente de financiación: Health Resources and Services Administration's General Internal Medicine Faculty Development Program.

Correspondencia: Dr. Andrew B Bindman. Department of General Internal Medicine, San Francisco General Hospital, Building 95, 1001 Potrero Avenue, San Francisco, CA 94110.

### COMENTARIO

El interés de este trabajo radica en las aportaciones metodológicas, tanto 'por activa' como 'por pasiva' (diferencia entre 'lo que se dice' y 'lo que no se dice') y las conceptuales. En primer lugar, los autores aportan información sobre variables y tipo de control de la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria (el papel relevante que tiene el servicio de urgencias como determinante de la hospitalización) en el ajuste de la medida de la hospitalización para evaluar la atención primaria. Sin embargo, estos resultados contrastan con los publicados por Guifrida y colaboradores para el contexto europeo quienes concluyen que la hospitalización por ACSC sí que depende de factores relacionados con el proceso de hospitalización, ajenos al control de la Atención Primaria (1).

Tanto el trabajo de Oster y Bidman como el citado de Guifrida y colaboradores, no discuten los códigos de diagnóstico ACSC seleccionados. Y es éste el punto que hace referencia a 'lo que no se dice'. Los autores no han considerado suficientemente los criterios que definen el indicador como apropiado para evaluar la Atención Primaria. Así, dentro de los grupos que definen las enfermedades seleccionadas (ver anexos en los dos artículos citados), se incluyen problemas de salud que no precisan hospitalización (como la 'bronquitis aguda' o la 'diabetes sin manifestación de complicaciones'), junto con problemas que cuando se presentan la requieren siempre (como el 'edema agudo de pulmón' o la 'diabetes con coma hiperosmolar'). La selec-

ción de códigos de diagnóstico ACSC debe adecuarse al objetivo de análisis, en particular, cuando el indicador se utiliza para explicar la actuación de la Atención Primaria; en caso contrario, los resultados pueden generar confusión (1). Ello indica que todavía nos falta camino que recorrer en el manejo de este indicador.

A pesar de estas limitaciones, es asumible la aportación conceptual refrendada por la mayoría de los autores que trabajan en el tema: "La importancia de las intervenciones dirigidas a mejorar el acceso a la atención médica regular para minimizar la utilización de los servicios de urgencias y la reducción de las hospitalizaciones prevenibles". La pregunta que deberíamos plantearnos es si la Atención Primaria dispone de recursos para adaptarse rápidamente a las necesidades emergentes y cambiantes de determinados grupos poblacionales. La no respuesta por parte del primer nivel asistencial repercutirá en un incremento de hospitalizaciones, en particular por ACSC, porque el hospital continúa siendo más accesible y socialmente más reconocido por la población.

Josefina Caminal Homar  
Universitat Autònoma de Barcelona

(1) Guifrida A, Gravelle H, Rolland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and outcomes. *BMJ* 1999; 319: 94-8.

(2) Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15: 128-141.

## Actuaciones para mejorar los informes de valoración de pruebas diagnósticas

Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM et al.

Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *BMJ* 2003; 326(7379):41-44.

### Objetivo

Mejorar la calidad de publicación de estudios de pruebas diagnósticas, con el fin de que los lectores puedan evaluar el riesgo de sesgos y la aplicabilidad de los resultados.

### Método

Búsqueda exhaustiva de artículos sobre pruebas diagnósticas en diferentes bases de datos. Se revisaron las referencias de los artículos recuperados, así como archivos personales de los miembros del comité. Se elaboró una lista de ítems potenciales que se sometió a una reunión de expertos para reducirla y elegir el mejor formato y redacción de la lista de comprobación final. Los expertos trabajaron en pequeñas sesiones de grupo y en sesiones plenarias. La lista de comprobación resultante se hizo pública (Web del grupo CONSORT), y se discutieron las aportaciones generales.

### Resultados

La búsqueda proporcionó 33 listas de comprobación, de las que se extrajeron 75 ítems. La reunión de expertos redujo la lista finalmente a 25 ítems, que se agrupan de la siguiente manera: título, resumen y palabras clave (ítem 1); introducción (ítem 2); método (ítems 3-13);

resultados (ítems 14-24) y discusión (ítem 25). Los ítems dedicados al método, se refieren a la información sobre participantes (ítems 3-6), sobre pruebas diagnósticas (ítems 7-11) y sobre metodología estadística (ítems 12-13). Los tres últimos ítems dedicados a los resultados (ítems 21-24) se refieren a las estimaciones realizadas.

Se construyó también un modelo de diagrama para mostrar el reclutamiento de pacientes, el orden en la realización de las pruebas y el número de pacientes sometidos a la prueba evaluada y al estándar.

### Conclusiones

El propósito de la iniciativa STARD es mejorar la calidad de las publicaciones sobre pruebas diagnósticas. La lista de comprobación y el esquema resultantes describen elementos clave de este tipo de investigación. La intención al elaborar un formato general es que éste sea aceptado por la mayor cantidad de autores, revisores y editores.

*Fuente de financiación:* El grupo STARD fue financiado por el Dutch Health Care Insurance Board (The Netherlands); la International Federation of Clinical Chemistry (Italy); el Medical Research Council's Health Services Research Collaboration (England); y el Academic Medical Center (The Netherlands).

*Correspondencia:* Patrick M Bossuyt. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Academic Medical Center-University of Amsterdam, PO Box 22700, 1100 DE Amsterdam, The Netherlands. Fax 31-20-6912683; e-mail: Stard@amc.uva.nl.

### COMENTARIO

Este artículo se ha publicado simultáneamente en 6 revistas, algo inusual, especialmente si se tiene en cuenta que se trata de una declaración de intenciones de la iniciativa STARD. Tanto clínicos como gestores deben tener la mejor información sobre la utilidad, la precisión y la exactitud de las pruebas diagnósticas, algo fundamental a la hora de tomar decisiones sobre pacientes individuales, sobre grupos de pacientes, o sobre la compra de nuevos equipos en los centros sanitarios. Esta información es la mayoría de las veces escasa, y especialmente tras la aparición, cada vez más rápida, de nuevas tecnologías diagnósticas que se introducen en los sistemas sanitarios sin ninguna evaluación previa. A pesar de la mejora en la metodología usada en los estudios, la mejora en la publicación de los mismos no ha sido suficiente, y la ausencia de información y los fallos en el diseño provocan errores en la estimación de la exactitud (en general sobreestimándola) (1). Es cierto que la lista de comprobación propuesta es muy general y las pruebas diagnósticas son muy diversas (los propios autores lo reconocen), pero es importante contar con requisitos generales sobre los que evaluar luego de una manera particular (en este mismo número se comenta un artículo sobre los requisitos de las pruebas genéticas).

La iniciativa STARD nace con buenos antecedentes. La publicación del CONSORT (2) y el QUOROM (3) han logrado sus objetivos, aumentando la información clave aportada por los ensayos clínicos publicados (4), y la transparencia de las revisiones sistemáticas. Ambas experiencias nos han enseñado algo fundamental para mejo-

rar la publicación: los investigadores deben aplicarlas y los editores de las revistas deben requerirlas (5). Esto nos lleva a otra cuestión de sobra conocida: la dificultad del cambio de práctica. La iniciativa no tendrá de por sí un impacto favorable sino que deberán ser los que desarrollan nuevas pruebas diagnósticas, los que las financian y los que investigan sobre ellas los que hagan un esfuerzo a la hora de presentar los resultados. Por ello también es una buena noticia que JAMA haya cambiado ya sus normas para autores, incorporando las recomendaciones de STARD (6). Esperemos que no quede en declaración de intenciones.

Román Villegas

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

(1) Lijmer JG, Mol BW, Heisterkamp S, Bossuyt GJ, Prins MH, van der Meulen JH et al. Empirical evidence of design-related bias in studies of diagnostic tests. *JAMA* 1999; 282(11):1061-1066.

(2) Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001; 357(9263):1191-1194.

(3) Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Quality of Reporting of Meta-analyses. Lancet* 1999; 354(9193):1896-1900.

(4) Moher D, Jones A, Lepage L. Use of the CONSORT statement and quality of reports of randomized trials: a comparative before-and-after evaluation. *JAMA* 2001; 285(15):1992-1995.

(5) Devereaux PJ, Manns BJ, Ghali WA, Quan H, Guyatt GH. The reporting of methodological factors in randomized controlled trials and the association with a journal policy to promote adherence to the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) checklist. *Control Clin Trials* 2002; 23(4):380-388.

(6) Rennie D. How to report randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA* 1996; 276(8):649.

## Las nuevas pruebas genéticas plantean nuevas necesidades de información y evaluación para todos los actores del sistema sanitario

Burke W, Atkins D, Gwinn M, Guttmacher A, Haddow J, Lau J, et al.

Genetic test evaluation: information needs of clinicians, policy makers, and the public. *Am J Epidemiol* 2002; 156:311-318.

### Problema

La identificación de asociaciones entre genes y enfermedades despierta un interés creciente. Sin embargo, establecer la causalidad en cada caso es difícil debido a la influencia de factores ambientales, conductuales y su interacción entre sí y con otros genes.

### Método

El documento se elaboró a partir de un seminario sobre epidemiología del genoma humano, fruto del consenso de un grupo de expertos en epidemiología y en genética, representando la posición de los Centers for Disease Control (CDC) y los National Institutes of Health. Se revisan las condiciones de partida para el empleo de tests genéticos y analizan mediante dos ejemplos.

### Resultados

En el caso de los programas de detección precoz de fenilcetonuria su efectividad se fundamenta en: un test fiable y válido, que se aplica a una población claramente identificada, con una intervención efectiva para los positivos, especialmente si se inicia precozmente. En gran medida, el entusiasmo actual por las pruebas genéticas se deriva de la creencia de que pueden obtenerse beneficios similares aplicando este modelo a un amplio espectro de enfermedades. Sin embargo, en sus fases iniciales, estos programas presentaron problemas no previstos, derivados de la adaptación educativa y social a la dieta y de desigualdades en la accesibilidad a los servicios para el seguimiento de los casos.

Una situación diferente se plantea para los tests que detectan susceptibilidad genética o cuando aún no se conoce qué intervenciones pueden resultar beneficiosas. El factor V Leiden es una frecuente

variante genética de un factor de la coagulación, asociada a un mayor riesgo de tromboembolismo. Este riesgo depende de la confluencia de otros factores genéticos y no genéticos, oscilando entre aumentos de dos a ocho veces. Se han propuesto diversas estrategias de screening, pero no se dispone de estudios que evalúen la reducción del riesgo en diferentes situaciones.

Estos ejemplos demuestran la importancia de presentar los resultados de la investigación en un formato que permita la evaluación de los siguientes aspectos: 1) Validez analítica: exactitud con que una característica genética puede ser identificada por una prueba, medida por su sensibilidad y especificidad. La escasez de estudios con rigor metodológico en este campo es una importante limitación actual en la evidencia disponible. 2) Validez clínica: exactitud con la que un test predice un resultado clínico y se corresponde con la asociación gen-enfermedad obtenida en los estudios epidemiológicos. 3) Utilidad clínica: probabilidad de que se produzca una mejora en un resultado de salud. Las pruebas suelen ofrecerse inicialmente a pacientes de alto riesgo y se basan en suposiciones teóricas o extrapolaciones de otras intervenciones efectivas, realizándose estudios exploratorios que pueden ser confirmados o no con otros diseños más robustos. Además, muchas variantes genéticas pueden afectar a resultados clínicos múltiples. Finalmente, estas características de las pruebas deben presentarse en un formato estandarizado, permitiendo resumir qué se sabe y qué no. Debe fomentarse su uso entre los autores de publicaciones, actualizarse periódicamente y realizar tablas de evidencia que aclaren las fortalezas y debilidades de la información disponible y detecten los vacíos y carencias.

Correspondencia: Dr. Muin J. Khoury, Office of Genetics and Disease Prevention, CDC, Atlanta. (e-mail: muk1@cdc.gov).

### COMENTARIO

Este artículo, junto a otro publicado en el mismo número de la revista (1), plantean un marco metodológico para la evaluación de pruebas genéticas, desde la perspectiva de salud pública. A partir del impulso del Proyecto Genoma, este abordaje se está haciendo realmente necesario ante la multiplicación de descubrimientos de asociaciones entre características genéticas y diversos problemas de salud. De hecho se comienza a hablar del nuevo paradigma de la medicina capaz de revolucionar todos los campos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

Las expectativas sobre estas tecnologías se están viendo amplificadas por los medios de comunicación, en los que predomina un tratamiento sensacionalista, presentando como avances lo que a veces sólo son estudios iniciales. A menudo se olvida la influencia de los factores sociales y ambientales en el proceso salud-enfermedad y la complejidad de sus interacciones (2). También se deben tener en cuenta la creación de nuevas necesidades de salud y desigualdades sociales, y las expectativas de la población. Se pueden producir concepciones deterministas, actitudes de discriminación, estigmatización, o afectación psicológica. El uso adecuado de estas pruebas requiere de procedimientos de consejo genético e información clara sobre las pautas e intervenciones disponibles. Recientemente se ha realizado un estudio sobre la situación de los

servicios de diagnóstico genético en España. En él se identificaron 53 centros públicos y privados en España que realizan pruebas para un total de 214 enfermedades, sin que existan sistemas de acreditación y regulación. La protocolización de la información a los pacientes es escasa y se produce solapamiento entre pruebas en investigación y pruebas incorporadas a la práctica clínica. Trabajos como el comentado pueden ser de gran utilidad para la toma de decisiones acerca de la incorporación de las nuevas pruebas genéticas a las prestaciones del SNS y las carteras de servicios de los centros.

**Eduardo Briones Pérez de la Blanca**

**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía**

**José Pedro Nobalvos Ruiz**

**Residente de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz**

(1) Little J, Bradley L, Bray MS et al. Reporting, appraising and integrating data on genotype prevalence and gene-disease associations. *Am J Epidemiol* 2002; 156:300-310.

(2) Davo MC, Álvarez-Dardet C. El genoma y sus metáforas. ¿Detectives, héroes o profetas? *Gac Sanit* 2003; 17(1):59-65.

(3) Rueda JR, Briones E. Genetic Testing Services for Hereditary Diseases in Spain: Results from a Survey. European Communities, 2002. Institute for Prospective Technological Studies. Joint Research Centre (DG JRC). Report EUR 20516EN. (accesible en: <http://www.jrc.es/pages/fpublications.html>).

## Ventajas y desventajas de la introducción del criterio de eficiencia en la decisión de reembolso público de nuevos medicamentos

*Kulp W, Grenier W, von der Schulenburg J.M.*

**The fourth hurdle as controlling instrument for expenditure on medication. Eur J Health Econom 2003; 4:1-5.**

### Objetivo

Discutir la valoración del "value for money" de los medicamentos como una medida de regulación y de control del gasto farmacéutico.

### Contexto

Alemania: con una evolución del gasto sanitario que ha pasado del 4% del PNB en los años 60 al 10% en la actualidad, siendo el gasto farmacéutico el 16% de dicho gasto sanitario. En Alemania el valor medio de prescripción ha aumentado en un 60% y el uso de nuevos medicamento excede al valor medio de prescripción en el mercado general de alrededor del 120%. Se han implantado medidas de control del gasto como listas positivas y negativas, precios de referencia y copago, con resultados desiguales.

### Tipo de estudio

De opinión, se trata de un editorial que revisa literatura de forma no sistemática y hace referencia a iniciativas reguladoras en Inglaterra y Australia.

### Resultados más importantes

Las recomendaciones del NICE son capaces de frenar la expansión del coste sanitario únicamente en casos aislados. Lo mismo se podría decir

en lo referente a su capacidad para reducir la desigual distribución de los servicios médicos. Otro factor a considerar es que la coherente implantación de guías no debería generar el deseo de aplicar medidas de racionalización en otros aspectos, pues la prescripción del correspondiente medicamento es prácticamente legitimada por las guías.

En Australia existen requisitos previos para el reembolso de los medicamentos de los pacientes ambulatorios. En todo momento, la información sobre el valor añadido del medicamento es fundamental incluyendo estudios y modelos farmacoeconómicos.

### Conclusiones

Tener en cuenta el "value for money" como una "cuarta barrera" tiene consecuencias en términos médicos, socio-económicos e industriales. Este tipo de valoraciones de los servicios médicos, y de los medicamentos en concreto, pueden hacer una importante contribución a un proceso de toma de decisiones más racional, siendo la única aproximación que revela todos los costes relevantes. Se puede permitir, así, una mayor rapidez en la difusión de los avances en el mercado sanitario permitiendo mejoras en la calidad de vida de los pacientes y una disminución de la tasa de mortalidad. La implantación de esta "cuarta barrera" debería considerarse como parte del proceso de toma de decisiones políticas con la participación de todos los afectados y de todos los grupos sociales.

### COMENTARIO

Interesante editorial que firman dos profesores universitarios y el Editor de la revista que también es profesor de la Universidad de Hannover. El primer problema lo tenemos a la hora de traducir "value for money". Precio ajustado si opera el mercado o valor proporcionado a lo que cuesta si opera el Estado pueden servirnos para guiar el comentario. Se discute su uso como una medida de regulación a través del cumplimiento del criterio de eficiencia como cuarta barrera a añadir a la exigencia de eficacia, efectividad y seguridad. También como medida de control del gasto farmacéutico al tener que acompañarse, los informes de las compañías a las autoridades reguladoras, de análisis de evaluación económica que demuestren las bondades de los nuevos medicamentos en términos socioeconómicos.

En todos los países de la UE, y especialmente en Alemania, el gasto sanitario crece muy por encima del PIB por lo que se debate la necesidad de contener dicho crecimiento que tiene como principal motor los nuevos medicamentos que son más caros. La regulación de los medicamentos está socialmente bien aceptada por lo que pudiera existir una brecha para introducir un nuevo nivel de exigencia a un sector, que aunque muy regulado, está fuertemente protegido. Y ello debido a que las medidas empleadas para el control del gasto farmacéutico: fijación de precios, bajadas de márgenes, precios de referencia, listas negativas, copagos,... introducidas hasta la fecha no han tenido el efecto esperado.

La economía de la salud debiera jugar un papel menos subordinado que el practicado hasta ahora. Asimetría de la información, riesgo moral, coste de oportunidad, eficiencia, disponibilidad a pagar,... son conceptos a implantar en el debate político. El ejemplo de Inglaterra donde la tibieza del NICE hace que sus evaluaciones se conviertan en meras recomendaciones fundamentalmente dirigidas a indicaciones clínicas sobre la prescripción de los medicamentos

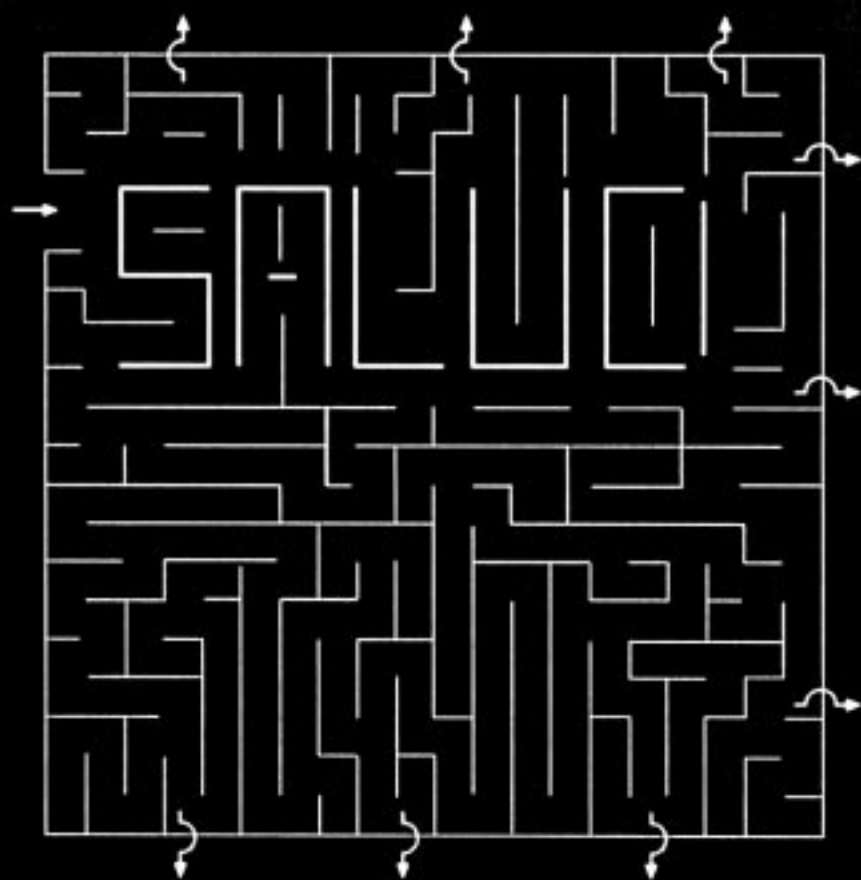
evaluados para los diferentes grupos de pacientes. Australia y la región de Ontario en Canadá han implantado consistentemente la cuarta barrera. Australia exige desde 1995 a las compañías farmacéuticas que demuestren que sus nuevos medicamentos tienen un valor proporcionado a lo que cuestan y sólo si cumplen este requisito, generalmente a través de un análisis de evaluación económica o de modelos farmacoeconómicos, los reembolsan con dinero público. Aún así, las estimaciones esperadas de ventas (cox-2) y número de pacientes (tratamiento del reflujo esofágico con inhibidores de la bomba de protones) por año han sido mucho más bajas que las reales, fundamentalmente por el uso inadecuado de los últimos medicamentos aprobados.

El futuro tiene que venir, en otros factores, por la identificación de subgrupos de pacientes para los que estos nuevos medicamentos son realmente eficientes (enfoque NICE, es decir, precisar indicaciones clínicas claras y "targets").

La cuarta barrera puede suponer que aunque se autorice un medicamento se espere un tiempo en reembolsarlo con dinero público (o que se reembolse y se exija a los cinco años que se demuestre que el precio fijado reflejaba su correcto valor). La compañía ha de demostrar el "value for money", en términos de resultados finales (calidad de vida y disminución de morbilidad) y costes asociados. Posiblemente también se conseguiría bajar la velocidad de difusión (penetración en mercado) tan impresionante de muchos de los nuevos medicamentos. La viabilidad de su puesta en marcha requiere de la participación de todos los agentes del sistema sanitario, sin estar ni mucho menos asegurado su éxito, aunque razones de maximización del bienestar y de sostenibilidad financiera, apoyen este tipo de medidas.

**Juan del Llano  
Enrique Antón  
Fundación Gaspar Casal**

## Sólo unos pocos traspasan las barreras



**Investigar para averiguar como podemos mejorar la salud.  
Desarrollar las competencias profesionales para mejorar la gestión y la práctica clínica.  
Porque la Fundación Gaspar Casal es una organización independiente donde ponemos  
a vuestro servicio toda nuestra experiencia en Formación, Investigación y Comunicación.**

General Díaz Porlier 78, 8ªA • 28006 Madrid  
Información: Dra. Flor Raigada / raigadaf@terra.es  
Teléfono/fax 91 401 62 19 • www.fgcasal.org

FUNDACION

**G A S  
P A R  
■ C A  
S A L**

PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL  
DESARROLLO DE LA SALUD

## Quiénes están más satisfechos

Jenkinson C, Coulter A, Bruster S.

**The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14:353-358.**

### Problema

Los sistemas de salud de los países occidentales están midiendo la satisfacción del paciente entendiendo que la calidad de la asistencia sanitaria pasa por lograr que los resultados clínicos sean considerados, a la vez, aceptables y beneficiosos por los pacientes. Muchos de los cuestionarios utilizados no son suficientemente sensibles, por lo que necesitamos instrumentos que nos permitan realizar comparaciones e identifiquen cómo mejorar la atención sanitaria.

El objetivo del estudio Instituto Picker de Oxford ha sido desarrollar y validar, a partir de su amplia base de datos sobre la satisfacción del paciente, un cuestionario breve que de manera sencilla, rápida y económica, permita hacer evaluaciones y comparaciones (nacionales y transnacionales) entre hospitales de los niveles de satisfacción de los pacientes.

### Métodos

Analizan, al mes del alta, las respuestas de 62.925 pacientes de 5 hospitales ingleses, 6 alemanes, 9 suecos, 9 suizos y 272 americanos. Las tasas de respuesta oscilaron entre el 46% en EE.UU. y el 74% de Alemania. Se realizaron, con intervalos de 2 semanas, hasta dos recuerdos para promover la respuesta. El 53% eran mujeres, la edad media osciló entre los 50 años de los suecos y los 55 de los norteamericanos.

El cuestionario inicial constaba de 40 preguntas, extraídas de la base de datos del Instituto Picker. El cuestionario fue enviado por correo al domicilio de los pacientes (bien a todas las altas de un período de tiempo o a una selección al azar según el hospital). Los criterios utilizados para seleccionar las preguntas definitivas del cuestionario fueron: que resultaran aplicables a todos los pacientes ingresados (excluyendo urgencias ya que no todos los pacientes ingresan por esta vía); la estructura del cuestionario debía mostrar una fuerte correlación (Pearson > 0.90) con la base de datos del Instituto Picker sobre problemas de la atención sanitaria; mostrar una elevada consistencia interna (Alpha > 0.70); y una correlación ítem-total superior a 0.30.

### Resultados

Respondieron algo más de 44.000 norteamericanos, 6.100 suizos, 2.800 suecos y 1.850 alemanes e ingleses. De las 40 preguntas empleadas, 25 no cumplían con los requisitos y fueron eliminadas. Las 15 restantes mostraron una consistencia interna igual o superior a 0.80 en las muestras de todos los países. Las correlaciones ítem-total superaron en todos los casos, excepto en Suecia y EE.UU., el punto crítico de 0.30 (la pregunta "algunas veces el médico habla como si yo no estuviera delante" no alcanzó el valor esperado). No obstante, los investigadores optaron por mantenerla. La correlación entre esta versión y el cuestionario de preguntas básicas de problemas de la atención sanitaria del Instituto Picker fue superior a 0.90.

Los datos reflejan, por países, algunos problemas en la atención sanitaria. Suizos y suecos parecen ser los más satisfechos, mientras que los británicos serían los menos satisfechos. Dificultades para hablar con algún profesional sanitario de sus preocupaciones, o no haber sido advertidos de signos o síntomas a los que prestar atención una vez en casa, fueron los principales problemas detectados.

### Conclusiones

La versión reducida de 15 preguntas del cuestionario Picker de satisfacción del paciente ha mostrado una alta consistencia interna, una fuerte correlación con una medida externa y pruebas de estabilidad a lo largo de cinco países occidentales. El cuestionario ofrece diferentes puntuaciones e índices de satisfacción que hacen de él, un instrumento aconsejable para medir la satisfacción del paciente, establecer acciones con las que incrementarla y realizar comparaciones entre hospitales.

*Financiación: No consta.*

*Dirección para correspondencia: Crispin Jenkinson. Picker Institute Europe, King's Mead House, Oxpens Road, Oxford OX1 1RK, Reino Unido. E-mail: crispin.jenkinson@pickereurope.ac.uk.*

## COMENTARIO

Cada vez son más los hospitales que periódicamente miden la satisfacción de sus pacientes. Los clínicos son, también, cada día más conscientes de las posibilidades de esta medida (1). En los últimos años hemos asistido a una cierta transformación de los métodos para conocer la opinión del paciente, siendo ahora más común recurrir a una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

La opinión del paciente ha pasado a un primer plano y, actualmente, se recomienda que, a la hora de diseñar los procesos asistenciales, se tengan en consideración las informaciones sobre preferencias, expectativas, o las causas de insatisfacción de los pacientes. El concepto de "atención médica centrada en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento en el que los pacientes pasan de ser "objeto" de la atención sanitaria, a ser considerados "sujetos" de esa atención (2).

El Instituto Picker ha acumulado una amplia experiencia y nos propone un instrumento sencillo, rápido y económico para identificar la que podemos considerar como no-calidad de la atención hospitalaria. Una forma diferente de utilizar las encuestas de opinión de pacientes inten-

tando en este caso, identificar aspectos de la atención que requieren mejoras. Las preguntas que se formulan permiten identificar hasta qué punto la actuación profesional, o del conjunto del hospital, responde a criterios de calidad y, por tanto, tiene un enfoque diferente a los cuestionarios tradicionales. En este caso, se ha preferido señalar situaciones que se sabe generan insatisfacción en los pacientes para que los encuestados las identifiquen.

La gran ventaja de este cuestionario es su sencillez y también su solidez en cuanto a consistencia y validez. Esta versión reducida incluye preguntas sobre dimensiones básicas de la satisfacción, como: capacidad de respuesta, seguridad, información, empatía y trato; y no incluye otros elementos característicos, como los de confort que, cada vez más, resultan importantes para los pacientes.

**José Joaquín Mira**  
Universidad Miguel Hernández

(1) Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33.

(2) Meneu R. La perspectiva de los pacientes. Gestión Clínica y Sanitaria 2002;4:3-4.

## Los pobres se mueren con más dolor y los ricos más solos

Murray SA, Grant E, Grant A, Kendall M.

**Dying from cancer in developed and developing countries: lesson from two qualitative interview studies of patients and their carers. BMJ 2003; 326:368-371.**

### Objetivos

Conocer las necesidades de los pacientes con cáncer incurable de países desarrollados y países en vías de desarrollo y determinar si éstas se ven cubiertas en sus últimos días de vida. Como parte de una investigación más amplia, también se plantean investigar acerca de las diferencias en la experiencia de enfermar en dos escenarios económicos y culturalmente tan alejados y diferentes.

### Método

Método cualitativo centrado en el paciente mediante entrevistas a enfermos y cuidadores de dos poblaciones de pacientes terminales de cáncer: Lothian (Escocia) y Meru (Kenia). En el primero (acceso universal y gratuito al sistema sanitario y sistema de seguridad social), 20 pacientes con cáncer de pulmón inoperable y de características demográficas y terapéuticas representativas, y sus respectivos cuidadores principales, fueron entrevistados (entrevista abierta en profundidad) cada tres meses en el domicilio del paciente. En Meru (1€/día de renta, asistencia privada), 27 pacientes con cáncer terminal y sus cuidadores principales, seleccionados de entre los que reciben cuidados en su domicilio y en el hospital, fueron entrevistados de manera semiestructurada en su lengua local por una enfermera una sola vez.

Las entrevistas (grabadas o recogidas a mano según el caso) eran analizadas para la determinación de temas emergentes y éstos, codificados, eran incorporados en la segunda entrevista (en Lothian). En Meru el material recogido se sometía a una revisión lingüística.

### Resultados

Los pacientes terminales escoceses presentaban al inicio mejor estado general que los africanos (2 frente a 3,3 en la escala de la OMS). La principal preocupación en los primeros se refiere a la preparación para la muerte (el dolor no suele estar presente) y se manifiestan disconformes con su enfermedad: quieren ser ellos mismos. También están preocupados por cómo podrán obtener los cuidados que precisen en el futuro. Por lo demás, recibe atención del hospital, del equipo de atención primaria y de especialistas en cuidados paliativos.

En el caso de los pacientes de Meru, su preocupación principal se centra en el sufrimiento físico (sobre todo el dolor). Su actitud es de aceptación y los cuidados que recibe provienen de la comunidad. Carecen de atención específica, confían en sus creencias y manifiestan preocupación por la carga física y económica que suponen para sus familias.

### Conclusiones

Pese a que los autores reconocen que sus resultados no pueden ser generalizables, las diferencias presentadas no parecen dejar dudas del papel de la comunidad como elemento principal para el cuidado de los pacientes africanos y la lección que esta red de atención supone para la desarrollada sociedad escocesa. Pese a todo urge la necesidad de desarrollar sistemas apropiados para hacer llegar las drogas esenciales para aliviar este sufrimiento.

*Fuentes de financiación:* en Escocia: beca de la Chief Scientist Office of the Scottish Executive; en Kenia: donación de un paciente de Edimburgo a la Universidad de Edimburgo.  
*Correspondencia:* Dr. Scott A Murray (e-mail: Scott.Murria@ed.ac.uk)

### COMENTARIO

Es frecuente escuchar en nuestro medio, entre colegas y también entre pacientes y familiares eso de "Esto es *tercermundista*", cuando algo no funciona correctamente o no se ajusta a nuestras expectativas. Así que investigaciones como las que desarrollan estos autores pueden sernos de una gran utilidad pese a que globalmente sus conclusiones no llegan a producirnos extrañeza. En el tercer mundo los enfermos terminales no tienen atención, no ya adecuada, sino mínima. Cualquiera que haya tenido la oportunidad de verlo de cerca no lo olvida con facilidad y se rebota cuando se oyen esas frases. En nuestro medio, afortunadamente con mucha menos frecuencia, algunas veces los pacientes reciben una atención desigual y peor.

El estudio, que tiene problemas metodológicos de cara a su generalización, roza pese a su brevedad aspectos muy diversos del paciente terminal, de su experiencia de la enfermedad y de la respuesta social que damos (que estamos construyendo, habría que decir) a ese problema. Superado el sufrimiento físico (superar es aquí un eufemismo que debe traducirse por mejorado, controlado o disminuido), gracias a un sistema sanitario eficaz y de una sociedad que ha sido sensible a estas necesidades, se nos están plantean-

do ya cuestiones mucho más difíciles de responder desde una institución o desde el estado: la soledad, la falta de aceptación de la minusvalía irreversible (el no poder 'seguir siendo' uno mismo). En el trabajo con pacientes terminales, estos emergentes no nos resultan ya extraños, tanto que nos impacta, que no nos deja igual a los profesionales, que nos hace perder la distancia crítica necesaria (1).

Desde esta óptica de primer mundo en el que estamos las dos conclusiones del artículo resultan claras: hemos perdido en el camino el apoyo social de los más cercanos y es ese un hueco difícil de llenar. De otro lado, no debería pasar un día más sin que estos enfermos se beneficien de tratamientos eficaces (y baratos) vivan donde vivan (2).

¿Cómo profesionales, esto forma parte o no de nuestra profesión?

José Expósito Hernández

Oncólogo

Hospital universitario Virgen de las Nieves, Granada

(1) El concepto de distancia crítica. En: Schavelzon J (editor). Cáncer. Un enfoque psicológico. Editorial Galerna: Buenos Aires, 1978, pp. 69-73.

(2) Ellershaw J, Ward C. Care of dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 326:30-34.



## Errar es humano, reconocerlo aún más

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ y Levinson W.

Patient's and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289:1001-1007.

### Objetivo

Determinar las actitudes y deseos de pacientes y profesionales respecto a la revelación de los errores médicos.

### Diseño y metodología

52 pacientes y 46 médicos fueron distribuidos en 13 grupos focales (6 con pacientes, 4 con médicos y 3 mixtos), presentándoles dos supuestos donde ocurría un error médico con consecuencias graves. La medida de resultado era la opinión de los grupos sobre si los errores debían ser comunicados y discutidos con los pacientes, qué tipo de información debía suministrarse, y las necesidades emocionales de ambos colectivos.

### Resultados

Se encontraron importantes discrepancias respecto a los deseos y opiniones de pacientes y médicos. Mientras los pacientes desean una información completa y veraz sobre las causas, consecuencias y prevención de recurrencias de los errores, los médicos eran más remisos a informar o dar detalles. Además consideraron que la aceptación del error y petición de disculpas podían ser utilizados como base para

entablar demandas. Sin embargo, los pacientes desean un apoyo emocional por parte de los médicos cuando ocurre un error, y también una disculpa.

Por otra parte, los médicos tienen también necesidades no cubiertas cuando ocurre un error; desde la ansiedad y sentimiento de culpa por el daño producido, a la preocupación por no haber actuado con unos estándares de práctica adecuados, y el temor por las posibles repercusiones legales y sobre su reputación.

### Conclusiones

Posiblemente los médicos no estén dando la información o el apoyo emocional que los pacientes desean tras padecer errores médicos lesivos. Los profesionales sanitarios deberían esforzarse por conocer los deseos de los pacientes respecto al tipo de disculpa, así como sobre la información de la naturaleza, causa y prevención de errores. Por último, las instituciones deberían ser conscientes y tomar medidas respecto a las necesidades emocionales de los profesionales involucrados en errores médicos.

Fuente de financiación: Agency for Health Care Research and Quality.  
Correspondencia: Dr. Thomas Gallagher, (e-mail: thomasg@u.washington.edu)

### COMENTARIO

A partir de los años 90, la literatura médica, especialmente la anglosajona, ha reflejado un interés creciente por los errores médicos (1). Fruto de esta preocupación y del notable volumen de este tipo de sucesos detectados por estudios como los de Brennan y Leape (2), el Quality Australian Health Care Study (3) o el de Thomas et al. en Utah y Colorado (4), diversas agencias en diferentes países han sido creadas o encargadas recientemente de registrarlos, analizarlos y establecer las recomendaciones para prevenirlos.

Por otra parte, también a lo largo de estos últimos años se han llevado a cabo diferentes estudios para conocer los puntos de vista de los actores implicados, con diferentes abordajes. Los resultados del presente trabajo coinciden básicamente con aquellos, si bien metodológicamente introducen la novedad de la discusión en grupos mixtos. De nuevo el colectivo médico considera que no todo debe decirse; y en general, estiman que son ellos los más capacitados para discernir qué, cuándo y cómo revelar a los pacientes lo sucedido. Esta actitud está íntimamente ligada al temor a posibles litigios y al desprestigio.

Remarcar también, como señalan los autores del presente trabajo, que tanto en diferentes estudios realizados a lo largo de la década anterior como en otros muy recientes, el porcentaje de médicos que

revelaron a sus pacientes la comisión de un error sigue situándose en torno al 30%.

Esperemos que el esfuerzo que están llevando a cabo administraciones sanitarias como la estadounidense, británica o australiana, por "reemplazar una cultura del silencio por una cultura de seguridad" (5) y confianza, mediante la protección de los derechos de pacientes y profesionales sanitarios, vaya calando en éstos y en la opinión pública, favoreciendo un tratamiento abierto, honesto y generalizado de estas situaciones. Y confiemos también en que sirvan de estímulo y ejemplo en nuestro entorno para la puesta en marcha de iniciativas similares.

**Manuel Marín Gómez**

**Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios  
Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)**

(1) Khon LT, Corrigan JM (Eds.). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press 1999.

(2) Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-76.

(3) Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-71.

(4) Thomas EJ, Studdert D, Burstin HR et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38:261-271.

(5) Remarks by the President Clinton on Medical Errors ([www.ahcpr.gov/wh22200rem.htm](http://www.ahcpr.gov/wh22200rem.htm)).

## Las "ayudas a la decisión" permiten que los pacientes jueguen un papel más activo en la toma de decisiones clínicas

O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, et al.

Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.

### Antecedentes y objetivos

Las "ayudas a la decisión" (AD) son intervenciones diseñadas para ayudar a los pacientes con un determinado problema de salud en la elección entre alternativas mediante (y como mínimo) la transmisión de información sobre las posibles opciones, y los resultados relevantes asociados a cada una de ellas. Los objetivos de la revisión son: 1) inventariar los AD, 2) revisar los resultados de los ensayos clínicos (EC) que han utilizado AD para mejorar la toma de decisiones.

### Métodos

Búsqueda bibliográfica. Búsqueda en MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, Aidsline, Cancerlit, y el Cochrane Controlled Trials Register, más contacto con expertos para identificación de trabajos.

Selección: Ensayos clínicos con asignación aleatoria.

Extracción de información y análisis. Usando los métodos de la Colaboración Cochrane, dos evaluadores revisaron independiente los trabajos y extrajeron la información. Se utilizaron meta-análisis para combinar los resultados utilizando modelos de efectos aleatorios.

### Resultados principales

Se hallaron 87 AD de los 23 fueron utilizados en 24 ensayos clínicos. Respecto a los estudios que comparan AD frente a la atención habitual, los AD fueron más eficaces para mejorar los conocimientos de las opciones por los pacientes (en 7 de 8 ensayos, con 19 puntos de mejora en una escala de 0 a 100), para obtener expectativas más realistas de los efectos de los tratamientos (2 de 3 ensayos, RR: 1,48), para reducir los conflictos decisionales (3 de 3 ensayos, mejora de 9 puntos en una escala de 0 a 100), reducir la pasividad de los pacientes (en 3 de 4 ensayos, RR: 0,63).

En los ensayos que compararon AD simples respecto a AD complejos, estos últimos se mostraron más eficaces que los primeros respecto a la mejora de conocimientos, expectativas realistas y reducción de conflictos decisionales.

No se hallaron diferencias significativas, en ambos tipos de comparaciones, respecto a satisfacción con la decisión tomada, satisfacción con el proceso de decisión y ansiedad.

Respecto a la utilización de servicios, los AD produjeron una reducción de intervenciones de cirugía mayor respecto a alternativas conservadoras (reducciones desde el 21% al 42% en 5 ensayos), pero no mostraron efecto en la circuncisión. Respecto al cribado, redujeron de cáncer de próstata con PSA pero incrementaron el de cáncer de colon. Los resultados clínicos fueron similares a los de los grupos control.

### Conclusiones

Los AD son más efectivos que la atención habitual para mejorar el conocimiento de los pacientes y que tengan expectativas más realistas sobre los beneficios de las intervenciones, reduciendo la pasividad y los conflictos en las decisiones difíciles, con escasos efectos sobre otros resultados. Sus efectos sobre las elecciones varían con la decisión, con tendencia a la reducción de la utilización en la cirugía mayor.

Financiación: Canadian Institute of Health Research, Nuffield Trust of University of Oxford, Ontario Ministry of Health, Leverhulme Trust Research. Conflicto de intereses: Algunos autores. Dirección para correspondencia: Annette O'Connor, School of Nursing and Faculty of Medicine, University of Ottawa, aocconnor@ohri.ca.

### COMENTARIO

Para muchas decisiones no existe una alternativa de tratamiento claramente asociada a una mejora de la calidad de vida o la supervivencia, con equilibrios entre diferentes tipos de resultados, como tiempo de supervivencia, alivio del dolor o preservación funcional. En otros casos las decisiones clínicas se sitúan en un área gris en que la que las decisiones óptima para un individuo concreto puede no estar clara y ante la cual personas sensatas escogen de manera diferente. En estas condiciones parece sensato abandonar los modelos paternalistas de relación médico-paciente para intentar modelos de decisiones compartidas. La toma compartida de decisiones requiere transferir a los pacientes la mejor información disponible sobre opciones de tratamiento, resultados asociados y posibles efectos adversos, de una forma comprensible y no sesgada.

Los AD son instrumentos de ayuda a las decisiones compartidas y los resultados de la revisión Cochrane son buenas noticias: mejoran algunos aspectos de la atención, no empeoran otros y tienden a atenuar el entusiasmo por la cirugía. Probablemente los resultados podrían ser mejores, pero los estudios analizados recogen sobre todo AD en decisiones difíciles donde no existen alternativas claras. En todo caso, la variabilidad en los estudios (poblaciones, entornos, etc.), instrumentos (contenidos, formato, forma de uso) y la falta de poder estadístico limita la generalización de los resultados de la revisión.

La toma de decisiones compartidas tiene una importante base de legitimidad a nivel de la toma de decisiones individuales (no tanto de las colectivas), ya que convierte al paciente en sujeto (y no solo objeto) co-protagonista de la atención que recibe. Los AD son imprescindibles para el desarrollo de las decisiones compartidas y su desarrollo es cada vez más importante (véase un repositorio de AD en: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/OPDSL/a\\_to\\_z.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/OPDSL/a_to_z.asp)). Pero la toma compartida de decisiones requiere también de entornos adecuados (tiempo de consulta, estilos de comunicación), actitudes profesionales y estrategias de política y gestión sanitaria. Se trata, en resumen, de un campo en el que la información y las experiencias prácticas están creciendo exponencialmente y sugieren importantes beneficios para los pacientes, aunque su desarrollo en nuestro país vendrá muy marcado por las actitudes de profesionales y de las administraciones sanitarias.

Salvador Peiró  
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

## Escasa transparencia sobre el papel de los patrocinadores de los ensayos clínicos, pese a la reforma de los requisitos uniformes de publicación en revistas médicas

Cross CP, Gupta AR, Krumholz HM.

Disclosure of financial competing interests in randomised controlled trials: cross sectional review. *BMJ* 2003; 32:526-527.

### Problema

Las relaciones financieras entre la industria, los investigadores y las instituciones académicas se han convertido en una importante preocupación, especialmente por la considerable, y quizás inapropiada, implicación de los patrocinadores en el desarrollo y disseminación de resultados de la investigación científica. Muchas revistas utilizan la declaración del conflicto de intereses como estrategia de transparencia ante este problema. Las normas de Vancouver especifican que los autores deben declarar todas las ayudas financieras recibidas, y en el caso de que el apoyo provenga de la industria se debe esclarecer el grado de implicación de la misma en el diseño, análisis y elaboración de los resultados. Sin embargo, a menudo no se mencionan los conflictos de interés financieros y se desconoce el grado de adhesión de las revistas científicas a este tipo de normas.

### Diseño y objetivos

Revisión transversal de los ensayos clínicos publicados en cinco revistas biomédicas de elevado factor de impacto, para comprobar la adhesión a los requisitos de declaración de conflicto de intereses y describir la naturaleza de tales intereses.

### Método

Se seleccionaron todos los ensayos clínicos publicados en *Annals of Internal Medicine*, *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association*, *Lancet*, y *New England Journal of Medicine*, desde 1 abril de 1999 hasta 31 de mayo de 2000, y se escogieron aquellos con mayor impacto sobre la medicina clínica. Un revisor extrajo la(s) fuente(s) de financiación del estudio, la relación del autor con la fuente de financiación así como el papel de la misma en el desarrollo del estudio.

### Resultados

Se identificaron 268 ensayos clínicos de los que en 238 (89%) constaba la fuente de financiación. De los 100 estudios patrocinados por la industria, 69 identificaban la naturaleza de la relación entre los autores y la fuente de financiación; las más frecuentes fueron: de empleo (43%); consultoría/honorarios (32%), becas (26%), fabricante del producto (10%) y participación en la disseminación de resultados (10%). En 30 manuscritos aparecían como co-autores empleados de la industria patrocinadora (30% de los estudios patrocinados por la industria y 11% de todos los ensayos clínicos de la muestra analizada). Tan solo 8 de los 100 estudios patrocinados por la industria informaban en la sección de método acerca del papel del patrocinador en el desarrollo del estudio, tal y como establecen los requisitos de uniformidad; dos señalaban que el patrocinador no jugaba ningún papel en el estudio, mientras que 6 describían este papel. Según un análisis más detallado, el grado de implicación de la fuente de financiación variaba ampliamente y se describía de forma muy vaga; por ejemplo la implicación del patrocinador en el análisis de datos se describía en términos de "evaluación preliminar" o como "coordinador en la recogida de datos y análisis estadístico".

### COMENTARIO

Aunque la implicación de la industria en los ensayos clínicos controlados es sustancial, la verdadera envergadura y naturaleza de las relaciones financieras entre investigadores e industria es difícil de conocer y valorar, en parte por la variabilidad en la adhesión de los editores a las normas de declaración del conflicto de intereses. Los requisitos de uniformidad son una herramienta de los editores para manejar este problema, al establecer la obligación de los autores de documentar explícitamente el libre acceso a los datos del estudio y la independencia en la toma de decisiones respecto a la publicación. Sin embargo, la insuficiente adhesión de las revistas biomédicas a estas normas no permite que los lectores puedan formarse juicios sobre la validez e integridad de los resultados publicados.

Tras el problema de la transparencia está el de la credibilidad de las declaraciones sobre el papel de los patrocinadores. Una reciente polémica en *Lancet* a propósito del *LIFE Study* [1] ilustra este problema. Mientras en el trabajo se declara que se trata de un estudio "independiente", a "iniciativa de los investigadores" (y no de los patrocinadores) y apoyado con una "ayuda no condicionada" de una firma farmacéutica, diversas cartas al editor ponían de manifiesto la participación del investigador principal en actividades claramente promocionales, la consolidación y custodia de los datos en la firma farmacéutica (extraña leer que los investigadores-promotores tuvieron libre acceso a... ¡sus propios datos!), la realización del análisis por estadísticos de la compañía y la no declaración de algunas actividades conflictivas (*Lancet* 2002; 360: 1171, y 2003; 361: 532-3, incluyendo las respuestas de los autores y de los patrocinadores).

Hay que tener en cuenta que, el trabajo de Cross se ciñe a cinco revistas de muy alta calidad, cuyos editores fueron quienes aprobaron la reforma de las normas de Vancouver. En España la situación es mucho más opaca. Pese a que la mayoría de revistas médicas se acogen a dichas normas, prácticamente ninguna recoge la declaración de conflicto de interés, ni tan siquiera, las fuentes de patrocinio, que quedan a expensas de que los autores quieran agradecer o no la financiación. Ya va siendo hora de que los lectores consideremos un problema de baja calidad del proceso editorial la falta de transparencia en las fuentes de financiación, en las relaciones financieras entre investigadores y patrocinadores, y en el papel del patrocinador en el estudio. Un estudio no es peor que otro por ser patrocinado por la industria, pero sí por ocultar este patrocinio o por la sumisión del interés primario de la investigación (la validez científica) a los intereses comerciales secundarios, incluso aunque éstos sean legítimos.

Edith Leutscher

Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Juan, Alicante

(1) Dahlöf B, Devereux BB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359:995-1003.

## La obesidad en la edad adulta es un potente predictor de la mortalidad

Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L, for NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group.

Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: A life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138:24-32.

### Problema

¿En cuánto se reduce la esperanza de vida a causa del sobrepeso y la obesidad?

### Tipo de estudio

Estudio de cohorte prospectiva, con seguimiento durante 40 años de 3.457 participantes del estudio de Framingham desde 1948 a 1990, con edades comprendidas entre 30 a 49 años al inicio del estudio. Se excluyeron las personas con bajo peso, las que tenían enfermedad cardiovascular y las que murieron en los 4 primeros años del estudio.

### Métodos y análisis

Se clasifican los individuos en 3 grupos al inicio y a los 20 años del seguimiento en función de su índice de masa corporal (IMC), según las pautas de la OMS (normal=18,5 a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso=25 a 29,9 Kg/m<sup>2</sup> y obeso ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>). Se realizan curvas de supervivencia entre las categorías de IMC y se comparan por el método de Kaplan-Meier. La asociación entre IMC basal y mortalidad a los 40 años de seguimiento se realiza mediante regresión de Cox, ajustando por el posible efecto confusor de la hipertensión, diabetes, nivel educativo y nivel de actividad física. Se realiza la predicción de la esperanza de vida a los 40 años de edad según IMC, estratificando por sexo y estado de fumador, mediante análisis de tablas de vida.

### Resultados

Se encontró una disminución importante en la esperanza de vida asociada al sobrepeso y a la obesidad. Para los no fumadores de 40 años con sobrepeso esta disminución fue de 3.3 años (mujeres) y 3.1 años (hombres). Para los no fumadores obesos fue de 7,1 años (mujeres) y 5,8 años (hombres). Entre los fumadores con sobrepeso los descensos observados fueron de 7,2 años (mujeres) y de 6,7 años (hombres). Entre los fumadores obesos el descenso fue de 13,3 años (mujeres) y de 13,7 años (hombres). Las comparaciones se hicieron tomando como categoría basal el normopeso.

Se halló en los obesos un aumento de riesgo de morir antes de los 70 años de 115% en mujeres y 81% en hombres. Los sujetos que a los 20 años de seguimiento pertenecían al grupo de obesos y sobrepeso presentaron un aumento significativo de muerte si al inicio del estudio pertenecieron al grupo de obesos.

### Conclusión

El sobrepeso y la obesidad en la edad adulta reduce la esperanza de vida de manera importante, tanto en hombres como en mujeres, en fumadores y no fumadores.

Fuente de financiación: The Netherlands Heart Foundation and the Netherlands Organization for Scientific Research.

Correspondencia: Dr. Anna Peeters, PhD, Department of Public Health, Erasmus MC, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, the Netherlands. peeters@mgz.fgg.eur.nl.

### COMENTARIO

Es conocida la relación entre el sobrepeso y la obesidad con el aumento de riesgo en la morbilidad y en la mortalidad; sin embargo, no es tan conocida la cuantificación en términos de años de vida perdidos y la estratificación por otros factores de riesgo de mortalidad prematura, como el tabaco. Los resultados de este trabajo sitúan a la obesidad, como factor de riesgo al mismo nivel que el tabaco en cuanto a impacto en años de vida perdidos.

A pesar de las limitaciones que presenta, como la dificultad en la generalización de los resultados a otras poblaciones, el estudio aporta información contundente que pone de manifiesto la necesidad de políticas de salud pública orientadas a la prevención y tratamiento de la obesidad. Esto resulta aún más importante si tenemos en cuenta la tendencia actual de países occidentales a un aumento en la prevalencia de la obesidad y a dietas menos saludables. En España, en la última década, se ha observado un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la edad adulta, así como en los adolescentes (con unos niveles de sobrepeso de los más altos del mundo en esta población). Todo ello ocurre al mismo tiempo que la tendencia a una dieta cada vez más rica en grasas y productos lácteos (1).

Cabe plantearse qué medidas deberían llevarse a cabo para intentar solucionar este problema. A este respecto estudios recientes

ponen de manifiesto que los intentos de perder peso, independientemente del IMC obtenido, disminuyen la mortalidad en un 24 % (2). Hay que llevar a cabo estrategias de promoción de salud encaminadas a crear entornos favorables al ejercicio físico y la dieta sana que podrían reducir el impacto de la obesidad en la salud pública. En promoción de la salud, la evidencia indica con claridad que los enfoques de gran alcance que utilizan las cinco estrategias de Ottawa son los más eficaces; éstos son: creación de una política pública saludable, creación de entornos que apoyen la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios sanitarios (3).

Lourdes de la Rosa Raya Ortega

Ana Monroy Morcillo

Pilar González Carrión

Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

(1) Moreno LA, Sarriá A, Popkin BM. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *Eur J Clin Nutr* 2002;56: 992-1003.

(2) Gregg EW, Gerzoff RB, Thompson TJ, Williamson DF. Weight loss and death in overweight and obese U.S. adults 35 years of age and older. *Ann Intern Med* 2003;138: 383-389.

(3) Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2000.

## Caminar y hacer ejercicio físico intenso protegen a las mujeres posmenopáusicas de tener problemas cardiovasculares

Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML; Mouton CP, Oberman A, Perri MG, Sheps DS, Pettinger MB and Siscovick DS.

Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347:716-725.

### Objetivo

Examinar la magnitud de la asociación existente entre nivel y tipo de actividad física total e intensidad del ejercicio, y la incidencia de sucesos cardiovasculares.

### Diseño

Estudio prospectivo de cohortes, nacional y multicéntrico, desarrollado en los Estados Unidos. 73.743 mujeres posmenopáusicas, de entre 50 y 79 años de edad, incluidas –entre 1994 y 1998– en el Women's Health Initiative Observational Study. Se recopiló información sobre nivel de actividad física total, paseo-caminar, ejercicio vigoroso y horas de estar sentadas, como predictores de la incidencia de sucesos coronarios y total de sucesos cardiovasculares. La valoración de la actividad física en tiempo de ocio fue realizada mediante un cuestionario detallado sobre la frecuencia y duración de caminar y de otros tipos de actividades. Se calculó el gasto semanal de energía en equivalentes metabólicos (MET score) para caminar y para actividad física total. Anualmente se enviaron cuestionarios por correo y se revisaron los informes médicos, con técnica de ciego, para conocer datos de actividad física y estado de salud.

### Resultados

Durante 5,9 años de seguimiento se detectaron 345 nuevos casos de enfermedad coronaria y 1.551 sucesos cardiovasculares totales. El incremento en el nivel de actividad tuvo una asociación fuerte, gradual e inversa con el riesgo, tanto de sucesos coronarios como de sucesos cardiovasculares totales. Los resultados fueron similares en mujeres blancas y en negras. Las mujeres en los quintiles progresivamente más altos de gasto de energía, medida en equivalentes metabólicos (MET), tuvieron un riesgo relativo de sucesos coronarios, ajustado por edad, de 1,00; 0,73; 0,69; 0,68 y 0,47 respectivamente ( $p$  de tendencias  $< 0,001$ ). En el análisis multivariante, tras ajustar por edad, índice de masa corporal, grupo étnico, uso de tabaco, cociente cintura/cadera, consumo de alcohol, edad de la menopausia, uso de terapia hormonal sustitutiva, historia de hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, historia familiar de enfermedad del corazón, nivel educativo, nivel de ingresos y dieta, el gradiente inverso entre el nivel de MET y el riesgo de sucesos cardiovasculares continuó siendo importante, con riesgos relativos de 1,00; 0,89; 0,81 y 0,72 respectivamente ( $p$  de tendencias  $< 0,001$ ).

### Conclusiones

Caminar y hacer ejercicio físico vigoroso se asociaron con reducciones sustanciales en la incidencia de sucesos cardiovasculares entre mujeres posmenopáusicas, independientemente de la raza o grupo étnico, edad e índice de masa corporal. Caminar con paso ligero y estar pocas horas al día sentadas también fueron predictores de bajo riesgo. Estar sentada de manera prologada incrementa el riesgo cardiovascular.

Fuente de financiación: National Heart, Lung, and Blood Institute and a research contract from the National Institutes of Health.

Correspondencia: Dr. Manson at the Division of Preventive Medicine, Brigham and Women's Hospital, 900 Commonwealth Ave., Boston, MA 02215, (jmanson@rics.bwh.harvard.edu).

### COMENTARIO

Dada la morbilidad y la mortalidad que ocasionan las enfermedades cardiovasculares, su prevención sigue siendo un objetivo prioritario. Es conocido el incremento del riesgo de padecer estas enfermedades que se observa en las mujeres a partir de la menopausia, por lo que se ha planteado la necesidad de desarrollar programas de prevención primaria dirigidos a estos grupos de población. Si bien había sido demostrado que la actividad física regular reduce el riesgo cardiovascular en hombres y en mujeres en general, no existía evidencia sobre si este efecto era el mismo en el caso de mujeres posmenopáusicas. El estudio presentado es un trabajo potente, bien diseñado, en el que ha sido incluido un número importante de mujeres. La recogida de información ha sido bastante exhaustiva y han sido bien definidas las medidas de exposición y de resultados. Si bien podría plantearse como una posible limitación del estudio la evaluación de la actividad física mediante un cuestionario autocumplimentado (1), la magnitud de la asociación encontrada es tan importante que permite asumir el papel protector, tanto del caminar como del ejercicio físico vigoroso, frente a las enfermedades cardiovasculares. Este efecto parece tener lugar en mujeres de diferentes razas y permanece tras ajustar por un número importante de posibles variables de confusión, como ha sido descrito.

Estos hallazgos resultan muy interesantes por diferentes razones. Por una parte, cuando ha sido demostrado el riesgo que puede suponer para las mujeres el uso de terapia hormonal sustitutiva (2), es una buena noticia que el ejercicio físico, actividad no medicalizada, de bajo coste y exenta de riesgos, si se ajusta a las características de los usuarios, pueda ejercer un factor protector frente a estas enfermedades. Por otra, que el caminar tenga el mismo efecto que el ejercicio físico vigoroso facilita la generalización de las recomendaciones. El caminar es una actividad que puede beneficiar a toda la población, incluyendo personas para las que la realización de ejercicio más vigoroso podría estar contraindicado, tales como personas con fallo cardíaco (3) u otros problemas de salud. Además es previsible que la población mayor integre más fácilmente el caminar todos los días que el realizar otro tipo de ejercicio. Evitar el sedentarismo en la población en general, en la población mayor en particular y en las mujeres mayores de forma especial, resulta altamente necesario para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, pero también de otros problemas de salud como la osteoporosis.

**María José Rabanaque**  
Universidad de Zaragoza

(1) Rivet C. GAT type of exercise prevents cardiovascular disease in postmenopausal women? *JAMC* 2003; 168: 314.

(2) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in health postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 321-33.

(3) Piña IL, Apstein CS, Balady GJ, Belardinelli R, Chaitman BR, Duscha BD, Fletcher BJ, Fleg JL, Myers JN, Sullivan MJ. Exercise and Heart Failure. A Statement From the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention. *Circulation* 2003; 107: 1210-1225.

## La estrategia poblacional de prevención beneficia a los individuos y pretende lograr poblaciones más sanas

Rose G.

Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14:32-38 (Republicado en el *International Journal of Epidemiology* 2001; 30:427-432).

### Contexto histórico y enfoque del estudio

Geoffrey Rose (1926-1993), conocido por sus trabajos en el campo de la epidemiología y prevención cardiovascular, contribuyó al acercamiento de estas materias a los clínicos y propuso muy tempranamente un marco metodológico (1) para identificar las causas y los mecanismos de enfermar (2).

Frente a las preguntas iniciales de los clínicos ("¿Por qué este paciente tiene esta enfermedad en este momento?"), a las que suceden las que generará la intervención médica ("¿Cuál es el diagnóstico y el tratamiento?"); el autor se cuestiona "¿Qué ocurrió y si podía ser prevenido?". Es a partir de aquí que plantea el dilema metodológico entre el enfoque individual y el poblacional para analizar la causalidad.

### Contribuciones

Sobre la causalidad. Cuestionar la etiología en los *individuos* (causalidad de los casos) es distinto que hacerlo en las *poblaciones* (causalidad de la incidencia en la población). Cada país tiene individuos con hipercolesterolemia relativa y se puede investigar en genética y otras causas de las particularidades individuales. Pero si se quiere saber por qué un país tiene unas tasas de incidencia superiores a otro se tiene que analizar las características de la dieta nacional que conlleva a una elevación en la distribución del colesterol. ¿Cómo se rela-

cionan las causas de los casos con las causas de la incidencia? El autor propone controlar el efecto de la variación intra-poblacional y entre poblaciones, considerando el tiempo de exposición.

Sobre las estrategias de prevención. La *estrategia individual* identifica las situaciones de alto riesgo 'individual' y le ofrece una protección 'individual'. Mientras que la *estrategia poblacional*, considera un gran número de población en situación de bajo riesgo en relación con el pequeño grupo que está en situación de alto riesgo. Ambas alternativas tienen ventajas e inconvenientes en relación con el impacto, factibilidad, beneficio-riesgo y beneficio-coste, con sus defensores (3,4) y detractores (5).

### Conclusiones

Los estudios epidemiológicos centrados en los *casos* permiten identificar la susceptibilidad individual, pero fallan en la identificación de las *causas de incidencia* (orientación poblacional). La estrategia de prevención basada en los grupos de alto riesgo está en situación provisional y sólo tiene sentido si protege la susceptibilidad individual y solamente, también, mientras las causas de la incidencia se mantengan desconocidas o incontrolables. Realmente, muchas enfermedades continuarán precisando los dos enfoques metodológicos y la competencia entre ellos carece de sentido. El reto es descubrir y controlar las causas de la incidencia.

### COMENTARIO

La vigencia de este trabajo se debe al impacto y peso que los factores del entorno están adquiriendo como determinantes de la salud y del proceso de enfermar (3). Si bien la enfermedad cardiovascular sigue siendo una causa fundamental de muerte, aunque a edades más avanzadas y con unos patrones epidemiológicos completamente distintos a los establecidos en el siglo pasado; otras enfermedades como el cáncer (3) constituirán probablemente la causa principal de mortalidad alternativa, en un futuro próximo, manteniendo el interés del enfoque propuesto por el autor.

El estudio de los determinantes de la salud radica en comprender las fuerzas sociales, económicas y culturales subyacentes tras dichas tendencias y averiguar cómo producen sus efectos, sea cual sea el tipo de enfermedad. Sin embargo, la investigación aún continúa concentrando excesivamente su atención en los factores individuales y mayormente biológicos que pertenecen a la esfera de la conducta, evidenciándose una gran resistencia a identificar las condiciones ambientales y contextuales como agentes causales de enfermedad. El avance en técnicas analíticas integradoras de variables medidas a diversos niveles de agregación (análisis multinivel y modelos jerarquizados) permitirá recuperar el espacio que los estudios ecológicos perdieron aludiéndose a la falacia ecológica (4). Con todo, los avances de la genética replantean el valor de lo individual; el debate, pues, está servido y plantea cuestiones de fondo a los investigadores.

La actualidad aludida inicialmente también se mantiene para las estrategias de prevención en su sentido más amplio. Por consi-

guiente, mientras avanzamos en el debate anterior, no deberíamos obviar una consideración sobre la ética de la acción por lo conocido. De modo que a la insuficiente aplicación de instrumentos analíticos encaminados a identificar las desigualdades en salud, habría que añadir la falta de políticas pragmáticas para corregirlas. "Es necesario enfrentar con urgencia las razones políticas, económicas y sociales fundamentales que provocan las crecientes desigualdades en salud, en el seno de todos los países, ricos y pobres. Todos los profesionales de la salud tienen que reafirmar su compromiso de involucrarse en tales enfrentamientos. Los programas para mejorar la salud de la población tienen que promover una dimensión de salud eficaz que se refleje en políticas sociales, económicas y ambientales", promulga la Declaración de Toronto de 2002 (6). No nos engañemos, las causas de la inequidad en salud son hartamente conocidas.

Josefina Caminal Homar  
Universitat Autònoma de Barcelona

(1) Rose GA, Blackburn H. Cardiovascular survey methods. World Health Organization: Geneva, 1968.

(2) Rose GA. La estrategia de la medicina preventiva. Masson-Salvat Medicina: Barcelona, 1994.

(3) Evans RG, Barer ML, Marmor TR. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Díaz de Santos: Madrid, 1996.

(4) Silva LC. Lo individual y lo contextual en la búsqueda de factores etiológicos [Tribuna]. *Dimensión Humana* 2002; 6 (3): 117.

(5) Charlton BG. A critique of Geoffrey Rose's "population strategy" for preventive medicine. *J R Soc Med* 1995; 88:607-10.

(6) Declaración de Toronto 2002. International Society for Equity in Health [www.iseqh.org].

## Una cita con las referencias

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Si esperan que van a leer una vez más la cantinela sobre los errores en las referencias bibliográficas y lo que estos errores demuestran, sobre la necesidad de citar correctamente y en el formato adecuado, de citar únicamente aquellos artículos que hayan leído efectivamente, e incluir en sus trabajos sólo las referencias imprescindibles, siento decepcionarles. No es que vaya a abogar aquí por la mala práctica y el fraude; pero dejemos las grandes palabras para las grandes cosas. Las referencias bibliográficas son importantes sin duda –yo también pienso por cierto, como Robert A. Day, que en muchas ocasiones son lo mejor del artículo– pero los errores en las referencias no son tan importantes. Soy consciente de que con esta inocente afirmación me estoy exponiendo a severas críticas de colegas, pero qué quieren que le haga. En cualquier caso, aunque me ha sido imposible encontrar referencias que apoyen mi punto de vista, y muchas en cambio, debo reconocer, en el sentido contrario, espero demostrar que no es una afirmación gratuita. Veámoslo.

En primer lugar, una referencia correcta, incluso correctísima, no demuestra en absoluto que el autor haya leído el trabajo. Yo creo, permítanme ser malicioso, que más bien demuestra lo contrario, que no lo ha leído. Por eso es tan meticuloso a la hora de citar, para que no le pillen en falta. Y es muy probable que quien sí haya leído el artículo, se preocupe muy poco por la exactitud de la referencia. La razón de la exactitud es obvia: permitírnos recuperar esa referencia. Una de las definiciones más autorizadas de referencia bibliográfica reza así: “Conjunto de

elementos bibliográficos esenciales para la identificación de una obra literaria, documento o pieza bibliográfica a la cual se hace referencia” (1). Hay que decir sin embargo, que incluso cuando la exactitud no es del todo exacta, y salvo casos excepcionales que se citan con delectación a la primera oportunidad, casi siempre es fácil de identificar la referencia inexacta. Y hay que decir también, en justa correspondencia con lo anterior, que son pocos los autores que demuestran algún interés por recuperar las referencias de un artículo.

En segundo lugar, el argumento de que si no somos capaces de hacer bien lo fácil difícilmente vamos a ser capaces de hacer medianamente lo difícil, no comprendo como tiene tanto predicamento. La realidad demuestra más bien lo contrario. Y por lo que respecta a las referencias bibliográficas, algo que no preocupaba lo más mínimo a nadie hace apenas cincuenta años, debemos reconocer que hemos complicado un poco la cosa. ¡Hasta se escriben monografías sobre las referencias bibliográficas! (2). Por otra parte, los Requisitos de uniformidad, el estilo adoptado por una aplastante mayoría de publicaciones biomédicas, tal vez porque sea el más enrevesado y complicado de todos, que en otras cuestiones todavía deja un pequeño, pequeñísimo margen a la improvisación, en este asunto de las referencias es de una exhaustividad exasperante: desde un proyecto de ley a un artículo con fe de erratas, pasando por una patente o un archivo de ordenador, todo está previsto con su correspondiente ejemplo. Pero por si no lo sabían, la penúltima edición de los Requisitos ponía una coma

en lugar de punto y coma entre la editorial y la fecha. Imperdonable error que se corrige en la última edición. Así que si no han estado listos, pueden tener todas sus referencias mal. ¡Y por culpa de los Requisitos! Y en tercer y último lugar: ¿qué quiere decir que una referencia es imprescindible?, ¿imprescindible para qué?, ¿para que nos acepten el artículo?, ¿para apoyar, refutar, confirmar, o contradecir hipótesis o conclusiones?, ¿es que nuestra argumentación no se sostiene por sí sola y hemos de recurrir siempre a criterios de autoridad externos?, ¿por qué seguimos interpretando las referencias como si estuviéramos hablando del servicio doméstico?, ¿tiene buenas referencias?, y no como lo que propiamente son: fuentes de información que se citan y a las que se remite al lector, reconocimientos de deudas de pensamiento. Buscar errores en las referencias bibliográficas se ha convertido en un deporte que, no se sabe bien por qué, ha conseguido crear auténtica afición, algo así como ir a buscar setas al campo. Si conocemos los lugares donde mejor crecen (¿y quién no los conoce?) volveremos de la excursión con una buena provisión de ellas. La mayoría suelen ser setas pequeñas, insignificantes, insípidas; pero con un poco de suerte encontraremos algunas enormes, jugosísimas, que podremos enseñar con orgullo a nuestros colegas.

(1) Glosario ALA de Bibliotecología y Ciencias de la información. Madrid: Díaz de Santos, 1988.

(2) Arranz M. Estilo y norma en las referencias bibliográficas. Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut, 6. València: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1995.

## Información para los lectores

### Responsable Editorial

Fundación IISS  
 Ricard Meneu  
 C/ San Vicente 112, 3  
 46007 VALENCIA  
 Tel. 609153318  
 ricardmeneu@worldonline.es  
 iiss\_mr@arrakis.es

### Publicidad

Fundación IISS  
 Manuel Ridao  
 C/ San Vicente, 112, 3  
 46007 VALENCIA  
 Tel. 609153318  
 iiss\_mr@arrakis.es

### Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez  
 Paz Talens

### Suscripción anual

Normal: 40 Euros  
 Números sueltos: 15 Euros

### Números deteriorados y pérdidas

Los números deteriorados y pérdidas de distribución serán repuestos gratuitamente siempre que se soliciten en los 3 meses siguientes a la edición del correspondiente número.

Para su edición y difusión GCS tiene establecido un convenio con la **Fundación Salud Innovación y Sociedad**.

### Defensor del lector

Salvador Peiró  
 iiss\_mr@arrakis.es

### Protección de datos personales

De acuerdo con lo contemplado en la ley 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que los datos personales de los suscriptores forman parte del fichero automatizado de Gestión Clínica y Sanitaria.

Los suscriptores tienen la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud por escrito a:

Gestión Clínica y Sanitaria  
 San Vicente, 112-3ª  
 46007 Valencia.

### Objetivos

El objetivo central de GCS es la difusión de los nuevos conocimientos sobre gestión clínica y sanitaria mediante la selección y resumen de aquellos trabajos de investigación bien realizados y previsiblemente más útiles. Todas las secciones de GCS están abiertas a las colaboraciones de los lectores. Quienes quieran colaborar en cualquiera de las secciones, pueden contactar vía email con la Oficina Editorial (iiss\_mr@arrakis.es) o por cualquier otro medio de comunicación.

El procedimiento seguido en GCS es la revisión de una serie de revistas científicas, identificando los originales de mayor interés que son resumidos bajo un título ilustrativo. El resumen se acompaña de un comentario realizado por un experto, que intenta contextualizar la utilidad y limitaciones del trabajo revisado. La lista de publicaciones revisadas estará sujeta a cambios en función de la evolución de las propias revistas, las posibilidades del equipo editor y la incorporación de nuevos colaboradores.

### Criterios de selección

Todos los originales y revisiones publicados en revistas científicas son susceptibles de selección, siempre que se refieran a un tema de utilidad para la gestión clínica, de centros sanitarios o las políticas sanitarias.

En términos generales, se consideran criterios de calidad metodológica y, por tanto, de selección: los trabajos con asignación aleatoria de los participantes o de los grupos de comparación; con seguimiento superior al 80% de los participantes; que utilizan medidas de resultado de reconocida importancia; y cuyo análisis es consistente con el diseño del estudio. Los resúmenes en GCS deberían seguir –cuando sea posible– los estándares publicados sobre resúmenes estructurados, aunque pueden alcanzar hasta 450

palabras. El conjunto de resumen y comentario no debe superar las 750 palabras. El comentario debería señalar lo que aporta el trabajo seleccionado respecto al conocimiento previo, qué aspectos limitan su generalización y qué utilidad puede tener en el contexto español. Los envíos deberían hacerse vía email o mediante disquete, evitando dar excesivo formato al texto y en los procesadores de texto usuales.

### Publicidad

Los editores aceptan publicidad bajo la condición expresada por el anunciante de no contravenir la normativa legal ni los requerimientos legales sobre marcas registradas. Toda la publicidad está sujeta a su aprobación por los editores que evitarán especialmente la que consideren no compatible con los objetivos de GCS o sugiera discriminación por raza, sexo, religión, edad u otros motivos.

### Conflicto de interés

GCS es una publicación independiente. Su convenio con la Fundación Salud Innovación y Sociedad garantiza que ésta no interviene en ninguna de las fases del proceso de selección o tratamiento de los contenidos, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a los editores. De otro lado, los editores, las instituciones que dan soporte a GCS o el patrocinador no necesariamente comparten las opiniones expresadas en los textos de GCS.

### Copyright

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA-GCS es una marca registrada de la Fundación IISS. La reproducción de los contenidos de GCS no está permitida. No obstante, GCS cederá gratuitamente tales derechos para finalidades científicas y docentes.