

Editorial	
Autonomía y desigualdades en salud	127
Veinticinco tópicos sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios	132
El defensor del lector	
Conflicto de intereses e independencia en los resúmenes comentados de GCS	137
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
El singular, talón de Aquiles de los programas de gestión de casos y de enfermedades	138
La analgesia epidural tras resección colorrectal mejora la calidad de vida del paciente postoperado pero no acorta la estancia hospitalaria	139
Modos de ver	
Los países ricos difieren en la velocidad de difusión de los nuevos medicamentos contra el cáncer	140
Los países ricos difieren en la velocidad de difusión de los nuevos medicamentos contra el cáncer	141
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Coronariografía por TC: más razones para la precaución	143
La duda lleva al examen, y el examen a la verdad: El caso rosiglitazona	144
La disminución de la incidencia del cáncer de mama acompaña al descenso en la utilización de la terapia hormonal: ¿Se necesitan más pruebas?	145
Uso de la resonancia magnética en la evaluación de la mama contralateral en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama	146
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
El escaso valor de las radiografías de tórax preoperatorias	147
Compara (generalistas y especialistas), que algo queda	148
El uso apropiado de la colonoscopia. Herramientas para mejorar la adecuación en el uso de las tecnologías sanitarias ..	149
Evaluación económica, eficiencia, costes	
Evaluación económica de un ensayo clínico aleatorio del tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes	150
Eficiencia, incertidumbre y disponibilidad de terapias alternativas explicarían las decisiones del NICE	151
Utilización de servicios sanitarios	
El santo y la limosna: la atribución de los beneficios de las intervenciones sanitarias y los cambios en factores de riesgo ..	152
Gestión: instrumentos y métodos	
Pagos asociados a la adhesión a recomendaciones basadas en la evidencia pueden afectar positivamente la provisión de cuidados de alta calidad	153
A vueltas con los visados. Una revisión sistemática	154
El Cuadro de Mandos Integral ayuda a una mejor gestión de las organizaciones	155
Política sanitaria	
El conocimiento del precio de los medicamentos: Una asignatura pendiente	157
Comparación del desempeño del sistema sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal	158
Políticas de salud y salud pública	
De cómo conseguir que las personas caminen	159
Antes de que la muerte nos iguale... hay bastantes diferencias en salud	160
Echarse una siesta de media hora tres veces por semana antes de jubilarse: una prescripción higiénica	161
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Los servicios de Atención Primaria son percibidos como un obstáculo por parte de las mujeres que demandan una interrupción voluntaria del embarazo	162
Índices del volumen 9 (2007)	163

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)
 Rosa Urbanos Garrido (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 Asua (Bilbao)
 Adolfo Benages (València)
 Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
 Lluís Bohigas (Barcelona)
 Bonaventura Bolívar (Barcelona)
 Francisco Bolumar (Alcalá)
 Eduardo Briones (Sevilla)
 Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
 Juan Cabasés Hita (Pamplona)
 Carlos Campillo (Mallorca)
 Jesús Caramés (Santiago)
 David Casado Marín (Barcelona)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castells (Barcelona)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Anna García Altés (Barcelona)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gérvas (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regás (Barcelona)
 Jokín de Irala Estévez (Pamplona)
 Puerto López del Amo (Granada)
 Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
 Susana Lorenzo (Madrid)
 Manuel Marín Gómez (València)
 Javier Marión (Zaragoza)
 Juan Antonio Marqués (Elix)
 José Joaquín Mira (Alacant)
 Pere Monrás (Barcelona)
 Jaume Monteis (Barcelona)
 Carles Murillo (Barcelona)
 Juan Oliva (Madrid)
 Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
 Olga Pané (Barcelona)
 Pedro Parra (Murcia)
 Josep Manel Pomar (Mallorca)
 Eduard Portella (Barcelona)
 Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
 Octavi Quintana (Bruselas)
 Enrique Regidor (Madrid)
 Marisol Rodríguez (Barcelona)
 Pere Roura (Barcelona)
 Montse Rué (Cambridge, EE.UU.)
 Ramón Sabés Figuera (Londres)
 Ana Sainz (Madrid)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Serapio Severiano (Madrid)
 Ramón Sopena (València)
 Bernardo Valdivieso (València)
 Juan Ventura (Asturias)
 Albert Verdaguer 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
 Lancet
 Medical Care
 Medical Care Review
 Medical Decision Making

Medicina Clínica (Barcelona)
 New England Journal of Medicine
 Quality and Safety in Health Care
 Revista de Administración Sanitaria
 Revista de Calidad Asistencial
 Revista Española de Salud Pública
 Revue Prescrire
 Social Science & Medicine

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

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

Oficina editorial

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

Imprime

Artes Gráficas Soler, S. L.
 www.graficas-soler.com

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

Autonomía y desigualdades en salud

José Jesús Martín Martín

Universidad de Granada

En el año 1953, un equipo de investigadores seleccionó dos grupos de chicos, con características homogéneas: 11 años de edad, varones, blancos, protestantes, de clase media, que no se conocían previamente, y los llevaron a dos campamentos de verano en el parque estatal Roberts Cave en el estado de Oklahoma. El objetivo del proyecto era analizar el proceso de formación y cristalización de grupos humanos. Al principio ninguno de los dos grupos conocía la existencia del otro. Después de dos días se les informó de la existencia de otro campamento de chicos. De forma inmediata surgió la rivalidad y la competencia entre ellos que rápidamente derivó en una violenta enemistad que incluía actos vandálicos, asaltos al otro campamento, insultos y robos. El experimento tuvo que detenerse cuando los investigadores observaron que uno de los grupos preparaba una represalia armándose con piedras. Uno de los resultados más interesantes del estudio es el surgimiento progresivo de una cultura específica en cada grupo en oposición y antagónica a la del otro (1).

Es posible que el sentido de pertenencia se construya frente y en oposición a los otros, dándole la vuelta a la ecuación clásica que supone que son las diferencias culturales las que dan origen a las identidades colectivas. La investigación etnográfica apunta en esa dirección, los malayos llegaron a identificarse como tales a partir de la llegada de los chinos, los hindúes no se enteraron de que lo eran hasta que los británicos los definieron como tales en el siglo XIX, identidad que se reforzó en oposición a los musulmanes del sur de Asia (2).

Esta construcción de la identidad colectiva a partir de la hostilidad al otro, es una emoción profunda que debió seleccionarse como rasgo adaptativo exitoso en la prehistoria de la humanidad, durante los miles de años de vagabundeo nómada en la sabana africana. Probablemente, al igual que nuestro desmedido gusto por el azúcar y lo dulce, haya dejado de ser funcional pero eso no evita que exista. La construcción histórica de los modernos estados-nación en los tres últimos siglos se ha hecho con frecuencia contra los otros, jalonando el calendario de guerras, muerte y destrucción.

Los sentimientos de identidad y pertenencia crean sin duda lazos profundamente enriquecedores entre sus miembros, disminuyen los costes de transacción de los intercambios y posibilitan el altruismo de grupo. Sin embargo, como ha señalado Amartya Sen (3) (2006) puede excluir a mucha gente mientras abraza cálidamente a otros, el don de la inclusión va de la mano de la desgracia de la exclusión.

En España el problema identitario se ha apoderado de la agenda política y amenaza con afectar seriamente el modesto Estado del Bienestar con el que nos hemos dotado en las últimas décadas. En sanidad el problema es complejo, pues se trata de conciliar el binomio igualdad-autonomía. El actual modelo de descentralización de competencias a todas las Comunidades Autónomas (CCAA) muestra crecientes desajustes, y la pasión por la corrección de las desigualdades parece circunscribirse a cada Comunidad Autónoma (CA), mientras paralelamente cada una busca y construye señales de identidad en confrontación y emulación con otras o con el sentimiento identitario español. Si se me permite la comparación, como en los campamentos de verano en el parque estatal Roberts Cave.

El juego de la escalada

A partir de la transición, los españoles hemos dejado atrás siglos de conflictos y decadencia, gracias a la liberación de las energías sociales y humanas que generó el alumbramiento de la democracia, nuestra integración en Europa y en el euro, y el extraordinario alisamiento –al menos hasta ahora– de los ciclos económicos, consecuencia de la globalización. Nunca antes habíamos vivido mejor, y sin duda, muchos han pensado cuando menos exagerada la descripción de Macbeth de la vida como “un cuento contado por un idiota, repleto de ruido y furia”. La construcción del Estado de las Autonomías ha jugado un papel fundamental en nuestra mejora colectiva de bienestar. Sin embargo, los éxitos del presente no deben ocultar ni los problemas históricos que arrastramos, ni los desafíos e incertidumbres del futuro. La articulación territorial del Estado es probablemente la principal, ya puesta de manifiesto en la ambigüedad del título octavo de la Constitución, que más que solucionar el problema ha permitido convivir con él... que no es poco.

En el año 2001 el Gobierno del Partido Popular diseñó una estrategia orientada a “cerrar” el diseño territorial mediante una Ley de financiación autonómica, que integraba la financiación sanitaria en la financiación autonómica general, y un proceso precipitado de transferencias generalizadas de las competencias sanitarias a las 10 CCAA que aún carecían de ellas. El acuerdo fue aprobado con la práctica unanimidad de las fuerzas políticas y autonómicas. En apenas seis años hemos pasado del objetivo político de “cerrar” el diseño del Estado de las

Autonomías a una de las situaciones más abiertas e inciertas desde el final de la transición. La reforma del Estatuto de Autonomía Catalán ha provocado un proceso de emulación en otras CCAA que no sólo se traduce en la búsqueda de identidades colectivas con expresiones más o menos afortunadas: nación, nacionalidad, realidad nacional, carácter nacional..., sino que busca las máximas cotas de autogobierno. Esta carrera por recursos y competencias entre CCAA va pareja al resurgir de una ideología nacionalista de corte identitario y esencialista, similar al pensamiento profundamente conservador que alimentó la efervescencia de los nacionalismos vasco y catalán después del desastre del 98.

Estamos sumidos en una carrera por el estatus autonómico, lo que se conoce como el “juego de la escalada” o la carrera de la Reina Negra en honor de la afortunada descripción que del fenómeno hizo Lewis Carroll: “Aquí como ves –dijo la Reina–, se ha de correr a toda marcha simplemente para seguir en el mismo sitio. Y si quieres llegar a otra parte, por lo menos has de correr el doble de rápido”. En esas estamos, instalados en el mito y la creencia de que descentralizar más es siempre mejor, y nunca debemos tener menos competencias que otros. En el camino estamos afectando las posibilidades del Estado para garantizar una red de seguridad mínima y homogénea que proteja a las personas de la enfermedad, la pobreza, la exclusión social y las angustias e incertidumbres de la vida, al menos, desde el Cabo de Gata hasta Pirineos.

Existen algo más que síntomas de que en algunos aspectos nos estamos equivocando, por ejemplo la polémica de la propiedad de las cuencas fluviales y los ríos, la militarización de la Protección Civil a nivel estatal, con la creación de las Unidades Militares de Emergencia, ante la dificultad del Estado de intervenir directamente en una catástrofe por falta de competencias, son ejemplos algo más que anecdóticos de desajustes en el diseño institucional autonómico. En política sanitaria, tampoco estamos escasos de ejemplos de una descentralización que no ha ido acompañada de instituciones efectivas de coordinación. Carecemos de mecanismos efectivos de planificación y coordinación de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), mantenemos un fraccionamiento ineficiente de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, no existe un sistema de información sanitario a nivel del Estado, los sistemas informáticos de los distintos Servicios de Salud son incompatibles entre sí, las Tarjetas Individuales Sanitarias sólo sirven (cuando sirven) en cada CA sin que existan bases de datos integradas de las mismas, las políticas de salud pública están excesivamente parceladas, los problemas de eficiencia son comunes y similares en todos los Servicios de Salud, las insuficiencias financieras son la norma histórica y no la excepción, y junto a todo esto, y no menos importante, los mecanismos para garantizar un mínimo de igualdad en el conjunto del SNS son insuficientes.

No deja de ser paradójico que mientras el planeta, con

nuestra inestimable ayuda, se despeña en un cambio climático de imprevisibles consecuencias sobre la vida y la salud de las poblaciones humanas, lo que exigiría instituciones globales de gobernabilidad para producir y gestionar bienes públicos a escalas superiores a los Estados-nación, debido a economías de escala y externalidades territoriales, en España estemos inmersos en un proceso de deconstrucción del Estado, bajo la falacia de que más autogobierno es siempre mejor. No es cierto, y en sanidad tampoco.

Financiación autonómica de la sanidad

El actual modelo de financiación de la sanidad presenta cambios importantes sobre el periodo anterior. En primer lugar, la pérdida del carácter finalista que hasta entonces había tenido la financiación sanitaria que se integra en el modelo general. La principal consecuencia es la dificultad que desde entonces tiene el Estado para garantizar un volumen mínimo de gasto sanitario por CA. A pesar del acuerdo casi unánime que esta medida suscitó, la pérdida del “poder de gasto finalista” en sanidad es una cuestión excepcional en el análisis comparado de sistemas sanitarios, incluso en países de corte federalista, donde el Estado retiene bajo su control flujos financieros importantes que asigna directamente (4) para garantizar unos mínimos de cobertura y prestaciones, y controlar en determinados límites las desigualdades sanitarias.

No habían transcurrido tres años del acuerdo de financiación autonómica, logrado con un amplio consenso de las fuerzas políticas, cuando tuvo que acometerse su primera modificación, consecuencia de la generación de un nuevo déficit sanitario. En este sentido la aprobación de un conjunto de medidas para afrontar el déficit generado en la financiación de la sanidad pública como conclusión de las medidas analizadas en la II Conferencia de Presidentes, no es sino el último episodio de una historia recurrente de saneamientos financieros. El acuerdo supone repartir entre las CCAA 1.677 y 1.777 millones de euros entre los años 2006 y 2007 respectivamente, repartidos en diversos fondos, el incremento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco y una mayor capacidad normativa de las CCAA en los impuestos indirectos sobre hidrocarburos, matriculación de vehículos y electricidad.

Nada garantiza, sin embargo, que este incremento de recursos sea destinado a sanidad, dada la incapacidad del Estado para obligar a ello a las CCAA. Cada CA en principio, puede gastar esos recursos donde más estime conveniente, favoreciendo, por ejemplo, reducciones fiscales atractivas electoralmente, o derivando total o parcialmente los nuevos recursos a otros servicios públicos. Fascinante.

Un segundo aspecto a tener en consideración es la desaparición de cualquier criterio discernible de necesidad sanitaria, lo que supone renunciar a cualquier principio

ético de justicia distributiva por discutible que sea, y dejarlo todo condicionado al resultado de las negociaciones. Dicho de otro modo, lo que importa no son las ideas que se tengan sobre la igualdad expresada en una cierta medida de necesidad sanitaria (entre otros elementos que caracterizan un modelo de descentralización) sino el acuerdo y el consenso al coste que sea. El resultado de la negociación fue la utilización de hasta tres criterios diferentes de definir la necesidad sanitaria, es decir ninguno común.

En tercer lugar, las deficiencias de los mecanismos de nivelación son importantes. Específicamente en el subsistema sanitario, las Asignaciones de Nivelación tal como están configuradas en la ley 21/2001 tienen pocas posibilidades de ser llevadas a la práctica. Por su parte, el Fondo de Cohesión Sanitaria es insuficiente si su objetivo es actuar como un mecanismo efectivo de cohesión y corrección de desigualdades en el SNS. La multiplicidad de objetivos establecida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS complica la gestión, y además la dotación presupuestaria anual queda al albur del proceso anual de negociación presupuestaria, siendo previsible que el volumen de fondos para corregir desigualdades y fortalecer la cohesión del SNS sea magro y escaso.

Finalmente conviene reseñar las dificultades de la Ley de Cohesión y Calidad para hacer honor a su nombre. El consenso puede tener altos costes colectivos, propiciando una legislación retórica, vaga y ambigua, que en definitiva no define las competencias entre el Gobierno central y el de las CCAA (5) aunque disminuye de forma notable los costes de transacción políticos de los agentes implicados. Un ejemplo relevante es el funcionamiento del Consejo Inter-Territorial del SNS. De las 20 reuniones celebradas entre enero de 2002 y marzo de 2007, 7 han sido normales, 3 de bloqueo y las 10 restantes de escenificación mediática de las diferencias (6).

Asistimos a un deterioro y degradación de los mecanismos institucionales de cohesión e igualdad entre ciudadanos en España. Las clases políticas regionales surgidas a la sombra del modelo autonómico tienen fuertes incentivos para desarrollar perímetros jurídicos de exclusión para los no residentes en su territorio, como mecanismo de galvanización interna y creación de sentimientos de pertenencia. Este proceso liderado por las fuerzas nacionalistas en las CCAA consideradas históricas, ha impregnado profundamente a las élites políticas territoriales de los partidos políticos estatales en una dinámica de emulación de estatus cuya finalización no se dibuja en el horizonte (7).

Desigualdades sanitarias

La igualdad de acceso está estrechamente relacionada con la distribución geográfica de la oferta, y ésta con la utilización. La desigualdad en la distribución de la oferta entre CCAA está sólidamente contrastada (8, 9, 10),

mostrando diferencias significativas en atención primaria y especializada, oferta privada no benéfica, dotaciones de aparatos de alta tecnología y oferta geriátrica y de psiquiatría.

No obstante, los servicios sanitarios son sólo un *input* de un proceso mucho más complejo y en buena medida a un desconocido que es la producción de salud (11, 12). El principal determinante de las desigualdades de salud es la desigualdad social: las diferencias de renta y educación importan y condicionan mucho tanto los años de vida como la calidad de la misma. Un sistema fuertemente descentralizado no sólo en sanidad sino en la mayor parte de las políticas sociales puede tener dificultades para abordar objetivos de justicia y reducción de desigualdades no sólo intraterritorialmente, sino entre territorios, dado que la distribución de analfabetismo, pobreza y marginación no es homogénea entre las CCAA.

Existe evidencia de que las desigualdades de salud entre CCAA persisten e incluso tienen a aumentar. Según el informe de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (13) en 1991 Andalucía con 76,0 años junto a Canarias (76,0 años) y Ceuta y Melilla (74,3 años) eran las CCAA con menor esperanza de vida, siendo la esperanza de vida al nacer en España de 76,9 años. En el año 2002, la esperanza de vida al nacer en España era de 79,7 años mientras Andalucía con 78,4 años junto a Canarias (78,6 años) y Ceuta y Melilla con (78,1 años) siguen siendo las CCAA con menor esperanza de vida. En el año 2000, la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) al nacer en España era 70,7 años ocupando Murcia con 67,7 años y Andalucía con 67,9 años las últimas posiciones entre las CCAA. La EVLI a una edad *x* indica el promedio del número de años libres de incapacidad que aún restan por vivir a una persona de esa edad *x* hasta su fallecimiento. Por su parte la EVBS a una determinada edad *x* representa el número medio de años que, en buena salud, restan por vivir a una persona de esa edad hasta su fallecimiento. La diferencia con la EVLI es que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva que los sujetos tienen del estado de salud, en lugar de ponderarlos por la incapacidad. La esperanza de vida en buena salud (EVBS) era para España en el año 2002 de 55,1 años, siendo Canarias (47,5 años), Galicia (48,6 años) y Asturias (50,9 años) las CCAA situadas en el furgón de cola.

Recientemente Montero, Jiménez y Martín (14) han analizado el grado de convergencia en salud entre las CCAA. Utilizando como variables la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, y empleando modelos económicos de convergencia beta y sigma, concluyen que en el período analizado (1981-2002) no se ha producido convergencia en salud.

Las grandes enfermedades asesinas de los países desarrollados están correlacionadas con la desigualdad social. En España los indicadores de morbilidad parecen seguir un patrón de desigualdad Noreste-Suroeste. El Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (15) establece con claridad un gradiente acusado norte-

sur para la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en España con el 34% de los fallecimientos en el año 2002, Canarias y Andalucía con un 40% y 25% de mortalidad superior a la de España ocupan las últimas posiciones (13). Aunque de menor importancia en términos absolutos, la mortalidad por diabetes mellitus sigue también un claro patrón norte-sur que tiene nuevamente en Canarias y Andalucía sus peores resultados con una mortalidad un 73% y un 51% superior respectivamente a la media de España.

Estos resultados no establecen a priori una relación directa entre la eficiencia del sistema sanitario de una CA y sus resultados en salud, dada la multicausalidad de éstos y la influencia del gradiente social y económico. No obstante, ciertos tipos de desigualdad en salud entre CCAA sí pueden atribuirse a determinadas políticas sanitarias. Por ejemplo, los programas públicos de salud bucodental infantil iniciados hace 15 años en Navarra y en el País Vasco son la causa de la diferente evolución de las caries infantiles entre los dos territorios forales y el resto de España (16). El motivo por el que otras CCAA no iniciaron estos programas en esa época puede ser no tanto la falta de interés o sabiduría, como el alto coste de los mismos que tanto Euskadi como Navarra pueden asumir mejor debido a su favorable sistema de financiación territorial.

No enferman los territorios, enferman y mueren las personas. La desigualdad en salud está relacionada con la desigualdad social. En todas partes hay excluidos pobres y marginados, pero en unos territorios hay más que en otros. Un sistema de financiación, y un marco de regulación que prácticamente impide que el Estado intervenga con políticas diferenciales para ayudar a los que más lo necesitan, puede conducir en términos dinámicos a la paradoja de que algunas CCAA practiquen políticas de intervención efectivas y bien dotadas para disminuir la morbi-mortalidad de sus residentes más necesitados, mientras otras CCAA porque no pueden (financieramente) o no quieren (preferencias políticas) no lo hacen. El Estado debería disponer de instrumentos eficaces para mantener las desigualdades de oferta, acceso y salud entre ciudadanos dentro de ciertos rangos para facilitar la cohesión social. Ahora no dispone de esos instrumentos. Necesitamos repensar el papel del Estado en el SNS, para dotarlo de mecanismos adecuados que garanticen un mínimo de igualdad, y una atención preferente por los desfavorecidos residan donde residan.

Propuestas

Un SNS fuertemente descentralizado como el español se enfrenta al problema de conciliar los objetivos de suficiencia, autonomía e igualdad. En el momento actual, el grado de cumplimiento de estos objetivos es insuficiente. El "juego de la escalada" que ha generado el

proceso de reforma del Estatuto de Cataluña, y el énfasis en la relación bilateral con el Estado amenaza con debilitar aun más el principio de igualdad de acceso entre los ciudadanos con independencia de la CA de residencia, y la coordinación sensata del sistema. La próxima y compleja negociación para definir un nuevo modelo de financiación en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que va a convertir en un juego de niños el actual "sudoku" para cerrar los Presupuestos Generales del Estado para el 2008, debería neutralizar este peligro. Algunos elementos que pueden contribuir al debate se apuntan a continuación. (Para un análisis de distintos tipos de propuestas véase Sevilla (17), Repullo y Oteo (18), González y Barber (16), López Casanovas (19), Lagos (20), Martín (21), Ferraro et al (22), Rey y Rey (4), Martínez y Sánchez (23), Cabasés et al (24).)

Debe definirse la necesidad sanitaria de forma común a todas las CCAA, sin oscuras alquimias en que cada cual incorpora las variables que mejor le van, y sin "menús a la carta" como en el modelo actual. El ajuste por envejecimiento es arbitrario en tanto ignora otros factores causales de necesidad sanitaria. La vuelta al criterio per cápita sin ajustar como establece la Ley General de Sanidad sería probablemente la mejor opción. Recientes estudios le dan soporte empírico (14).

El Fondo de Cohesión Sanitaria no es un instrumento adecuado para garantizar políticas de igualdad y corrección de desigualdades, su papel debería restringirse a pago para pacientes desplazados. Una alternativa es la creación de un Fondo de Igualdad del SNS de carácter estatal, cuyos recursos se utilizarían para financiar políticas de salud orientadas fundamentalmente a la corrección de desigualdades y a la lucha contra los principales causantes de la morbi-mortalidad en España: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc. (23). Se financiaría con recursos fiscales de carácter finalista para garantizar la suficiencia dinámica, existiendo tres opciones básicas: Un recargo sobre el IRPF, sobre impuestos indirectos de naturaleza pigoviana (alcohol, tabaco, grasas, alimentos hipercalóricos, etc.) o una garantía de crecimiento interanual vinculada a un indicador predefinido como el PIB nominal. El Fondo de Igualdad sería gestionado por una agencia con personalidad jurídica propia y autonomía en la que estarían representados las CCAA y el Gobierno Central. Esta opción permitiría al Estado intervenir directamente en toda España en función de planes previamente definidos, y recuperar cierto poder de gasto y orientación de políticas como sucede en otros países (4).

La suficiencia financiera dinámica debe ser creíble. La tasa mínima de crecimiento debería fijarse en relación al crecimiento del PIB nominal. El sistema de financiación autonómico debería reforzar las garantías para que cada CA utilice los recursos sanitarios de forma finalista.

La ausencia de un sistema de información integrado del SNS ha llegado a una situación que sólo cabe calificar de lamentable, a pesar de los esfuerzos que ha realizado en los últimos años el Ministerio de Sanidad. La infor-

mación sanitaria es un bien público puro, que debe producirse al nivel y calidad adecuada, evitando tanto el parasitismo oportunista (*free-rider*) como el riesgo moral (*moral hazard*) a nivel organizativo e institucional. La creación de una Agencia de Información Estatal con personalidad jurídica propia y participación de las CCAA y el Ministerio de Sanidad y Consumo podría ser la solución y, al menos al principio, podría financiarse con el Fondo de Igualdad. Debe poder penalizarse a las CCAA que incumplan en este sentido el principio de lealtad institucional. Es urgente disponer de una política estratégica integrada de salud pública a nivel estatal, que impida rupturas unilaterales de una CA sobre cuestiones que generen externalidades negativas sobre las poblaciones de otras CCAA, como por ejemplo la política de vacunaciones. Esta política debe así mismo desarrollar estrategias para minimizar los efectos negativos del cambio climático en la salud (25).

Para impedir que las desigualdades de oferta se traduzcan en desigualdades de acceso y uso el mejor camino, como proponen Beatriz González y Patricia Barber (16), es protocolizar la atención sanitaria mediante guías clínicas a nivel nacional, y la creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías, inspirada en el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) inglés.

No se trata de volver a centralizar, ni a enfrentar sentimientos identitarios entre sí, sino de conservar lo que merezca ser conservado (por ejemplo las competencias sanitarias) y reformar lo que no funciona (el papel del Estado como garante de la igualdad en sanidad). Es una necesidad urgente si no queremos desandar parte del camino recorrido, y convertir al SNS, uno de los pilares del Estado del Bienestar español, en un enfermo terminal. Aunque algunos no lo crean, perderíamos todos. Necesitamos estabilizar las líneas de defensa de una ética cosmopolita en salud que anteponga lo que nos iguala (todos somos *humanes*, que diría Jesús Mosterín) a lo que nos separa (sentimientos identitarios). Debemos ser capaces de combinar diferencias (autonomía) e igualdad (equidad) mejorando el bienestar colectivo de todos, y no sólo de algunos, individuos o territorios. Al fin y al cabo, igualdad y diferencia son dos caras de la misma moneda, dos conceptos que se definen uno en referencia al otro, la diferencia es sólo la sombra de la igualdad, y la igualdad, únicamente la sombra de la diferencia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Muzafer Sheriff, O.J. Harvey, B. Jack White, William R. Hood y Carolin W. Sherif (1988): *The Roberts Cave experiment: intergroup conflict and cooperation*, Middletown, Wesleyan University Press.
- (2) Appiah KA (2007): "Las exigencias de la identidad". *Claves de razón práctica*, núm. 172: 18-25.
- (3) Sen, Amartya (2006): *Identity and violence: the illusion of destiny*. Norton & Company Ltd. New York.
- (4) Rey P, Rey J. (2006): La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. *Documento de trabajo 100/2006*. Fundación Alternativas.
- (5) Rey del Castillo J, (2003): Una propuesta alternativa para la coordinación del SNS español. Fundación Alternativas; documento de trabajo 9/2003.
- (6) Repullo Labrador JR, (2007): "Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del SNS". *Ciudadanía Sanitaria* Vol. 15, Extraordinario Foro SESPAS-AJS: 11-26.
- (7) Gil Calvo E (2007): "La deriva autonómica". *Claves de razón práctica*, núm. 172: 26-36.
- (8) Rivera B, Currais L. (2003): "Oferta sanitaria". En: *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Anexo IV.
- (9) González B, Urbanos RM, Ortega P. (2004): "Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas". *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl 1):82-9.
- (10) Martín AM, Martín JJ, López del Amo MP. (2006): *Oferta Sanitaria por comunidades autónomas*. Mimeo.
- (11) Evans R, Barer M, Marmor T. (editors). (1994): *Why are some people healthy and other not? The determinants of health of populations*. Aldine De Gruyter, The Cork.
- (12) Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. (2005): "The Determinants of Mortality". Massachusetts: National Bureau of Economic Research, Inc. *NBER Working Papers* 11963. Disponible en: <http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/11963.html>
- (13) Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): *La Salud de la población española en el contexto europeo del Sistema Nacional de Salud*. Indicadores de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (14) Montero R, Jiménez JD y Martín JJ. (2006): "Estimation of an index of regional health needs in Spain using count regression models with filter". *Health Policy*. In Press.
- (15) Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín I, Benach N, Español E, Martínez JM y Daponte A. (2001): *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España* (1987-1995), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- (16) González López-Valcárcel B y Barber Pérez P. (2006): "Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España". Madrid: Fundación Alternativas. *Documento de trabajo*: 90.
- (17) Sevilla JV. (2005): *Financiación autonómica. Problemas y propuestas*, Madrid, exlibris ediciones. (Sevilla JV. (2006): "La financiación autonómica después del nuevo estatuto de Cataluña". En: *Un balance del estado de las autonomías*. Colección estudios socioeconómicos. Fundación Cajamar. Edita Caja Rural Mediterránea, pp. 221-36.
- (18) Repullo JR, Oteo LA. (editores) (2005): *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, José Ramón Repullo y Luis Ángel Oteo (editores), Barcelona, Ariel Sociedad económica.
- (19) López G. (2006): "Descentralización sanitaria de segunda generación", *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*, pp. 79-90, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces, Consejería de Presidencia, Junta de Andalucía.
- (20) Lagos S. (2006): "La evolución del gasto sanitario: situación comparada y distribución territorial", *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*, pp. 229-244, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces, Consejería de Presidencia, Junta de Andalucía.
- (21) Martín JJ. (2006): "Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad". En: *Un balance del estado de las autonomías*. Colección estudios socioeconómicos. Fundación Cajamar. Edita Caja Rural Mediterránea. p. 385-404.
- (22) Ferraro FJ (coordinador) (2006): *Un balance del estado de las autonomías*. Colección estudios socioeconómicos. Fundación Cajamar. Edita Caja Rural Mediterránea.
- (23) Martínez D, Sánchez J. coordinadores (2006): *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*. Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía.
- (24) Cabasés JM, Cantarero D, Aguilera JD, Martín JJ, Montero R, Urbanos R, Sánchez J. (2006): *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA Ediciones.
- (25) Ballester F, Díaz J, Moreno JM. (2006): "Cambio climático y salud pública: escenarios después de entrar en vigor el Protocolo de Kioto" *Gaceta Sanitaria* 20 (Supl 1): 160-74.

Veinticinco tópicos sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios

Guillem López i Casanovas

Centre de Recerca en Economia i Salut
Universitat Pompeu Fabra

Propósito

Este texto tiene como objetivo contravenir algunos prejuicios, tópicos ideológicos y concepciones teóricas deficientemente fundadas, aunque muy extendidas, acerca de lo que se puede entender por equidad e inequidad en los servicios públicos y, en particular, en los relativos al mundo de los servicios sanitarios y así, en parte, en la salud. La cuestión es demasiado importante para que se acepten sin más en razón del “buenismo” comprensible que envuelve un sector tan importante en el bienestar colectivo y que tan directamente entra en los juicios de los ciudadanos que experimentan la enfermedad y los cuidados que a ésta se asocian.

Los comentarios críticos son presentados de modo resumido y escueto. No identifican autores concretos pero sin duda el lector los puede haber leído por sí mismo y, quizás, los apartados que siguen puedan recordar algunos de ellos. En cualquier caso, la virtualidad pretendida no es tanto ejercer la crítica como mostrar lugares comunes a evitar o a investigar su aceptación o rechazo con mayores bases empíricas y menores prejuicios. No se pretende ser exhaustivo (hablar de salud en propiedad requiere analizar algo más que financiación, recursos y actividad asistencial, tales como vivienda, condiciones de vida, salud laboral, urbanismo, mercado de trabajo etc.), sino que, a guisa de ejemplo, se señalan lo que a juicio del autor son los tópicos más destacados.

Consideraciones iniciales

Es fácil navegar en el mar de los eufemismos y estar perdidos en destino: universalidad, gratuidad, igual atención médica independientemente del lugar de residencia y de la capacidad económica, de individuos o colectivos... son términos cómodos para pivotar un discurso, pero poco útiles para especificar cartas astrales. Sin brújula bien imantada técnicamente, puede resultar en aguas procelosas donde dominen algunos piratas de la política.

Todos estamos preocupados por algunas desigualdades sociales, y en salud en particular; pero los calificativos cuentan mucho a la hora de saber orientar recursos a objetivos. Así a la hora de corregir desigualdades en términos de: (i) garantías de acceso en cobertura o en utilización, (ii) en servicios asistenciales que se desean “prácticamente” universales y “básicamente” gratuitos (los adverbios aquí importan, porque cabrá en algún momento precisar sus límites), (iii) con gratuidad entendida como independencia de los ingresos del individuo o de su capacidad de pago (la disyuntiva aquí es relevante ya que con lo segundo nos estamos refiriendo a una renta neta más allá de los mínimos vitales, y así sin coste de oportunidad alguno sobre otras partidas básicas de gasto), (iv) igualdad en acceso o consumo a igual “necesidad” (identificando “igua-

les” para ser tratados igual –equidad horizontal), (v) siendo la “necesidad” estandarizada según utilización observada o neutralizando en ella la innecesaria (“normando” pues la necesidad), (vi) bajo un criterio de adecuación que remita la utilización innecesaria a la financiación privada voluntaria o que la mantenga financiada pública y coactivamente, (vii) de “no necesidad” por exceso o por defecto respecto de una mejor práctica, (viii) con sobreutilización iatrogénica o de escasa efectividad pero no dañina, (ix) a través de servicios que afectan con distinta eficacia ya sea a la salud o a sus percepciones subjetivas, (x) objetivables en sus componentes de morbi-mortalidad o de calidad de vida, (xi) resultado dicho consumo en todo o en parte de unas decisiones más o menos imputables a la responsabilidad individual (por aquello de la equidad vertical, para que los que acabemos considerando desiguales no reciban tratamientos desiguales, eligiendo a la carta a qué categoría de desiguales quieren pertenecer) y de (xii) identificar una distinta capacidad de beneficiarse de modo previo a concluir que el paciente “necesitaba” el tratamiento concreto (1).

Todo ello abre un panorama que a falta de precisión conceptual, de adecuación metodológica y de contrastación empírica coherente, acaba constituyendo un gran chapapote que puede arruinar la credibilidad de más de un economista de la salud y ofrecer dudas sobre la solvencia de la disciplina.

No es la primera vez que este autor trata el tema. Ya en 2002, en un editorial de *Economía & Salud*, intenté favorecer que entre nosotros construyéramos una guía de navegación más explícita y compartida en el tema de desigualdades en salud y en utilización de servicios sanitarios (2). Me preocupaba el hecho de que éste es un campo de estudio de la Economía de la Salud para el que la política sanitaria resulta demasiado cercano al de la política a secas y en minúscula.

Recurrir de nuevo al tema es una muestra de que no estoy seguro que lo hayamos logrado. No dudo que todos compartamos el mejor deseo para que nuestro sistema de salud (el conjunto de los servicios públicos) sirva correctamente a la finalidad del bienestar colectivo. En política pública el objetivo no es la eficiencia sino la combinación de eficiencia y justicia en la asignación que la sociedad desea y las leyes reflejan. Por tanto, si queremos ser serios, debemos afinar el objetivo, el “de qué estamos hablando”; comenzando quizás por el nomenclator: “desigualdad pro-pobre puede ser equidad”, pero nunca probablemente deberíamos hablar de inequidad pro-rico (su simétrico), sino de equidad a secas, ya que la desigualdad admite un calificativo más claro que el de equidad (menos diáfano).

Otras muchas cuestiones son de manejo empírico. La investigación revisada (3), aun siguiendo metodologías homologables, no siempre se acompaña de datos a la altura de lo que se pretende analizar. Así la difícil distinción en el recuerdo de los entrevistados entre utilización pública y

privada de servicios, de la financiación privada de gasto privado o de la categorización socioeconómica y de renta de los grupos de usuarios. Abunda además en la literatura revisada la comparación de resultados relativos a diferentes sistemas sanitarios, siempre dejando el poso de un resumen lo más concluyente y directo posible haciendo abstracción de las realidades específicas de cada sistema, método y base de datos; y ya no digamos de la significación estadística de una u otra diferencia que debería matizar una conclusión para la política sanitaria.

También resulta curioso, cuando menos, cómo algunos interpretan los resultados. Por ejemplo, un resultado típico es el de que "individuos con mayor nivel de renta y/o aquellos que tienen suscrito un seguro privado registran, para un mismo nivel de necesidad (supongamos un cálculo adecuado de ésta), una mayor probabilidad de utilizar los servicios sanitarios"; pero la interpretación no es inequívoca si se trata de sobreutilización inapropiada de servicios de coste efectividad dudosos (y en cualquier caso no considerados de interés para su inclusión en catálogo público), o a la vista del hecho de que se hayan pagado privadamente ¿no es una bendición para el contribuyente que éste sea el caso, versus la alternativa de financiación coactiva y generalización de la prestación con el objetivo de reducir desigualdades a través de igualar consumos? Los impuestos tienen coste de oportunidad, generan exceso de gravamen y según qué impuestos aumenten relativamente para financiar el mayor gasto incluso puede aumentar la regresividad fiscal. Por tanto, sin precisar qué consumo se debería igualar con políticas compensatorias y cómo se haya de financiar el gasto que se asocie, las conclusiones no son nada inequívocas. Y en la mayoría de los casos los autores no nos dicen nada al respecto.

Un tema anejo especialmente polémico es el de la financiación privada (si vía primas, más solidario que si vía precios) de prestaciones que son efectivas, pero no coste-efectivas, al menos desde el umbral que políticamente se interprete como tal; por ejemplo, 30.000 euros por Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC). Si con seguro privado se accede a estos servicios, ¿cómo interpretar consecuentemente las diferencias? Hay desigualdad ciertamente en utilización en servicios; servicios que la política pública no reconoce como parte de la cesta de bienestar colectivo. ¿Hay inequidad? Inequidad social a juicio del analista puede que sí la haya pero en la medida en que ésta no se reconoce como tal desde la revisión de lo que sea justo socialmente y se traduzca en política pública (del Parlamento, no del analista), no parece que el resultado permita su extrapolación a la política sanitaria. Así parece también que convengan Meneu y Urbanos cuando apuntan que "*lo importante en todo caso no es sólo la magnitud de la inequidad y si ésta es estadísticamente significativa, sino también si es políticamente relevante*" (3); lo que al menos en buena parte debería depender de en qué medida la inequidad se traduzca en desigualdades en resultados de salud y así sea valorado socialmente como para que la representación política lo traduzca al ámbito legislativo y al de las políticas públicas. La visita al dentista es paradigmática de lo que ha sido una desigualdad hasta hace muy poco aceptada públicamente incluso para los niños y ado-

lescentes (no socialmente por el momento para adultos) por mucho que hayamos dicho los estudiosos que "*la equidad del sistema español estaba más en las bocas de nuestra población que en la imposibilidad de ofertar desde el sistema público un precio por cama de acompañante en hospitales*" (2).

Sorprende también cómo se interpretan los resultados cuando, por ejemplo, en las evaluaciones de "equidad" en atención primaria y especializada los resultados divergen, lo que equivale a poner en evidencia el diseño con el que se articulan los niveles y aceptar que la capacidad de elección de usuarios privilegiados rompe los circuitos de utilización racional del sistema, más que devengar patentes de equidad o justificar mayores recursos para uno u otro nivel; o a la vista de cómo la variación interna explica mucho más que la externa las diferencias individuales de utilización, a igual necesidad, más ligadas a las prácticas profesionales que a variables socioeconómicas. Como apuntan Urbanos y Meneu, "*qué representa en definitiva un 15% más o menos de utilización ente grupos socioeconómicos de una intervención sanitaria que presenta diferencias del orden del 300% entre territorios vecinos con poblaciones comparables*" (3). La relevancia del "micro" análisis de utilización lo apuntan certeramente Meneu y Peiró cuando concluyen que "*los resultados sugieren que en el SNS español existen importantes desigualdades entre áreas geográficas, pero que estas son mínimas en los procesos caracterizados por el elevado grado de acuerdo sobre su manejo eficaz, y sensiblemente mayores en los procesos electivos o con mayor incertidumbre sobre las condiciones de su efectividad*" y "*que las desigualdades observadas no muestran de manera sistemática una relación con las variables socioeconómicas*" siendo las diferencias pequeñas, apareciendo "*sólo en las hospitalizaciones que responden a las características de atención «sensible a las preferencias», ya de los pacientes o de los profesionales*" (4). Urbanos y Meneu concluyen que "*el mero cómputo de utilización, sin consideraciones sobre sus contenidos ni resultados –contribución de los servicios concretos a la mejora de la salud– podría estar aportando más ruido que información sobre la equidad del sistema sanitario, al reflejar problemas ajenos al mismo*" (3).

De modo similar sorprende como para algunos la falta de equidad detectada se traslada directamente a la reivindicación de mayores recursos funcionales y territoriales para el sistema sin cuestionar el patrón de gasto ni cómo se debería reorientar el dispositivo asistencial para que, a igual gasto, se puedan redirigir más eficientemente los recursos a los objetivos pretendidos. Señalan en este sentido González y Barber (5), y en similares términos Urbanos y Meneu (3), que el recurrente debate sobre desigualdades territoriales circunscrito a unidades políticas (las Comunidades Autónomas, CC.AA.) pierde buena parte de su sentido cuando se adoptan perspectivas más desagregadas, al mostrar que las desigualdades entre CC.AA. no son mayores que las existentes entre áreas de salud dentro de cada CA. Y ya no digamos la sorpresa que supone aquello que llegaron a concluir algunos de que "*dado que las desigualdades en renta afectan la salud*", "*igualar rentas entre CC.AA. conseguiría doscientas mil muertes evitadas*".

La importancia del tema bien requiere, pues, un mayor esfuerzo de la investigación en economía de la salud, en un campo en que, como decíamos, política y política sanitaria confluyen sobremanera. Sin más espacio en este texto para positivizar la argumentación, más allá de la claridad de conceptos que aquí he pretendido exponer, me atrevo a sugerir al lector los desarrollos metodológicos para una correcta evaluación de impactos de Marcos Vera (6) y de Beatriz González (7), y los estudios de variaciones de prácticas médicas del Grupo VPM-SNS (8-10).

Resumo a continuación de modo escueto los veinticinco tópicos más comunes sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios.

25 Tópicos que requieren una segunda lectura

1. Es un tópico, en financiación autonómica, juzgar como desigualdades territoriales inaceptables las divergencias en gasto. Cuando estamos en presencia de corresponsabilidad fiscal y una Comunidad hace esfuerzos adicionales en recaudación o en priorización de otras partidas de gasto para mejorar los recursos que asigna a su gasto sanitario.

2. Es un tópico, en financiación autonómica, valorar la situación a partir de cifras de gasto definidas en términos capítivos, cuando la financiación central asignada corrige, se supone por equidad, los datos poblacionales (pondera envejecimiento relativo, lejanía u otras compensaciones *ad hoc* aprobadas legítimamente por el Parlamento). El análisis quizás sirva para cuestionar aquellos criterios políticos centrales, pero no para valorar las políticas de los entes descentralizados.

3. Es un tópico, en financiación autonómica, interpretar el aumento del coeficiente de variación en el gasto capítivo posterior a la transferencia como un incremento de la "inequidad" territorial. Estadísticamente el único efecto que supone el inicio de la descentralización es el de explicitar las cifras de gasto hasta el momento escondidas y promediadas por la observación única del gasto capítivo medio del gestor central directo de los servicios territoriales anteriormente a la transferencia.

4. Desigualdades en prestaciones adicionales a las del paquete básico o de calidad diferenciada, cuando la prestación básica se complementa sobre la geografía a través de "iguales" territoriales de origen presupuestario público (por ejemplo, los ayuntamientos aportan, y como tal solidarios si así se desea) difícilmente pueden considerarse "inequitativas". A no ser, quizás, a partir de un concepto de "justicia" que acepte como argumento la "envidia" (11).

5. Desigualdades en partidas aisladas de recursos procedentes de una misma financiación, a igual cuantía de transferencia de recursos, distinto destino en partidas de gasto, éstas analizadas separadamente (así entre categorías de gasto público, gasto social o entre distintas funciones de gasto sanitario), difícilmente puede justificarse como "inequidades". Lo que "pudo ser elegido" (dentro de una financiación consolidada o global) y no fue por decisión individual o colectiva legítima, habiendo contado con

posibilidades de información conocidas, no debiera generar en sus diferencias, derechos a corrección/compensación.

6. Desigualdades no sobrevenidas, sino explícitas presentes en el vector de la elección cuando ésta se realizó, no debieran generar en su evolución, derechos de compensación específicos a aquellas particularidades ex ante conocidas.

7. Las diferencias detectadas en consumo de servicios sanitarios, una vez ajustadas las observaciones por variables exógenas fuera del ámbito de elección del individuo (quizás raza o procedencia en algunos países, quizás educación, quizás estrato socioeconómico, quizás entorno), debidas a diferencias controlables por el individuo, y que por tanto sean resultado de la responsabilidad individual, no debieran ser en principio (a falta de estudios concretos de epidemiología social) susceptibles de ser corregidas por políticas públicas. A no ser que tengamos un concepto de inequidad vertical que haga a los individuos desiguales "a elección" y así beneficiarios de unas determinadas políticas compensatorias (desiguales).

8. Las diferencias en aquellos consumos, que se derivan de una mayor renta, percepciones de estados de salud o aspiraciones utilitarias acerca de los cuidados de salud, respecto de servicios que el sector público ha renunciado explícitamente a su cobertura bajo aseguramiento público, no pueden juzgarse como resultados de una política pública "inequitativa". Si se consideran desde determinadas fundamentaciones de justicia social, le toca a la sociedad trasladarlas en democracia a la política pública. Si se detectan en este sentido consumos privados que se reconoce representan escasa o nula efectividad, no tiene sentido valorar luego su consumo, dentro de medias totales aumentadas (consumo público y privado), para someter sus diferencias a juicio de equidad.

9. Hace falta entender que la equidad es la aplicación de un concepto de justicia al caso concreto. Los valores de lo justo y lo injusto son normativos. Y son distintas las teorías de la justicia social. En consecuencia, al referirse a la equidad, el postulante ha de explicitar en qué teoría de la justicia se "ubica" y basa sus argumentos en el caso concreto. Y ser consecuentes además con ello: por ejemplo, si se es rawlsiano, una globalización que aumenta la desigualdad pero que permite que los pobres sean ahora menos pobres que antes, se ha de aceptar como mejora de bienestar colectivo. Claro está que uno puede tener otras teorías, sobre por ejemplo que lo que importa es la desigualdad relativa y no lo que acontezca a los pobres (¿les preguntamos a ellos?) o que el liberalismo económico al bajar impuestos, reduce globalmente el gasto y deteriora el capital social, y con ello la salud de los más débiles. Aunque por el mismo vale cabría apuntar que los países de corte liberal, con fronteras abiertas son más desiguales porque con las masivas entradas de inmigrantes pobres de otros países deterioran sus índices de igualdad; a costa de su propia cohesión, a diferencia de países más intervencionistas, con fronteras cerradas como mayormente son los nórdicos para mejor preservar su status quo. Conviene aclarar pues del bienestar de quién estamos hablando. O que la creación de empleo y la reducción del pa-

ro son más decisivos para la salud que incrementos de gasto en servicios sanitarios. A no ser que nos creamos aquello de cuanto más gasto social/pib (prestación por desempleo y subsidio de pobreza incluidos), más bienestar!! No se puede cambiar un criterio normativo a conveniencia, y se ha de ser explícito acerca del fundamento normativo del que se parte. Muy pocas veces éste resulta ser el caso.

10. A veces resulta más diáfano referirnos en el análisis pretendido a la igualdad y a la desigualdad como concepto matemático más claro: De desigualdades las hay socialmente aceptables (las mujeres tienen una esperanza de vida mayor) y otras que pueden considerarse inaceptables, tales como la falta de rapidez en atención de problemas que generan dificultades de la vida diaria tales como intervenciones oftalmológicas, sustituciones de cadera, etc. o que quizás por el hecho de no ofertar un tratamiento de efectividad incierta según pacientes sólo los más ricos tengan su oportunidad. Ciertamente en el concepto de desigualdad inaceptable encontramos un referente normativo, un criterio de lo justo. Pero el punto de partida que se calibra es cuantificado con anterioridad y no matiza “ex-post” cualquier otro resultado que se desee corregir “ad hoc”.

11. No tiene lógica alguna asumir ex ante que cualquier financiación tributaria es más equitativa que una financiación por precios. La identificación de con qué impuestos (directos/indirectos) y qué tipo de gasto se financia (sobrec consumo de usuarios, en inputs no vinculables claramente en resultados de equidad...) es decisivo para juzgar su impacto en materia de equidad.

12. Errores de interpretación según se tomen los datos: cuando la utilización no distingue entre consumo público y privado, una mayor utilización, si se ha financiado privadamente, requiere una interpretación distinta como síntoma de inequidad respecto del caso en que se parte tan sólo de consumos públicos.

13. Los copagos evitables, que se reflejan en un determinado nivel de gasto privado, hacen que éstos no puedan ser enjuiciados como inequitativos. La cuantía del copago (el coste de oportunidad respecto de otros bienes) y el ámbito en los que se aplican (alternativas de consumo disponible) dicen mucho más de “equidad” que sus valores medios. Igualmente en lo que se refiere a si el objetivo del copago es frenar consumo o asegurar que los usuarios sufraguen efectivamente una parte mayor del coste.

14. Proyectar inequidades de copagos haciendo abstracción de los sistemas sanitarios de referencia, los substitutos de cuidados disponibles en cada caso, los condicionantes distintos a los precios monetarios en el acceso de los servicios, supone en el mayor número de casos predicciones o traslaciones de resultados poco robustas.

15. Los aspectos dinámicos de la equidad son igual o más importantes que los comparativos, aunque los datos para su valoración son más complejos de obtener. En los aspectos dinámicos de la equidad, el ascensor social es decisivo. Se nace pobre de padres pobres y se dejan hijos pobres, o ser pobre se asocia con la edad a lo largo del ciclo vital. Además, si consideramos en la valoración de la equidad cuestiones intertemporales hace falta introducir tasas de descuento, lo que a menudo no se hace. Las di-

ferencias en oportunidades que se presentan sin sesgo sistemático según gradiente social, permiten también en gran medida matizar las fotos fijas de las desigualdades en un momento dado del tiempo.

16. Fuera de la regla de oro de generar deuda en favor tan sólo de gastos de capital, cualquier cobertura de gasto corriente con financiación vía déficit, y así deuda pública, supone una equidad intergeneracional de primer orden que pocas veces se tiene en cuenta.

17. Juzgar el impacto redistributivo de una política exige valorar el presupuesto en incidencia equilibrada y global (ingresos y gastos que aumentan al unísono). Analizar una partida sin la otra no puede reflejar correctamente los impactos sobre la equidad pretendidos.

18. Los registros públicos de datos a menudo están sesgados en nuestro país por las admisiones fuera de protocolo que no registra el sistema, y que a menudo implican un importante clientelismo asociado a grupos de renta más elevada o a políticos influyentes que por esta vía acaban desconociendo el funcionamiento real del sistema sanitario que por el supuesto impacto “equitativo” de éste proponen “consolidar”.

19. Estandarizar para comparar correctamente situaciones resulta aconsejable. Sin embargo, incorporar la oferta financiada privadamente para la estandarización resulta discutible, ya que si se desea identificar usuarios efectivos más que “elegibles” por criterio universal, dicha aproximación “condenaría” a un grupo de población a mantener el uso privado de los servicios y a financiarlos.

20. En materia de desigualdades a partir de autopercepciones de salud, pueden existir sesgos evidentes entre expectativas y realidades, y ajustes condicionantes cambiantes acomodándose a situaciones con distinta calidad de vida. Con ello podríamos llegar a identificar que se aseguran privadamente más los más enfermos (los que perciben tienen menor salud y se identifican como mayores usuarios potenciales de servicios). Si es discutible esto último, también lo es su recíproco: que los valores del sobre consumidor computen en el cálculo de la media para calcular diferencias entre utilización potencial y efectiva.

21. Una prestación deseada por un colectivo que queda fuera de catálogo público equivale a un copago del 100%. Copagos en este sentido los hay siempre en todos los órdenes de la vida. La cuestión para enjuiciarlos correctamente radica en buscar las hipótesis que justifican los ámbitos en que se aplican. Desde la comida de celíacos u otros alimentos hasta balnearios.

22. Un copago aplicado a un colectivo de menor capacidad de pago es más equitativo, por ser más efectivo en el objetivo de reducción de sobreconsumo iatrogénico, que para colectivos de renta elevada. El mayor impuesto para la comida basura o el cribado de cáncer de próstata es un ejemplo paradigmático. Un elevado copago para este cribado y sus intervenciones sucesivas, mientras no se demuestre su efectividad es perfectamente aceptable. Y si el copago consigue mayor reducción de consumo en pobres que ricos, se puede además con ello cerrar brecha en desigualdades en salud (si consideramos los efectos nocivos de las intervenciones evitadas). Del mismo modo, es esperable que campañas educativas generalistas de promo-

ción de salud tengan efectos más regresivos pro-ricos por la mayor sensibilidad de éstos al cambio de hábitos (a menudo, por menores costes de oportunidad de seguir en comportamientos nocivos, todo lo demás igual).

23. En comparaciones transversales de países, el postulado de "ceteris paribus" es especialmente dudoso a la hora de juzgar la inequidad de los copagos, al ser éstos endógenos al conjunto del sistema, a la cultura sanitaria de acceso a los servicios, a la posibilidad de reaseguramiento, a la sensibilidad a su establecimiento versus a su elevación relativa una vez establecidos, a operar como pagos directos o como reembolso inferior al normal, etc.

24. La falacia ecológica en el juzgar diferencias de salud se detecta cuando se olvida que las desigualdades de salud que cuentan son las individuales y no las geográficas. Es alarmante comprobar como las variaciones intraterritoriales superan las medias interterritoriales. Pese a ello se sabe y se investiga más de lo segundo que de lo primero.

25. Un buen cálculo del impacto de una medida ha de analizar no sólo usos sino el impacto en recursos (por ejemplo, gravar selectivamente un producto por razones de equidad aparente, pero que por concentración de producción, intensidad de la relación trabajo capital, calificación de la oferta de trabajo, etc., puede acabar teniendo un mayor impacto sobre la equidad que la mejora de equidad pretendida gravando consumo (baja la demanda, disminuye la producción y según intensidad relativa de recursos disminuyen los salarios y/o aumenta el paro).

Consideración final

La solvencia de los argumentos es un requisito necesario para defender lo sustantivo del estado del bienestar contra sus entusiastas, que en razón de tópicos instalados acaban dificultando la propia legitimación de las políticas sociales. Para la robustez de los análisis en un campo tan importante como el de las desigualdades en salud, es buena la claridad de conceptos, amén de un buen uso del instrumental metodológico y de datos adecuados al propósito del análisis.

En este texto hemos ofrecido una reflexión dirigida básicamente a ayudar a clarificar el ámbito conceptual: ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de equidad? Desigualdades las hay en muchos campos relevantes de la vi-

da. Lo importante es saber identificar qué desigualdades en salud deben ser objeto de políticas públicas (y cuáles no), y cómo proceder a su corrección desde las asignaciones de recursos sanitarios, a escala geográfica, funcional e individual o de grupo. La eficacia de la relación servicio sanitario y salud es condición necesaria. La condición suficiente es la priorización política que dicha asignación reciba. La equidad como expresión de la justicia al caso concreto ha de permitir concretar las desigualdades inaceptables socialmente. Podríamos decir que, en general, el tema de las desigualdades de salud es demasiado importante como para ser tolerante con el buenismo político del que se envuelven, y con la falta de rigor con el que algunas veces se analizan.

Referencias

- (1) Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ.* 1993;12(4):431-57.
- (2) López Casasnovas G. Recuperar la agenda de investigación sobre la equidad para el debate sanitario. *Economía & Salud.* 2000; 13(37):1-2.
- (3) Urbanos R, Meneu R. La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. En: Rodríguez M, Urbanos R, eds. *Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción.* Elsevier, Barcelona; 2007. *En prensa.*
- (4) Meneu R, Peiró S. Efectividad de los tratamientos y desigualdades en utilización de servicios sanitarios. En: Rodríguez M, Urbanos R, eds. *Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción.* Elsevier, Barcelona; 2007. *En prensa.*
- (5) González López-Valcárcel B, Barber P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España (Documento de Trabajo 90/2006). Fundación Alternativas, Madrid; 2007.
- (6) Vera-Hernández M. Evaluar intervenciones sanitarias sin experimentos. *Gac Sanit.* 2003;17:238-48.
- (7) González López-Valcárcel B. Métodos cuantitativos y "benchmarking": Su utilidad para orientar las políticas públicas. *Ekonomiaz.* 2005; 11(60): 122-39.
- (8) Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, et al. Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2007;2(2):151-74.
- (9) Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, et al. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2006;2(1):117-28.
- (10) Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rivas F, Martínez N, Sotoca R, et al. Variaciones en intervenciones de cirugía general en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2005;1(2):63-81.
- (11) Varian HN. *Microeconomía intermedia* (7ª edición esp.). Antoni Bosch editor S.A., Barcelona; 2007.

Conflicto de intereses e independencia en los resúmenes comentados de GCS

Pedro Cervera, farmacéutico de atención primaria y secretario de la **Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud**, una de las entidades que está detrás de **GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA** se ha dirigido al Defensor del lector para preguntar, a propósito del número 33, sobre los criterios empleados en GCS para manejar los conflictos de intereses. No ha sido el único. **Gabriel Sanfélix**, y **Julián Libro** desde Valencia, **Eusebi Castaño** desde Mallorca o **Anna García-Altés** desde Barcelona, también han hecho comentarios a este respecto. Y también otros colaboradores habituales de GCS han expresado, más o menos informalmente, su preocupación porque en el citado número existían bastantes colaboraciones de personas que trabajan en la industria farmacéutica o electromédica, resumiendo y comentando trabajos en temas afines y sin ninguna expresión que informara de esta circunstancia a los lectores. En su comentario, **Pedro Cervera** dice que cree importante abordar *“este tema, porque estos números de GCS repletos de artículos escritos por personas que trabajan en la industria, la mayoría con conflictos de interés, me parece que no le hacen bien a la revista”* y que, aunque no está en contra de *“que participe gente de la industria, creo que no deberían comentar artículos que tuvieran relación con sus productos”*.

Entrando en detalles, **Pedro Cervera** señala que uno de los resúmenes comentados por **Fernando Cortés** y **Jaime del Barrio**, del **Instituto Roche**, trata de temas de *“medicina individualizada”* en los que esta firma tiene intereses, y en el otro resumen de estos mismos autores se *“hace una defensa”* de la muy discutible terapia hormonal sustitutiva. **Julián Libro**, por su parte, señalaba que en el comentario de **María Inmaculata Ramos García**, de **Carbuos Médica**, se trata sobre *“usar la CPAP a nivel ambulatorio en pacientes con sospecha de síndrome de apnea-hipoapnea”* y, por tanto, de equipos que vende la firma en la que trabaja la autora del comentario. También señalaba como problemático el comentario de **Manuel Pérez Adán**, de **Boston Scientific**, una firma con diversos productos relacionados con la cardiopatía isquémica, de un artículo que trata de este tema, y del que decía *“aunque el comentario no estaba mal”* [...] *“el título (La inversión en tecnología: no es tan fiero el león como lo pintan...) es interesado”*. Algo parecido dice **Eusebi Castaño**, del título del resumen comentado de **Carlos Polanco Sánchez**, de **HEOR-IMS Health** (*“Productividad del gasto farmacéutico: ¿... y si fuera fuente de ahorros y no sólo una partida de coste a reducir?”*).

El Defensor del lector, como en otras ocasiones, ha llamado a consultas a los editores para que dieran su opinión sobre el tema. Como suele hacer en estos casos, el Defensor exceptuó de esta consulta al editor del número controvertido para no mediatizar la discusión. En las consultas, no se cuestionaron los contenidos de los resúmenes o los comentarios, que no son el objeto de la polémica, sino las estrategias de GCS para manejar posibles problemas de conflicto de intereses. Lo más interesante de esta consulta se resume en:

– No es la primera vez –ni será la última– que en GCS escriben personas vinculadas a la industria farmacéutica, electromédica, de consultorías y, en resumen, del sector empresarial sanitario (que no son las únicas que se hallan en situaciones de conflicto de intereses). Pero quizás sí es la primera vez que coinciden tantos y, sobre todo, comentando aspectos relacionados muy directamente con el objeto de sus empresas. En términos generales, los editores no consideran que esta sea una buena política para la revista.

– La regla tácita de GCS había sido que la participación de profesionales ligados a la industria farmacéutica o de tecnologías sanitarias fuera siempre sobre temas que no tuvieran nada que ver con los pro-

ductos de su organización. Es cierto que sobre estos productos, y precisamente por su dedicación laboral, pueden tener conocimientos valiosos. Pero como norma, los editores creen preferible encargar los comentarios a otras personas (también con conocimientos valiosos, claro) que no tengan intereses directos en los temas comentados. En los raros casos en que fuera conveniente asumir un comentario con conflicto de intereses, creen razonable incluir una breve expresión de esta situación para informar a los lectores.

– GCS intenta mantener una política de absoluta independencia de los editores respecto a cualquier patrocinador. Los editores creen que mantener esta independencia implica la libertad del editor de cada número para elegir sus colaboradores, pero también creen que los editores deben saber identificar los conflictos de interés al hacer los encargos de artículos a los respectivos comentaristas.

En resumen, GCS intentará mantener su línea tradicional de obviar las situaciones de conflicto de intereses evitando que los comentarios sean realizados por personas con intereses (al menos, comerciales) en el tema tratado. Y aunque la independencia de los editores puede llevar a que a veces algún número o algún comentario se aleje de esta línea, también es la garantía para que GCS mantenga su trayectoria de independencia.

Del autobombo y los bombos mutuos como conflicto de intereses

Manuel Ridao, condenado a perpetuidad a la confección de los índices anuales de GCS, señalaba al Defensor del lector las excesivas coincidencias entre colaboradores de GCS y autores de los originales revisados. Un vistazo a los índices (o a este mismo número, donde se comenta un original de uno de los editores) confirma que ésta es una situación frecuente. Muy frecuente. Apunta **Manuel Ridao** que este intercambio de roles entre comentaristas y comentados puede dar una impresión de GCS como *“sociedad de bombos mutuos”* (y, a veces, de *“autobombo”* apunta el Defensor). Se trata de una situación compleja que, por un lado, sugiere que en la selección de trabajos para revisar se priman los de la *“sociedad mutua de colaboradores”* (lo que implica otra forma de conflicto de intereses). Pero por otro lado, GCS siempre ha querido dar prioridad a los trabajos de y sobre nuestro propio entorno y, dada la paleta de colaboradores de GCS, es imposible evitar sus originales.

Consultado sobre el tema **Ricard Meneu**, el editor jefe de GCS, señala que *“No tenemos constancia de que ningún autor se haya dirigido a un editor solicitando la reseña de algún artículo suyo. Pero probablemente tampoco haría falta. El microcosmos de la investigación en servicios sanitarios es pequeño [muy pequeño, según el Defensor del lector] y las relaciones entre sus integrantes frecuentes y continuadas. No parece deseable que GCS renuncie a las revisiones de algunos de los expertos que colaboran con sus comentarios, ni que silencie sus aportaciones a la investigación en servicios sanitarios [...] pero sería problemático que los trabajos de nuestros colaboradores fueran priorizados para su revisión sobre otros más relevantes para el Sistema Nacional de Salud”*. Y continúa diciendo que *“los editores de GCS enfrentan una aporía que sólo un conjunto de buenas prácticas puede ayudar a resolver”*. En resumen, un equilibrio más que los editores deben considerar a la hora de seleccionar los trabajos a resumir. Y, como es tradición en GCS, mejor considerarlo explícitamente y en régimen de transparencia con los lectores.

El singular, talón de Aquiles de los programas de gestión de casos y de enfermedades

Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollenberg J.

Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. *J. Gen Intern Med.* 2007;22:464-9.

Marco

Los problemas diarios de los pacientes crónicos exigen soluciones que no aporta la estructura sanitaria actual, poco coordinada. Así, el paciente con insuficiencia cardiaca, por ejemplo, se convierte en un gran utilizador de urgencias, y muere antes de tiempo. Quienes piensan e imitan a los estadounidenses pretenden introducir los programas de gestión de enfermedades y de casos, centrados en la resolución de los problemas de, por ejemplo, los pacientes con insuficiencia cardiaca. Pero no sabemos muy bien ni lo que sean, ni los costes y beneficios de tales programas. Así, en Andalucía han devenido en la implantación de "enfermeras de enlace", y en la nueva legislación sanitaria española se ha transformado a los médicos de cabecera en "gestores de casos". Conviene pensar antes de actuar, pues centrados en el singular (una enfermedad, situación o problema), podemos olvidar la importancia del plural, la co-morbilidad. Esta es la cuestión que valoran los autores.

Tipo de estudio

Análisis retrospectivo de datos clínicos obtenidos prospectivamente. Estudio observacional.

Pacientes y métodos

Los datos se obtuvieron a partir de pacientes atendidos en la consulta externa de Medicina Interna de un hospital docente neoyorquino. Dicha consulta funciona como un centro de atención primaria. Se incluyeron sólo los pacientes seguidos durante más de un año. Un total de 5.861 formó la cohorte inicial, que se siguió a su vez durante otro año. Se incluyó al 0,4% pacientes que fallecieron durante el seguimiento. Se obtuvieron todos los datos registrados sobre demografía, uso de servicios y coste, incluyendo el generado por los ingresos en el propio hospital. No se obtuvieron datos de uso de quimioterapia, ni de visitas a domicilio, ni de uso de otros servicios sanitarios. En una muestra del 1% de la cohorte estudiada se pudo demostrar que se ingresó en otros hospitales al 6,3%. Para medir la co-morbilidad se utilizó el índice de Charlson, a partir de las historias clínicas ambulatorias. Se calcularon los costes para las diez situaciones en que se centran más frecuentemente los programas de gestión de enfermedades y de casos: asma, cáncer, demencia, depresión, diabetes, EPOC, hipertensión, ictus, insuficiencia cardiaca e isquemia de miocardio. El cálculo se hizo sin ajustar y ajustado por variables distintas, en un modelo multivariante; y con un modelo de regresión se hicieron cálculos para valorar el coste teniendo en cuenta la edad, el sexo, la presencia de uno de los diez problemas de salud analizados y el índice de Charlson.

Resultados

La edad media fue de 56 años. El 76% fueron mujeres. El coste anual medio por paciente fue de 810 dólares. En las diez enfermedades estudiadas el coste anual medio fue mayor, de 1.500 dólares para diabetes, ictus e insuficiencia cardiaca, de 1.400 para cáncer (sin quimioterapia), de 1.200 para EPOC e hipertensión, y de 1.100 para demencia. Respecto a prevalencia, fueron hipertensos el 45% del total, tuvieron diabetes el 18%, asma el 15%, EPOC el 10%, diabetes el 10%, insuficiencia cardiaca el 8%, cáncer el 8%, isquemia coronaria el 4%, ictus el 3% y demencia el 2%. Los que no tuvieron ninguna de las enfermedades estudiadas, el 43%, provocaron el 23% del gasto. Los que tuvieron un índice de Charlson de 2 o más, el 26% del total, gastaron más del 50%. Conforme se suman enfermedades,

con independencia de su naturaleza, aumenta exponencialmente el coste. Lo importante no es la gravedad de la enfermedad sino la coexistencia con otras.

Fuente de financiación. No consta.

Dirección para correspondencia. mecharl@med.cornell.edu

COMENTARIO

La co-morbilidad es la regla, no la excepción (1). La co-morbilidad aumenta tanto por la mayor supervivencia a problemas concretos (sí, por ejemplo, los pacientes no mueren del primer infarto de miocardio aumenta la probabilidad estadística de que se añada la isquemia coronaria a otra enfermedad previa, o posterior), como por la mayor prevalencia de problemas (por ejemplo, al disminuir las cifras para definir hipertensión aumentamos tanto el número de pacientes hipertensos como de pacientes hipertensos con co-morbilidad). Se ha insistido mucho en la importancia de la co-morbilidad, pero a los médicos nos parece tan obvio que no la valoramos (2,3). De ahí la fácil aceptación de los programas de gestión de enfermedades y de casos, por profesionales, gestores y políticos, aunque se centren en sólo una enfermedad o en sólo una situación. Hay muchas falacias en torno a los programas de gestión de enfermedades y de casos, empezando porque nadie sabe exactamente qué son (4,5). En el trabajo comentado se destapa una más, la supuesta capacidad de control del gasto a base de controlar una sola entidad o una sola situación (aunque se ocupen de varias, siempre de una en una). Los autores demuestran que el gasto lo originan los pacientes con co-morbilidad, y que el gasto crece exponencialmente con la suma aritmética de enfermedades. Como siempre, las soluciones simples a problemas complejos suelen tener gato encerrado.

Juan Gérvas

Médico general, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón

(1) Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med.* 2006;4:101-3.

(2) Palomo L, Rubio C, Gérvas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):182-91.

(3) Gérvas J, Santos I. A complexidade da comorbilidade. *Rev Port Clín Geral.* 2007;23:181-9.

(4) Shojana KG, Grimshaw JM. Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Affairs.* 2005;24:138-50.

(5) Gérvas J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. *SEMERGEN.* 2005;31:370-4.

La analgesia epidural tras resección colorrectal mejora la calidad de vida del paciente postoperado pero no acorta la estancia hospitalaria

Marret E, Remy C, Bonnet F and the Postoperative Pain Forum Group.

Meta-analysis of epidural analgesia versus parenteral opioid analgesia after colorectal surgery. *Br J Surg* 2007; 94:665-673.

Problema

¿Cuál es el efecto de la analgesia epidural (AE) con anestésicos locales en la recuperación de los pacientes intervenidos de una resección colorrectal, en términos de estancia, intensidad del dolor, duración del íleo paralítico, complicaciones postoperatorias y efectos adversos?

Diseño

Revisión sistemática y metaanálisis según las recomendaciones del QUORUM (Quality of Reporting of Meta-analyses), a partir de los estudios publicados entre 1966 y 2006 en cualquier lengua en las bases de datos *Medline/Index Medicus, Embase y registro de ensayos clínicos de la Cochrane*, utilizando las palabras *colectomy, colon, sigmoid, rectal surgery, lower abdominal surgery, major abdominal surgery, epidural analgesia, spinal analgesia y rehabilitation*. Se siguieron las referencias y se contactó con expertos, aunque no se revisaron actas de congresos ni tesis doctorales. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorios y controlados que comparaban la AE con anestésicos locales (con o sin opiáceos añadidos) con la analgesia endovenosa con opiáceos u otros fármacos, en pacientes adultos intervenidos de cirugía colorrectal. Se aplicó la escala de Oxford modificada para evaluar la calidad de los ensayos.

Medida de resultados

Se seleccionó la estancia hospitalaria como resultado clínico primario. Como resultados secundarios se consideraron la intensidad del dolor postoperatorio (medido por EVA), la duración de la recuperación de la función intestinal (primer día de expulsión de gases y/o movimientos intestinales), presentación de complicaciones (fístula anas-

tomótica), efectos secundarios a mórficos (náuseas y vómitos, prurito, depresión respiratoria, retención urinaria), complicaciones respiratorias y cardíacas, y efectos adversos de la AE (hipotensión y bloqueo motor).

Resultados

Se incluyeron 16 estudios, de los que en sólo 2 la cirugía se efectuó por abordaje laparoscópico. En los estudios posteriores al año 2000 se incluyó un programa de rehabilitación multimodal o "fast-track". No hubo heterogeneidad clínica ni estadística importante ($p=0,92$; $I^2=0\%$). No hubo diferencias en la duración de la estancia (AE vs control: diferencia de medias= 0,07; IC95% -0,40 a 0,54 días). La AE se asoció a una menor intensidad de dolor a las 24 (-15mm; IC95% -19 a -11) y a las 48 horas (-18mm; IC95% -26 a -11), y a un acortamiento del íleo paralítico (-1,55 días; IC95% -2,27 a -0,84). Sin embargo, los efectos secundarios de los mórficos fueron mayores en el grupo de AE: prurito (OR 4,8; IC95% 1,3 a 17), retención urinaria (OR 4,3; IC95% 1,2 a 15,9) e hipotensión (OR 13,5; IC95% 4 a 57,7). Las restantes variables no mostraron diferencias.

Conclusión

La analgesia epidural mejora el confort del paciente intervenido de cirugía colorrectal, aunque tiene algunos efectos adversos y no reduce la estancia postoperatoria.

Financiación: Beca al Postoperative Pain Forum (POP) financiada por UPSA France (Bristol-Myers Squibb Company).

Correspondencia: emmanuel.marret@tnn.aphp.fr

COMENTARIO

La cirugía colorrectal se ha caracterizado por una estancia prolongada, entre 10-15 días, aun en ausencia de complicaciones postoperatorias. Una serie de cuidados destinados a prevenir la temida dehiscencia anastomótica, responsable de una relativamente alta tasa de mortalidad, han condicionado este alargamiento.

Recientemente, estas medidas han sido cuestionadas, constatándose que no estaban sustentadas por evidencia científica. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente en el postoperatorio, se ha desarrollado la cirugía mínimamente invasiva mediante abordaje laparoscópico (1) y lo que se conoce como "fast-track" o rehabilitación multimodal (2), que implica un conjunto de medidas como retirar la sonda nasogástrica al finalizar la intervención e iniciar la ingesta oral el mismo día de la intervención, restringir los fluidos IV, la analgesia epidural postoperatoria, la movilización inmediata y una deambulación precoz del paciente, etc. Con ambos métodos se ha conseguido reducir la estancia postoperatoria a <5 días.

El presente metaanálisis constata que la AE con anestésicos locales (con o sin opiáceos añadidos) es beneficiosa en la recuperación postoperatoria, reduciendo el dolor y acortando el íleo. Pero

tiene también algunos efectos no deseados, aunque son menores y pasajeros. Un inconveniente es la nada infrecuente retirada accidental del catéter al movilizar los pacientes. La AE, por sí misma, no ha condicionado una reducción en la estancia. Ésta es más atribuible a la rehabilitación multimodal. La metodología de la revisión sistemática es excelente, aunque la calidad de algunos de los ensayos es algo deficiente. La cuestión de si la AE es también útil si el paciente es intervenido por abordaje laparoscópico, no ha quedado respondida.

Grupo de lectura crítica Hospital Lluís Alcanyís:
J. Aguiló, V. Alborch, E. Álvarez, M. García-Botella,
A. Hervás, A. Lillo, P. Meseguer, J.M. Tenias, V. Viciano

(1) Bonjer HJ, Hop WC, Nelson H, Sargent DJ, Lacy AM, Castells A et al. Laparoscopically assisted vs open colectomy for cancer colon: a meta-analysis. *Arch Surg*. 2007;142:298-303.

(2) Ruiz-Rabelo JF, Monjero I, Torregrosa A, Delgado L, Cuesta MA. Programas de rehabilitación multimodal (fast-track) en cirugía laparoscópica colorrectal. *Cir Esp*. 2006;80:361-368.

Los países ricos difieren en la velocidad de difusión de los nuevos medicamentos contra el cáncer

Jönsson B, Wilking N.

A global comparison regarding patient access to cancer drugs. *Annals of Oncology*. 2007,18(Supplement 3).

Resumen

En un número monográfico de la revista *Annals of Oncology* se publica este informe colectivo coordinado por B Jönsson y N Wilking. Está dividido en siete "capítulos" que no vienen firmados individualmente. Su objetivo, según los autores, se centra en el acceso a los nuevos tratamientos contra el cáncer, evaluar si los pacientes tienen igual y rápido acceso a las terapias innovadoras en los distintos países, subrayar las desigualdades, discutir las causas de las diferencias y proponer correcciones para mejorar la situación.

El ámbito geográfico es un amplio conjunto de (25) países desarrollados, con casi mil millones de habitantes, que representan la práctica totalidad del mercado mundial de esos medicamentos.

En el primer capítulo, los autores ofrecen una síntesis del informe completo. Los capítulos 2 y 3 se dedican a la carga de la enfermedad y a los avances de la investigación. El capítulo 4 desgana las diferencias de acceso entre países. Los capítulos 5 y 6 repasan la regulación de la I+D y los procesos de autorización, y el capítulo 7 aborda la efectividad de los nuevos fármacos.

El cáncer representa una carga de enfermedad importante en los países desarrollados, con el 16,7% del total de años saludables perdidos en EU-25 a pesar de lo cual, salvo en EEUU y Alemania, la quimioterapia únicamente representa en torno al 5% del gasto sanitario. Las ventas de medicamentos contra el cáncer crecieron de 5 a 23 millones de euros entre 1995 y 2005. EEUU es la avanzadilla en el lanzamiento y difusión de los nuevos fármacos.

COMENTARIO (1)

Este informe tuvo un gran impacto mediático en España y en otros países. El hilo del discurso es el siguiente: hay barreras de acceso a los nuevos tratamientos, muy costosos, por la rigidez presupuestaria de los hospitales, y hay incentivos financieros perversos que desvían el uso hacia tratamientos menos convenientes, por ejemplo en el Reino Unido los hospitales apenas emplean quimioterapia oral. El informe defiende la conveniencia de presupuesto separado reservado para innovaciones oncológicas, para garantizar el rápido acceso por los pacientes a las novedades terapéuticas. Incluso se pone en cuestión si los criterios de coste-efectividad deberían guiar las decisiones públicas en este campo y se menciona una encuesta a oncólogos norteamericanos según la cual estarían dispuestos a pagar (a que la sociedad pagara) 350.000 dólares por AVAC ganado al cáncer, tres veces y media más de lo que valen los años del resto de pacientes. Conceptualmente, el informe contraviene los principios más sólidos de la economía de la salud, como el del relativismo, según el cual conviene asignar recursos por comparación entre alternativas, valorando costes de oportunidad.

La "aportación" del informe al conocimiento humano sobre la efectividad de la nueva quimioterapia que se presenta en el capítulo 7 podría formar parte de una antología de despropósitos y sesgos. Un gran caso sobre el que construir un ilustrativo ejercicio de "busca el gazapo". Porque de sus modelos económicos no se puede concluir de ninguna manera lo que los autores pretenden concluir (que globalmente la quimioterapia de los noventa ha sido efectiva), por los siguientes motivos principales (hay más): 1) sesgos de inclusión. Los datos abarcan un número creciente de compañías que han tenido a bien aportar información. Eran 45 en 1992 y 200 en 2002; 2) Se omite el modelo de supervivencia a 5 años (listón de referencia para los pacientes con cáncer); 3) La variable independiente de interés, que se supone mide la incorporación de nuevos tratamientos, se define como el porcentaje de tratamientos

post-1990 sobre el total de pacientes diagnosticados de ese tipo de cáncer. La frontera entre lo nuevo y lo antiguo, 1990, es arbitraria y no se justifica. En otros capítulos del informe es 1995, y en los modelos posteriores del propio capítulo 7 cambia a 1985; 4) los coeficientes estimados de las variables explicativas de control son poco creíbles e incompatibles con la biología humana. Según los modelos, a medida que transcurran los años noventa la supervivencia del cáncer empeoraba (signo de las dummies de efectos fijos anuales); según los modelos, ni los avances de la radioterapia ni de la cirugía han aportado nada a la supervivencia, todo avance se ha debido a los fármacos; tampoco el estadio en el momento del diagnóstico tendría, según los modelos, los efectos esperados, es más, si te diagnostican un cáncer con metástasis distantes –estadio IV– tienes mejor probabilidad de supervivencia a un año que si lo hacen en estadio III. Esto es lo que revelan los "números" de los modelos, aunque no se explique al lector típico, oncólogo desconocedor de la econometría.

En el lector atípico del *Annals of Oncology*, el que lee los números de las tablas, queda la impresión de que esos modelos tienen detrás horas de minería de datos, de ensayo y error hasta obtener los resultados deseados, y de que "callan más de lo que dicen". Ejemplares tan raros como éstos, con coeficientes de determinación de 0,999, suenan más a saldo que a ciencia. En síntesis, aunque el informe habla de inequidades en el acceso de los pacientes con cáncer a las novedades terapéuticas, refiriéndose a la variabilidad internacional en la velocidad de su difusión, no resuelve la cuestión clave, la efectividad. Llama poderosamente la atención que la prolija descripción de tiempos por países y drogas no vaya acompañada de referencias específicas ni a la efectividad ni al coste-efectividad de dichas novedades.

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Los países ricos difieren en la velocidad de difusión de los nuevos medicamentos contra el cáncer

Jönsson B, Wilking N.

A global comparison regarding patient access to cancer drugs. *Annals of Oncology*. 2007,18(Supplement 3).

Austria, Francia y Suiza son otros pioneros, mientras que en Nueva Zelanda, Polonia, la República Checa, Sudáfrica y el Reino Unido van a la cola, sobre todo en el cáncer colorrectal y el de pulmón. Aunque el proceso de autorización se ha acelerado, los retrasos se suelen producir en la posterior negociación de condiciones de reembolso y precio. La evaluación del coste-efectividad, que en algunos países es una condición necesaria para la financiación pública, se identifica en el informe como una de las causas del retraso en el acceso.

El capítulo 7, cuyo principal responsable parece ser Frank Lichtenberg, presenta modelos econométricos que, con datos agrupados y estimadores de diferencias en diferencias, pretenden concluir que las innovaciones quimioterápicas han logrado mejo-

rar la supervivencia de los pacientes en EEUU y en varios otros países. Esta es la "evidencia" del informe en cuanto a efectividad. En su capítulo de síntesis, los coordinadores del informe escriben: "La fracción del cambio de la tasa de supervivencia observada entre 1992 y 1999 que es atribuible al aumento de utilización de medicamentos lanzados desde 1990 se estimó en el 44%". Los otros dos análisis del capítulo, que también emplean datos agregados por localización de tumores y países para la serie anual 1995-2003, llegan a conclusiones similares en cuanto a efectividad.

Financiación: Roche Pharmaceuticals.

COMENTARIO (2)

El informe que comentamos es el segundo de un total de tres elaborado por los mismos autores desde 2005 al que se ha añadido un cuarto de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) de nombre algo confuso (1). El comentario de Beatriz González sobre la efectividad deja las cosas claras en ese sentido, aunque ganas dan de añadir otros, como su (¿exclusiva?) inspiración comercial.

Esta reiteración sobre el tema se inscribe en un discurso nada inocente en el que la desigualdad en el acceso a medidas que aumentan la curación del cáncer (fármacos) por causas económicas, pretende trazar una división entre los que quieren que los pacientes se curen y sobrevivan, y aquellos que desean ahorrar antes que mirar por el bien del enfermo. Así previsiones de ventas resulta sinónimo de equidad, y ésta se asocia con curación. Tremendo.

Pero aprovechando la polémica: ¿Existen inequidades y falta de acceso a las medidas que pueden beneficiar a los enfermos con cáncer? Aunque la respuesta depende ineludiblemente de la concepción normativa aplicada, por lo que sabemos, probablemente la respuesta es que, al menos, sí que existen importantes desigualdades. Hay, por ejemplo, diferencias en las tasas de utilización de tratamientos conservadores en cáncer de mama, o en el (menor) número de pacientes que se tratan con radioterapia, o en el uso de tratamientos adyuvantes, de todo lo cual existe publicación en nuestro país.

¿Qué ocurre con los nuevos citostáticos? De todas las dificultades que tenemos para que los enfermos (y su familia) obtengan todo el beneficio que es posible, las restricciones para poder utilizar el último fármaco aparecido, ocupa un lugar bastante irrelevante. Sobre todo si se compara con nuestras demoras (de acceso e internas), las dramáticas desconexiones entre profesionales y nuestros grandes y sistemáticos desacuerdos a la hora de atender a los pacientes (en las prácticas clínicas, en las formas de gestionar la enfermedad o de informar). Estos desacuerdos producen también variabilidades en el uso de citos-

táticos difícil de explicar (2). Esta es una primera cuestión que debemos no olvidar.

Sin embargo, la incorporación de nuevos citostáticos (como de cualquier tecnología) no es una cuestión fácil. ¿Qué no estamos haciendo bien en este sentido? Pues omitir el debate serio sobre las evidencias (sobre la certeza en que existe beneficio, sobre la cantidad de este beneficio y su coste) (3) y sustituirlo por decisiones inconsistentes (el MSC autoriza fármacos poco útiles y caros), y por presiones que desplazan la discusión sobre la regulación de su uso a los hospitales. Son los farmacéuticos y los prescriptores (oncólogos, hematólogos y otros) los que "con el paciente delante", deben decidir las medidas reguladoras más oportunas. De esta manera las diferencias en las decisiones finales hacen posible que un fármaco pueda tener que usarse con restricciones en un centro y con completa libertad en otro. Y una forma parcial e interesada de denominar esta situación es, en efecto, como inaccesibilidad (3).

Además, esto sucede en momentos, como bien sabe la industria, en que el instrumento terapéutico 'fármaco' se enfrenta a otros hasta ahora menos competitivos por los recursos: cuidados paliativos, radioterapia, apoyo psicológico, unidades descentralizadas, métodos de diagnóstico (PET,...).

José Expósito
UGC Oncología
HU Virgen de las Nieves. Granada

(1) SEOM (2007). Barreras de Acceso al Paciente de los Fármacos Oncológicos. www.seom.org

(2) E Briones, J Expósito, B Corbacho (2004). Utilización de citostáticos en cáncer avanzado en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/>

(3) J Expósito, et al. New Chemotherapy Treatment in advanced Cancer patients. An easily applicable evaluation of clinical efficacy and cost-effectiveness. *Acta Oncologica*. 2003;42:895-902.

(4) Jönsson B, Staginnus U, Wilking N. (2007). Acceso de los pacientes a los fármacos contra el cáncer en España. *Revista Española de Economía de la Salud*. 2007; 3:129-191.

Postgrado Universitario dirigido a liderar las innovaciones en la sanidad europea



**Master en
Administración y
Dirección de
Servicios Sanitarios**

75 ECTS

**XIX Edición
2007 - 2008**



Programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra

Fecha de inicio
22 de febrero de 2008

Objetivo
Que los alumnos adquieran conocimientos y habilidades que les permitan dirigir y gestionar centros y servicios sanitarios

Plan de estudios
El programa consta de 400 horas y se divide en cuatro partes: macrogestión, mesogestión, microgestión y métodos cuantitativos aplicados a la administración sanitaria

Duración
Viernes tarde y sábados mañana durante 11 meses lectivos

Información
Fundación Gaspar Casal.
C/ General Díaz Porlier, 78-8º A
28006 - Madrid
Tel. Información: 91 401 62 19
www.e-mads.org
e-mail: info@e-mads.org

Dirigido
Titulados superiores que deseen realizar su carrera profesional en el ámbito de la gestión sanitaria

Becas
La Fundación Gaspar Casal y las entidades colaboradoras promueven la dotación de becas

Coronariografía por TC: más razones para la precaución

García MJ, Lessick J, Hoffmann MHK.

Accuracy of 16-Row Multidetector Computed Tomography for the Assessment of Coronary Artery Stenosis. JAMA. 2006;296:403-411.

Antecedentes y objetivo

La enfermedad coronaria es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. Además de su coste, existe interés para detectar los pacientes con mayor potencial factor de riesgo cardiovascular. Los recientes avances técnicos de la tomografía computarizada multidetector (TCMD) han conseguido explorar objetos de pequeño tamaño y rápido movimiento como las arterias coronarias. Son muy escasos estudios de esta técnica en centros clínicos ajustados a las características del paciente.

La presente revisión intenta establecer la precisión diagnóstica de la TCMD de 16 detectores para la detección de enfermedad coronaria obstructiva de forma cuantitativa.

Material y métodos

Estudio prospectivo multicéntrico de 238 pacientes con probabilidad media y alta de estenosis coronaria. Excluidos pacientes con diabetes, insuficiencia renal y con marcador de Agatston (calcio coronario) >600, dado los artefactos que producen estas arterias en la imagen de TC. La TCMD de baja dosis fue evaluada por laboratorios independientes de forma ciega con la angiografía con-

vencional como prueba de referencia.

Finalmente se estudiaron 187 pacientes. En estos, de los 1629 segmentos de coronarias mayores de 2 mm de diámetro, sólo fueron valorables el 71%. Tras considerar todos los segmentos no valorables como positivos, los valores para detectar una estenosis de al menos el 70%, fueron: sensibilidad 94%; especificidad 67%; valor predictivo positivo, 6%; y valor predictivo negativo, 99%. En resumen, 143 (60%) de los 238 pacientes no tuvieron una prueba diagnóstica por alguna razón.

Conclusión

Esta tecnología es limitada por el alto número de casos no evaluables y de falsos positivos. Podría ser útil en aquellos con coronariografía indeterminada o fuerte sospecha de falso positivo en la prueba de esfuerzo (ambos casos infrecuentes).

Fuente de financiación: Philips Sistemas Médicos.

Conflictos de interés: El Dr. Hoffmann recibió honorarios de Philips (TCMD) y de Bracco (contraste).

Correspondencia: garciam@ccf.org

COMENTARIO

El estudio excluyó pacientes con alta probabilidad de enfermedad coronaria (diabetes e insuficiencia renal) y aquellos con coronariopatía calcificada de tal volumen que produciría artefactos en la TC. Aun así, presentó un número muy alto de falsos positivos y de segmentos no valorables. Se utilizó modulación de la corriente del tubo para disminuir la radiación, pero con un incremento de artefactos, de falsos positivos y segmentos no evaluables. Si no hubieran empleado esta técnica, habría más radiación y posiblemente más vasos valorables.

Además del riesgo de radiación, hay que tener en cuenta el coste. Así, ya hay una recomendación de la Asociación Americana del Corazón, en la que indica extremar la cautela a la hora de elegir técnicas de imagen cardíaca (1). En palabras de uno de los autores "Estamos todavía a décadas de saber si son coste-efectivas estas técnicas" (2). La TCMD no puede ser usada como primera técnica de imagen con sospecha de enfermedad coronaria y desde luego no como cribado. Aunque existen equipos más rápidos y con mejor tecnología que tienen que replicar esta investigación, es improbable que alcancen a la coronariografía por fluoroscopia (artículo comentado). Esta tecnología –TCMD de 64 canales– ya está en España, pero no tiene la resolución espacial de la fluoroscopia. Si la alcanzaran sería a costa de una radiación inaceptable. El riesgo de radiación no es despreciable y entre mujeres jóvenes (rango 20-30 años) se estima que una coronariografía por TC tiene un riesgo de 1% de desarrollar cáncer (2).

Aun con técnicas de TC de baja dosis, recordamos que el calcio coronario no tiene valor añadido respecto a otros factores de riesgo cardiovascular (3). Por tanto, no hay evidencia que de que cambie los eventos cardíacos a un coste aceptable ajustado por la calidad y año. En este sentido, existen otras medidas de riesgo cardiovascular para añadir al índice SCORE. En población de igual riesgo cardiovascular, menos costosas como el índice tobillo-brazo o al proteína C reactiva (4).

Estanislao Arana

Servicio de Radiología. Hospital Quirón. Valencia

(1) Gibbons RJ, Eckel RH, Jacobs AK; American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. The utilization of cardiac imaging. *Circulation*. 2006; 113:1715-1716.

(2) Einstein AJ, Milena JH, Sanjay Rajagopalan Estimating Risk of Cancer Associated With Radiation Exposure From 64-Slice Computed Tomography Coronary Angiography. *JAMA*. 2007;298:317-323.

(3) Waugh N, Black C, Walker S, McIntyre L, Cummins E, Hillis G. The effectiveness and cost-effectiveness of computed tomography screening for coronary artery disease: systematic review. *Health Technol Assess*. 2006;10:1-41.

(4) Fernández-Miranda C, Grupo Multidisciplinario para el Estudio del Riesgo Cardiovascular. Nuevas perspectivas en la medición del riesgo cardiovascular: exploraciones para detectar la aterosclerosis subclínica y marcadores de inflamación. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:344-51.

La duda lleva al examen, y el examen a la verdad: El caso rosiglitazona

Nissen SE, Wolski K.

Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes.
N Engl J Med. 2007;356:2457-71.

Introducción

La rosiglitazona es ampliamente usada para el tratamiento de la diabetes tipo 2 pero sus efectos en morbimortalidad cardiovascular no han sido determinados.

Objetivo

Comparación por metaanálisis de ensayos con rosiglitazona versus placebo o fármacos activos para evaluar los efectos cardiovasculares del fármaco.

Métodos

Se realizó una búsqueda de la literatura publicada, la web de la FDA y el registro de ensayos clínicos de GlaxoSmithKline. Los criterios de inclusión en el metaanálisis fueron los siguientes: duración de más de 24 semanas, el uso de un grupo control aleatorizado que no tomara rosiglitazona y la disponibilidad de datos de resultados de infarto de miocardio y muerte de causa cardiovascular. De los 116 estudios potenciales y relevantes, 42 cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados

El método estadístico para la combinación de resultados fue el modelo de efectos fijos. La edad media de los participantes fue de 56 años y la media basal de hemoglobina glicada fue de aproximadamente 8,2. En el grupo de rosiglitazona, comparado con el grupo control, la OR para infarto miocárdico fue de 1,43 (IC 95% 1,03 a 1,98), $p=0,03$, y la OR de muerte por causa cardiovascular fue de 1,64 (IC 95% 0,98 a 2,74), $p=0,06$.

Conclusiones

Rosiglitazona se asoció con un incremento significativo del riesgo de infarto miocárdico y con un incremento de muerte por causa cardiovascular en el límite de la significación. La limitación del estudio fue la falta de acceso a las fuentes de datos originales, que hubieran permitido la técnica de análisis *time-to-event*. A pesar de esto, tanto pacientes como proveedores deberían considerar los serios efectos secundarios potenciales derivados del tratamiento de la diabetes tipo 2 con rosiglitazona.

COMENTARIO

No es lo mismo prevenir que tratar, tampoco prevenir o tratar supone iniciar tratamiento farmacológico: abandono del hábito tabáquico y el alcohol para la prevención del cáncer de esófago o prescripción de ejercicio físico en pacientes con diversos tipos de cardiopatías, especialmente la cardiopatía isquémica. Pero si para prevenir y en menor grado al tratar, nos vemos en la tesitura de iniciar una terapia farmacológica, se precisan datos del beneficio a largo plazo y de los efectos adversos.

En el caso de la prediabetes (Glucemia Basal Alterada e Intolerancia a la Glucosa) la expresión popular "menos plato y más zapato" académicamente denominada modificación de estilos de vida (MEV), reduce la progresión a diabetes, está exenta de efectos secundarios (1), conlleva efectos más duraderos y beneficiosos para otros factores de riesgo cardiovascular e incluso es más coste/efectivo: 1.100\$ por AVAC de intervención en estilos de vida frente a los 31.300 \$ de metformina (2). En el estudio DREAM, uno de los elegidos para el metaanálisis, rosiglitazona se compara con placebo a pesar de la evidencia anteriormente citada y, aun con un NNT de 7 de gran impacto mediático (en cierto modo esperable al comparar un hipoglucemiante frente a nada), la ausencia de efecto favorable en los eventos cardiovasculares con un incremento de insuficiencia cardíaca (NNH 220), edemas (NNH 7) y aumento de peso, ponen en cuestión su uso como prevención.

En el caso de diabetes tipo 2 establecida, datos recientes de seguridad del estudio ADOPT (estudio con bastantes diferencias significativas en variable subrogadas, sin datos de morbimortalidad, y con unas pérdidas de casi 40%) revelan, además de los efectos adversos encontrados en el estudio DREAM, un aumento en la incidencia de fracturas óseas en mujeres con unos NNH de 24 y 17 comparado con metformina y glibenclamida respectivamente. Datos similares aparecen en el estudio PROactive, donde la molécula

evaluada es la pioglitazona, ¿efecto clase? Por si fuera poco, la aparición de eventos isquémicos en este metaanálisis acaba por colmar la incertidumbre acerca de la seguridad de la molécula. El patrón oro de un metaanálisis es el estudio de datos de pacientes individuales (DPI) y no agregados, pero los datos disponibles son los que son. ¿Qué conclusiones obtenemos al final? Que hoy por hoy no hay autorización de su uso para prevenir la aparición de diabetes tipo 2, además, existen opciones más coste/efectivas con las que debería compararse y, en el caso de tratamiento de pacientes mal controlados (HbA1c% >9,5) y tratados con sulfonilureas y metformina, la adición de insulina glargina es una opción (3). El resto, metformina más insulina nocturna, tal y como recomiendan las últimas guías (GEDAPS), y para aquellos con contraindicaciones, intolerancia o reticencia a las agujas: rosiglitazona y balance riesgo/beneficio bien informado. Esperamos impacientes los resultados del estudio RECORD, aunque los intervalos de confianza bajo la hipótesis de equivalencia publicados en un análisis preliminar (4) incitado tras la publicación del metaanálisis, suscitan aún más incertidumbres.

Francisco Hernansanz Iglesias

Equip d'Atenció Primària Nord (Sabadell)

(1) Diabetes Prevention Program (DPP) Study Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;346:393-403.

(2) Herman WH et al. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Annals of Internal Medicine.* 2005;142:323-332.

(3) Rosenstock J, Sugimoto D, Strange P, Stewart JA, Soltes-Rak E, Dailey G. Triple therapy in type 2 diabetes: insulin glargine or rosiglitazone added to combination therapy of sulfonylurea plus metformin in insulin-naive patients. *Diabetes Care.* 2006;29:554-9.

(4) Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H, et al. Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes—an interim analysis. *N Engl J Med.* 2007;DOI:0.1056/NEJMoA073394.

La disminución de la incidencia del cáncer de mama acompaña al descenso en la utilización de la terapia hormonal: ¿Se necesitan más pruebas?

Glass AG, Lacey JV, Carreon JD, Hoover RN.

Breast cancer incidence, 1980-2006: Combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography and estrogen receptor status. J Natl Cancer Inst. 2007;99:1152-61.

Objetivo

Observado un descenso en 2003 y 2004 en la incidencia de cáncer de mama, previamente ascendente, se procura determinar si existe una asociación entre la utilización de la terapia hormonal (TH) y los cambios en la incidencia de este cáncer.

Diseño

Estudio observacional de tendencias temporales, basado en la explotación de datos clínicos, anatomopatológicos, de farmacia y de un registro de cáncer en un sistema de seguro médico (Kaiser Permanente Northwest -EEUUAA-), desde 1980 a 2006.

Mediciones y análisis

Tasas de incidencia ajustadas por edad (medias móviles de 2 años). Se realizó un análisis de las tendencias temporales en la incidencia del cáncer de mama, la dispensación de prescripciones de TH y la utilización del cribado con mamografía. Los cambios temporales en las tasas de incidencia se midieron mediante la regresión de puntos de inflexión.

Resultados

Las tasas de incidencia conjunta ajustadas por edad por 100.000 mujeres se incrementaron en un 25% desde los comienzos de los años 80 (105,6) a 1992-1993 (131,7) y en un 15% adicional en 2000-2001 (151,3). A partir de aquí se produce una caída del 18% hasta 2003-2004 (123,6), que se prolonga ligeramente en 2005-2006 (126,2). Estos patrones son en gran medida específicos de las mujeres a partir de los 45 años y de los tumores de mama con receptor estrogénico positivo. Las tasas de incidencia de los cánceres con receptor estrogénico negativo no experimentaron ninguno de los incrementos observados en cánceres con receptores positivos pero también mostraron una abrupta caída de 2003 a 2006. Las tasas de cribado con mamografía se incrementaron bruscamente desde 1980 a 1993, momento en el que se nivelaron y a partir del cual entre el 75 y el 79% de las mujeres de 45 años o más se someten a una mamografía al menos cada 2 años. La dispensación de terapia hormonal, particularmente de formulaciones con estrógenos más progesterona, se incrementó desde 1988 hasta 2002, cuando se inicia una reducción que llega a ser del 75% aproximadamente al final del periodo.

Conclusión

Entre 1980 y 2006 las tendencias en las tasas de incidencia de cáncer de mama, particularmente para los tumores con receptores estrogénicos positivos, se comportan en paralelo a los cambios en los patrones de cribado con mamografía y de uso de la terapia hormonal con estrógenos o combinada. La reciente disminución en la incidencia de cáncer de mama puede ser explicada por el descenso en la utilización de terapia hormonal.

Fuente de financiación: National Cancer Institute (EE.UU.).

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ninguno.

Correspondencia: andrew.glass@kpchr.org

COMENTARIO

Este estudio constituye un magnífico ejemplo de uso combinado de registros para monitorizar tendencias en la incidencia de una enfermedad y establecer potenciales asociaciones causales. Todo señala hacia una relación entre cáncer de mama y utilización de terapia hormonal (TH), con una excelente argumentación por parte de los autores, desde las hipótesis previas a la sobria discusión de los resultados del estudio, limitaciones incluidas. De esta forma, se trata de un trabajo que contribuye al establecimiento definitivo de una asociación que ha sido muy contestada, a pesar de las pruebas procedentes de ensayos clínicos (1).

La TH constituye un ejemplo sorprendente de persistencia e incremento en la utilización de un tratamiento a pesar de que existía, cuando menos, una alta sospecha de que se relacionaba con la generación de cáncer (endometrio y mama). Tras años de una utilización creciente, la publicación de los citados ensayos clínicos se siguió de un marcado descenso del uso en los EE.UU. (2). En España, su uso pasó del 0,7% al 3,4% de las mujeres mayores de 40 años de 1989 a 1999 (3), última cifra encontrada en la literatura. Aunque el uso de TH en España ha estado siempre muy por debajo de EE.UU, Australia y Norte de Europa, sería de esperar que también se hubiera producido un descenso, especialmente tras la restricción en las indicaciones que realizó la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en enero de 2004. Estaría bien que aprovechando los registros existentes, se pudiera disponer de información al respecto.

El bajo uso en España se ha atribuido, en parte, a la visión negativa que han tenido y tienen las mujeres sobre su uso (4). Viendo el descenso en la incidencia de cáncer de mama que se produce tras la caída en la utilización de TH, quizás la visión de las mujeres españolas sea más razonable que la contundente afirmación que hacen conjuntamente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia: "La TH es el mejor tratamiento para la corrección de los síntomas climatéricos y su administración durante un período de 5 años, en estas mujeres, depara claramente mejores beneficios que riesgos" (5).

Víctor Sarmiento González-Nieto

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Sevilla

(1) Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AX, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288:321-33.

(2) Ravdin PM, Cronin KA, Howlader N, Berg CD, Chlebowski RT, Feuer EJ, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. N Engl J Med. 2007;356:1670-4.

(3) Benet M, Carvajal A, García J, Álvarez A, Vega T. Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización. Med Clin (Barn). 2002;119:4-8.

(4) Leal M, Alemán A, Sánchez F, Selva J. ¿Desean nuestras pacientes recibir tratamiento hormonal sustitutivo durante la menopausia? Mitos superados. Aten Primaria. 1998;22:452-3.

(5) Cano A, Palacios S, Calaf J, Parrilla J, Dueñas J, Lete I, et al. Documento de Consenso SEGO-AEEM sobre terapia hormonal sustitutiva. Prog Obstet Ginecol. 2005;48:418-20.

Uso de la resonancia magnética en la evaluación de la mama contralateral en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama

Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, Hendrick RE, Pisano ED, Hanna L, Peacock S, Smazal SF, Maki DD, Julian TB, DePeri ER, Bluemke DA, Schnall MD; ACRIN Trial 6667 Investigators Group.

MRI Evaluation of the Contralateral Breast in Women with Recently Diagnosed Breast Cancer. *New England Journal of Medicine* 2007;356:1295-303.

Objetivo

Determinar con Resonancia Magnética (RM) la existencia de cáncer silente (no detectado clínicamente o por mamografía) en la mama contralateral en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama.

Descripción del estudio

Ensayo clínico en el que 969 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama unilateral y sin anomalía en la mama contralateral, por mamografía o examen físico, se estudiaron con RM. El diagnóstico de cáncer obtenido por RM se confirmó por biopsia en los 12 meses siguientes tras entrar en el estudio. La ausencia de cáncer de mama se determinó por biopsia. La ausencia de falsos positivos se comprobó por exámenes clínicos y radiológicos de repetición durante un año.

Principales resultados

La RM detectó cáncer en la mama contralateral en 30 de las 969 (3,1%) pacientes participantes en el estudio. La sensibilidad de la RM en la mama contralateral fue del 91%, y la especificidad del 88%. El valor predictivo negativo de la RM fue del 99%.

La biopsia se realizó en base a un hallazgo positivo en la RM en 121 de las 969 mujeres (12,5%), 30 de las cuales fueron diagnosticadas de cáncer invasivo. El diámetro medio de los tumores invasivos detectados fue de 10,9 mm. La densidad de la mama, el estado menopáusico o las características histológicas del tumor primario no se correlacionó con el número de cánceres encontrados.

Conclusión

La RM permite diagnosticar cánceres en la mama contralateral que no se detectan con la mamografía convencional o examen físico en el momento del diagnóstico inicial de cáncer de mama.

Financiación: Becas del National Cancer Institute (CA 80098 y CA 79778).
Correspondencia: lehman@u.washington.edu

COMENTARIO

El diagnóstico por imagen es uno de los sectores de mayor crecimiento en medicina. Con el desarrollo de nuevas tecnologías y nuevas aplicaciones, tales técnicas se han convertido en un componente esencial de la práctica clínica (1). Múltiples estudios preliminares al expuesto confirman que los mamogramas no detectan entre el 10% y el 20% de los tumores malignos en mujeres de más de 50 años, y el porcentaje todavía es más elevado en mujeres más jóvenes cuyo tejido mamario es más denso y más difícil de diferenciar del canceroso (2). Es por ello que la agencia federal de los Estados Unidos, *Food and Drug Administration (FDA)*, desde 1991 aprobó el uso de la RM en la mama como herramienta complementaria a la mamografía en el diagnóstico del cáncer de mama. Tras la publicación de este artículo, la Asociación Americana contra el Cáncer recomendó en mujeres de alto riesgo de cáncer de mama que se hicieran una RM anual, además de la mamografía, para aumentar las probabilidades de detección precoz.

En España se diagnostican cada año 15.000 nuevos casos de cáncer de mama, lo que representa que una de cada 16-18 españolas padecerá esta enfermedad a lo largo de su vida. En la

franja de edad entre 45 y 55 años, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de nuestro país, por delante del cáncer de pulmón.

A pesar de que el coste de la RM es muy superior al de la mamografía, actualmente la combinación de ambas exploraciones para la detección precoz de cáncer de mama parece ofrecer resultados óptimos.

Silvia Ondategui Parra

Centro Médico Teknon

Centre de Recerca en Economia i Salut (GRES), Universitat Pompeu Fabra

(1) Chan S. The Importance of Strategy for the Evolving Field of Radiology. *Radiology*. 2002;224:639-648.

(2) Kriege, M. Efficacy of MRI and Mammography for Breast-Cancer Screening in Women with a Familial or Genetic Predisposition. *New England Journal of Medicine*. 2004;351(5):427-437.

(3) Grupo Español de Cáncer de Mama. <http://www.geicam.org/>

El escaso valor de las radiografías de tórax preoperatorias

Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL.

The value of screening preoperative chest X-rays: a systematic review. *Can J Anesth.* 2005;52:568-574.

Antecedentes y objetivo

Existen distintas recomendaciones sobre las radiografías de tórax (RXT) preoperatorias. Se pretende determinar si la RXT puede ser de utilidad en la atención al paciente quirúrgico.

Método

Revisión sistemática de todos los artículos publicados en Medline y Embase desde 1966 hasta 2004. Estudios prospectivos y retrospectivos, cirugía no cardíaca y no torácica en países desarrollados. Exclusión de población pediátrica, artículos de lengua no inglesa y aquellos provenientes de países que no eran del primer mundo, debido a la alta prevalencia de tuberculosis en esos países. La calidad de los artículos fue graduada en buena, media o escasa según las guías del grupo de trabajo canadiense en salud preventiva. Las diferencias entre los revisores fueron resueltas por consenso. El impacto de las radiografías anormales fue reseñado como el porcentaje de radiografías anormales que requirieron estudios adicionales, cambios en la anestesia, cambios en la cirugía y que llevaron a complicaciones perioperatorias respecto a todas las radiografías realizadas.

Resultados

De los 513 artículos identificados, sólo 14 reunieron los criterios de inclusión. De estos, únicamente 3 eran prospectivos y de calidad media. De los 11 retrospectivos, tres eran de calidad media y los 8 restantes de baja calidad. Hubo más alteraciones radiográficas en aquellos pacientes con riesgo ASA >II.

El rendimiento diagnóstico de la radiografía en pacientes menores de 50 años fue bajo, entre un 3-16%. Solamente 3 estudios indicaron que la RXT llevó a otras pruebas, entre 4% hasta un 47%. Cuando se llevaron a cabo estos estudios, en el 90% no hubo ningún cambio en la práctica clínica. El estudio prospectivo más grande sólo indicó cambios anestésicos en el 0,5% de los pacientes, aunque no se detallaron los mismos. Sólo un estudio indicó la cancelación de cirugía en un 2% debido a la RXT. Las complicaciones pulmonares postoperatorias fueron también similares entre pacientes que tenían RXT alterada (3%) y en aquellos en que no había alteraciones (2%). Asimismo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones pulmonares posoperatorias de pacientes que tenían una RXT previa (12,8%) frente a aquellos que no tenían RXT previa (16%).

Conclusiones

Basándose en la mejor evidencia disponible actual, la radiografía de tórax preoperatoria no debería realizarse en pacientes asintomáticos, independientemente de la edad. La rentabilidad diagnóstica de la radiografía de tórax se incrementa con la edad. Sin embargo la mayoría de las alteraciones son cambios crónicos y/o deducibles de la historia clínica.

Fuentes de financiación: Ninguna declarada.

Correspondencia: joo@smh.toronto.on.ca

COMENTARIO

Uno de los hábitos más arraigados es la solicitud de pruebas preoperatorias (1). Con los datos científicos disponibles, con Joo y colaboradores vuelven a demostrar que no se debe realizar radiografías de tórax preoperatorias de forma sistemática. Para que una prueba de cribado sea válida debe identificar correctamente el paciente con riesgo de mortalidad y morbilidad y tener un tratamiento disponible. La prueba también debería llevar una disminución de la morbilidad y mortalidad directa o indirectamente (2). Con las pruebas aportadas la radiografía de tórax no cumple estas características. Además de tener en cuenta el coste directo existe el riesgo vital de muerte por cáncer, que se ha estimado en 1,2 por 100.000. Hay que incluir también un resultado falso positivo, y el subsiguiente retraso en la cirugía causado por investigaciones adicionales e innecesarias, que pueden ser lesivas para el paciente y concluir en un agravamiento del problema quirúrgico principal.

El comité asesor de guías técnicas de la Asociación Médica de Ontario (Canadá), tras revisar las guías publicadas sobre la radiografía de tórax preoperatoria señala que no está indicada (1). La experiencia indica que la implantación de las guías clínicas es variable y que los cambios finales en el paciente rara-

mente suceden. El problema principal es el cambio en la conducta establecida del médico. Las recomendaciones actuales de solicitud de RXT preoperatorias no se basan en ninguna evidencia científica (1).

En nuestro país, aunque gran parte de los anestesiólogos las consideran no indicadas, las siguen pidiendo por temor a las reclamaciones legales (3). La mayoría consideran necesaria una guía científica respaldada por la comunidad autónoma y conocida por la judicatura. Este artículo es una buena muestra de que estas evidencias existen y que las pruebas preoperatorias deben tener una base racional y explícita.

Estanislao Arana

Servicio de Radiología
Hospital Quirón. Valencia

(1) Bryson GL. Has preoperative testing become a habit? *Can J Anesth.* 2005;52:557-561.

(2) Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*, 2ª ed. Toronto: Little Brown and Company; 1991.

(3) Serrano-Aguilar P, López-Bastida J, Duque González B et al. Pruebas preoperatorias rutinarias en población asintomática: opiniones y actitudes de los profesionales en Canarias. *Rev. Esp. Anestesiología. Reanim.* 2005;52:193-199.

Compara (generalistas y especialistas), que algo queda

Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J et al.

A comparison of outcomes resulting from generalists vs specialist care for a single discrete medical condition. Arch Intern Med. 2007;167:10-20.

Marco

El médico primero fue médico general, y los especialistas sólo aparecieron en el ecosistema sanitario a mediados del siglo XIX, asociados a la burguesía y al capitalismo. Desde entonces los especialistas han ganado la batalla del prestigio social, pues lo atribuyen las clases altas. Parece lógico confirmar ese mayor prestigio con estudios de comparación. ¿Qué tal lo hacen los generalistas en los pacientes con X, comparados con los especialistas en X? La comparación es interesada, pues casi siempre se ha basado en cuatro premisas no inocentes: la capacidad racional del paciente de elegir al especialista correspondiente, la capacidad del especialista de prestar servicios de acceso directo, la noción de que el todo (el paciente) es la suma de las partes (las enfermedades), y la definición de la calidad de la atención prestada con criterios de especialista. La impresión es que la calidad de los estudios de comparación es muy baja. Esta es la cuestión que analizan los autores.

Tipo de estudio

Revisión bibliográfica y valoración de la calidad metodológica de los estudios publicados.

Métodos

Los autores hacen una búsqueda de trabajos en los que se compare la atención a una sola enfermedad o situación, a pacientes individuales por generalistas y especialista. Parten de una búsqueda en MEDLINE de publicaciones sólo en inglés, la refinan y al final identifican 2.459 artículos (comprueban que en la base de datos de la Cochrane no hay más publicaciones). Excluyen publicaciones sin datos originales, los referidos a niños, en los que participaron menos de 50 pacientes en algunos de los grupos de comparación, los que no comparan realmente generalistas con especialistas, o no incluyen datos cuantitativos, o carecen de criterios de calidad de cuidados. Quedan 49 trabajos y los examinan con un listado normalizado para determinar la existencia y grado de control de tres tipos de sesgo, respecto a: 1) la selección de pacientes, 2) la experiencia y el interés del médico, y 3) las características de la organización.

Resultados

Entre los 49 trabajos analizados hay sólo dos ensayos clínicos. 24 estudios demuestran mejor atención por el especialista, 4 mejor atención por el generalista, en 13 no se demuestran diferencias, en 7 hay variaciones según la cuestión considerada, y en 1 lo importante es la experiencia del médico. El control del sesgo de selección de pacientes es mejor en los estudios en que no se demuestran diferencias o son a favor de los generalistas (en el 71% de los estudios, contra el 58% de los trabajos que concluyen a favor de los especialistas). Los trabajos que concluyen demostrando mejor atención por los especialistas controlan peor los factores de confusión.

Financiación. Parcial de la Society of General Internal Medicine.
Correspondencia: gsmetana@bidmc.harvard.edu

COMENTARIO

Escuché a una economista de la salud decir: “si uno tiene una enfermedad menor va al médico general, y si tiene una enfermedad importante va a un especialista”. Del asombro nació el Mar de la Incertidumbre (1). Hay otros aspectos de la cuestión; por ejemplo, la comparación entre especialistas y generalistas. Que se plantea muchas veces con estudios de baja calidad y sesgos varios, lo que invalida los resultados, pero confirma las expectativas (2,3). Por ejemplo, los médicos generales nos vimos continuamente avergonzados al compararse nuestra práctica con la de los ginecólogos. Estos lo hacían mucho mejor, pues prescribían mucho más “terapia hormonal substitutiva”. Cuando se demostró el peligro y las consecuencias en morbi-mortalidad de dicha terapia, nadie ha publicado artículos demostrando el número de mujeres a las que la actitud correcta de los médicos generales libró de enfermedades y muerte. Nadie ha reflexionado sobre el peligro de que los consensos, guías de práctica clínica y protocolos los apadrinen los especialistas. ¿Nadie? Al menos los canadienses han demostrado que a más participación de especialistas peor calidad científica de dichos instrumentos de promoción de la calidad (4). ¿Y con esos instrumentos se quiere medir la calidad de la atención prestada? Craso error. Los autores del trabajo comentado demuestran, además, que los estudios de comparación tienen muy baja calidad, y menos calidad los que concluyen a favor de los especialistas. Insisten en su “discusión” en que los estudios no se plantean nunca respecto a co-morbilidad, que es lo que realmente importa, y en lo que son muchos los generalistas. Lo raro es que la diferencia con los especialistas en unidades singulares de su especialidad sea tan escasamente a su favor. ¡Deberían ganar por goleada! ¿Es posible que lo hagan casi tan mal como los generalistas? ¡Aquí hay mucho que mejorar en ambos campos! A no olvidar, mejoras en la cooperación entre ambos respecto a la salud del paciente (5). Es hora de que examinemos todos, generalistas y especialistas (y gestores y políticos) cómo podemos mejorar la atención a los problemas de los pacientes cooperando mejor, dando mejor acceso, y ofreciendo cuidados más integrales.

Juan Gérvas

Médico general, Canencia de la Sierra,
Garganta de los Montes y El Cuadrón

(1) Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria. 2005;35:95-8.

(2) Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care. Discrepancies, deficiencies, and excesses. Arch Intern Med. 1998;158:1596-1608.

(3) Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. J Gen Intern Med. 1999;14:499-511.

(4) Savoie I, Kazanjian A, Bassett K. Do clinical practice guidelines reflect research evidence? J Health Services Res Policy. 2000;5:76-82.

(5) O'Malley PG, O'Malley AS. Studies comparing quality of care by specialty. Valid, relevant, or neither? Arch Intern Med. 2007;167:8-9.

El uso apropiado de la colonoscopia. Herramientas para mejorar la adecuación en el uso de las tecnologías sanitarias

Harris JK, Froehlich F, Gonvers JJ, Wietlisbach V, Burnand B, Vader JP.

The appropriateness of colonoscopy: a multi-center, international, observational study. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:150-7.

Objetivo

Examinar el uso apropiado y la necesidad de la colonoscopia en la práctica clínica de ámbito internacional y explorar algunos factores que pudieran estar asociados con la adecuación.

Diseño y ámbito. Estudio observacional retrospectivo

21 centros con especialidad en medicina digestiva de 11 países (10 países europeos y Canadá).

Participantes

Pacientes consecutivos derivados para una colonoscopia a cada centro entre diciembre de 2000 y febrero de 2002.

Medida de resultado

Uso apropiado de colonoscopia. Para determinar el uso apropiado se utilizaron los criterios elaborados por el Panel Europeo de Uso Apropiado de Endoscopia Gastrointestinal (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy – EPAGE), utilizando el método de uso apropiado desarrollado por la RAND Corporation.

Análisis

Se realizaron análisis descriptivos y exploratorios de las características de los pacientes en función del uso apropiado de la colonoscopia. Asimismo, se realizó un análisis de regresión logística multivariable para examinar la asociación entre las características de los pacientes y el uso apropiado o necesario de las indicaciones en comparación con el uso inapropiado o incierto.

Resultados

Para este estudio se incluyeron inicialmente 6004 pacientes de los que se seleccionaron 5213 (86,8%) que se habían sometido a una colonoscopia y que habían tenido una valoración del uso apropiado de esta. De acuerdo con los criterios utilizados se concluyó que un 20% de las colonoscopias fueron necesarias, un 26% apropiadas, un 27% inciertas y otro 27% inapropiadas. Comparados con los pacientes sanos o de edades comprendidas entre los 45 y 54 años, los pacientes mayores y aquellos con una enfermedad grave tuvieron una mayor probabilidad de haberse hecho una colonoscopia calificada como apropiada o necesaria. La probabilidad de tener una indicación considerada apropiada o necesaria fue mayor en los pacientes que se sometieron a una colonoscopia debido a anemia ferropénica frente a los que tuvieron una colonoscopia de cribado [OR:30,84, IC 95%:19,79-48,06]. Asimismo ocurrió cuando la colonoscopia se hizo debido a cambios en los hábitos intestinales versus cribado [OR:3,69, IC 95%:2,74-4,96]. Por el contrario, la probabilidad de tener una indicación apropiada o necesaria fue menor cuando los pacientes se sometieron a una colonoscopia debido a dolor abdominal [OR:0,64, IC 95%: 0,49-0,83] o diarrea crónica [OR:0,54, IC 95%: 0,40-0,75], siempre comparando con la colonoscopia de cribado.

Conclusiones

Este estudio identificó proporciones importantes de colonoscopias inapropiadas. Más de una cuarta parte de colonoscopias realizadas eran inadecuadas, lo que sugiere el uso excesivo de la colonoscopia. Los criterios de idoneidad están especialmente indicados en los pacientes más jóvenes y en pacientes con síntomas no específicos, tales como dolor abdominal y diarrea, con ello se puede disminuir la sobreexplotación y aumentar la calidad de la atención.

Financiación: Swiss National Science Foundation.

Conflictos de interés: No constan.

Correspondencia: jhon-paul.vader@chuv.ch

COMENTARIO

La exploración endoscópica del tracto digestivo inferior es un procedimiento ambulatorio de rutina en gastroenterología de adultos, útil tanto como herramienta diagnóstica como pronóstica y terapéutica. La colonoscopia sigue constituyendo un reto para muchos endoscopistas (1), siendo considerada la técnica diagnóstica que requiere mayor nivel de especialización en Endoscopia Digestiva.

El aumento de la carga asistencial en las unidades de endoscopia nos lleva a pensar en la probable sobreutilización no adecuada del recurso, lo que pone en franco riesgo la eficiencia de los servicios, además de someter a posibles daños a los pacientes que la reciben de forma inadecuada.

Los estudios de variabilidad de la práctica médica (2) nos han mostrado que en intervenciones con alto grado de variabilidad se suelen encontrar situaciones de incertidumbre o lagunas de conocimiento respecto al uso de la tecnología. Si se tiene en cuenta que los ensayos clínicos no pueden abarcar todas las situaciones que se pueden plantear en la práctica clínica, se crea una brecha entre las conclusiones que se pueden extraer de los ensayos y la práctica clínica diaria. Se da la situación de intervenciones bien respaldadas por ensayos clínicos, pero que se han probado en pacientes que solo representan una parte del tipo de pacientes que luego se encontrarán en las consultas.

Con objeto de solventar estos escenarios se constituyen los denominados “paneles de expertos” como instrumento de consenso formal. Esta metodología de trabajo, que fue diseñada en los años 80 por la RAND Corporation (3), trata de integrar la mejor evidencia disponible con el juicio de los expertos. En este artículo se aprecia uno de los posibles productos derivados de aplicar tal metodología (4): la aplicación de unos criterios estandarizados a una muestra de pacientes de manera que la realización en este caso de la colonoscopia pueda calificarse como apropiada, inapropiada o dudosa.

Este tipo de metodologías podría ayudar a los sistemas de salud a seleccionar pacientes en los que el beneficio de realizar una intervención supere a los riesgos. Es conocido que los casos de sobreutilización coexisten con los casos de infrautilización, por lo que son dos sentidos en los que habría que trabajar. Pero ya con una dirección clara: mejorar la adecuación.

Juan Máximo Molina Linde y Román Villegas Portero

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Sevilla

(1) Waye JD, Rex DK, Williams CB (eds). *Colonoscopy: principles and practice*. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2003.

(2) Harris JK, Vader JP, Wietlisbach V, Burnand B, Gonvers JJ, Froehlich F, et al. Variations in colonoscopy practice in Europe: a multicentre descriptive study (EPAGE). *Scand J Gastroenterol.* 2007;42:126-34.

(3) Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. *The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. Santa Monica, CA: RAND Publication MR-1269;2001.

(4) Vader JP, Burnand B, Froehlich F et al. The European Panel on Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE): project and methods. *Endoscopy.* 1999;31:572-8.

Evaluación económica de un ensayo clínico aleatorio del tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes

Byford S, Barrett B, Roberts C, Clark A, Edwards et al.

Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:436-440.

Objetivo

La anorexia nerviosa es asociada comúnmente a discapacidad física, psicológica y social, a altos niveles de mortalidad y a unos elevados costes de la enfermedad. Los pacientes con anorexia nerviosa son frecuentemente admitidos en el hospital, tratándose de una opción costosa. Una revisión sistemática reciente no identificó ninguna evaluación económica de los tratamientos de la anorexia nerviosa. El objetivo del estudio es realizar una evaluación económica de las diferentes estrategias existentes en el manejo de la anorexia nerviosa, utilizando para ello los datos primarios de efectividad y de costes recogidos en un ensayo clínico aleatorio (1).

Pacientes y ámbito de estudio

En el ensayo se reclutó a adolescentes entre 12 y 18 años con diagnóstico de anorexia nerviosa (DSM-IV), entre los años 2000 y 2003 en el noroeste de Inglaterra.

Intervenciones

Tres tipos de intervenciones: a) ingreso hospitalario, de al menos 6 semanas, en una unidad psiquiátrica, b) atención especializada sin ingreso hospitalario (hospital de día) y c) atención, sin ingreso, en unidades de salud mental comunitarias que en caso de necesidad contactaban con otros niveles de atención.

Medida de resultado

Para la evaluación clínica y económica se utilizó la escala media de resultado de Morgam-Russell (MRAOS) ajustada para adolescentes, a los 2 años de iniciado el tratamiento.

Costes

En el cálculo de costes se adoptó una amplia perspectiva con el fin de capturar los diferentes usos de recursos implicados: sanitarios, servicios sociales, educación, voluntarios y privados. Los costes se recogieron durante un periodo de 2 años, utilizando fuentes de datos primarias y secundarias. Para descontar los costes del segundo año se utilizó una tasa de descuento del 3,5%.

Análisis

Todos los análisis se realizaron por intención de tratar. La eficiencia fue determinada obteniendo los ratios coste-efectividad incrementales de las alternativas estudiadas. Se realizó un análisis de sensibilidad sobre la tasa de descuento.

Resultados

Se obtuvieron datos clínicos de 151 pacientes y datos económicos completos en el periodo de 2 años de 135 pacientes (81% del total de pacientes incorporados en el ensayo), no existiendo diferencias significativas (edad, género, MRAOS basal) entre los diferentes grupos, ni entre los incluidos en la evaluación económica y los casos perdidos.

No hubo diferencias significativas en los 3 grupos por intención de tratar en la variable de efectividad (MRAOS): 8,3 en pacientes con ingreso, 8,4 en pacientes sin ingreso y 8,3 en pacientes atendidos en unidades de salud mental comunitaria ($p=0,838$). Tampoco hubo diferencias en la variable de costes a los 2 años de tratamiento: 34531, 26378 y 40794 respectivamente ($p=0,426$), siendo los costes hospitalarios, en torno al 90% en cada una de las alternativas compara-

das, los más relevantes. Respecto a los ratios coste efectividad, la alternativa de atención especializada sin ingreso fue dominante (misma efectividad y coste inferior) respecto a las otras.

Conclusiones

La alternativa de atención especializada sin ingreso es la opción dominante en términos de rentabilidad incremental observada.

Financiación: UK National Health Service Health Technology Assessment programme, Grant No. 97/42/02.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: s.byford@iop.kcl.ac.uk

COMENTARIO

La anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta especialmente a la población adolescente y que tiene una mayor incidencia entre mujeres (proporción de 10 a 1). Por otro lado, la anorexia nerviosa es una enfermedad potencialmente letal con una mortalidad del 0,56% al año. En España, la prevalencia estimada de anorexia nerviosa se sitúa en torno al 0,5% de la población adolescente femenina, constituyendo un serio problema de salud pública, de perspectivas nada optimistas y con unas repercusiones económicas evidentes.

Este estudio presenta los resultados de la primera y única evaluación económica existente de los diferentes abordajes existentes en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Es interesante por varias razones, la primera porque se basa en datos primarios de un ensayo clínico, la segunda porque no encuentra diferencias significativas en la efectividad de las alternativas existentes, los tres tratamientos producen el mismo efecto, y la tercera es porque a pesar de no alcanzar significación estadística, sí que existieron grandes diferencias substanciales en los resultados referentes a los costes observados. Ello fue debido, según comentan los propios autores, a que el tamaño muestral elegido no fue el adecuado desde el punto de vista de los costes, los cálculos muestrales se basaron en la medida de resultado (MRAOS).

Dado que existen ciertas similitudes entre el país donde se realiza el estudio y el nuestro: modelos organizativos con características relativamente semejantes al nuestro, niveles de atención sanitaria de la anorexia prácticamente iguales e incluso, población adolescente a riesgo, los resultados de este estudio, pese a sus limitaciones, podrían generalizarse y orientarnos en el sentido de utilizar la estrategia más coste efectiva: atención especializada sin ingreso hospitalario.

Manuel Ridao

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

(1) Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:427-435.

Eficiencia, incertidumbre y disponibilidad de terapias alternativas explicarían las decisiones del NICE

Tappenden P, Brazier J, Ratcliffe J, Chilcott J.

A stated preference binary choice experiment to explore NICE decision making. *Pharmacoeconomics*. 2007;25:685-93.

Objetivo

Analizar si el NICE tiene en cuenta otras consideraciones aparte de la relación coste-efectividad incremental en sus evaluaciones de nuevas tecnologías sanitarias. Concretamente, este estudio se centra en las ponderaciones actuales entre eficiencia y ciertos objetivos de equidad.

Diseño

Experimento de elección binaria a partir de preferencias declaradas por los miembros de los Appraisal Committees del NICE. Cada cuestionario constó de 18 escenarios (de los 108 posibles) obtenidos a partir de la combinación de los niveles especificados para 5 atributos: ratio coste-efectividad incremental (15.000, 25.000 y 35.000£/QALY), nivel de incertidumbre (bajo y alto), edad media de los pacientes que se beneficiarían (<18, 18-64, >64 años), utilidad previa a la intervención (índice de HR-QOL igual a 0,25, 0,50, 0,75) y disponibilidad de terapias alternativas (sí, no). Dada la interdependencia entre las respuestas de un mismo encuestado se estimó un modelo logit binario de efectos aleatorios. La validez interna de las respuestas se contrastó mediante una prueba de consistencia lógica.

Resultados

A partir de los 37 cuestionarios cumplimentados (tasa de respuesta del 46%) el modelo indica que incrementos en la ratio coste-efectividad incremental, un nivel elevado de incertidumbre y la disponibilidad de terapias alternativas están asociados con una reducción estadísticamente significativa en la probabilidad de recomendación positiva por parte del NICE. El hecho de que el término constante resultara estadísticamente significativo sugiere cierta predisposición a recomendar la tecnología innovadora. Sólo dos (1,36%) pares de respuestas fueron inconsistentes.

Conclusiones

Los resultados del experimento apoyan la teoría de una curva probabilística de adopción/rechazo en lugar de un criterio único como el valor umbral para la relación coste-efectividad.

Financiación y conflicto de intereses: Se declaran inexistentes.

Correspondencia: P.Tappenden@Sheffield.ac.uk

COMENTARIO

Quizá por ser el centro pionero, quizá por cierta tradición anglosajona de "accountability", las decisiones del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) siempre se han sometido a un riguroso escrutinio. Mientras fuera del Reino Unido se considera un ejemplo a estudiar, dentro del mismo hace ya años que se propuso su renovación (1) para dotarlo de mayor transparencia, tarea que se ha cubierto con discretos resultados (2-4) a la vista de publicaciones como la aquí comentada y una investigación a partir de entrevistas semiestructuradas (5).

De este modo, continúa la incertidumbre acerca de los criterios en los que se basan sus decisiones y numerosos estudios han intentado estimar qué variables tendrían un mayor peso específico en las mismas: ante la sugerencia de un valor umbral de 30.000 £/QALY (6), el NICE respondió que ni existen argumentos para defender un valor concreto para dicho criterio ni se pueden dejar de considerar otros criterios en las evaluaciones (2). Asimismo, se sugirió la existencia de una curva en la que la probabilidad de rechazo creciera con la relación coste-efectividad de la tecnología.

Acerca del papel de otros factores, un análisis de elección discreta de las decisiones del NICE concluyó que éstas son mejor explicadas por la relación coste-efectividad, el nivel de incertidumbre y la carga de la enfermedad que por la mera consideración de un umbral de eficiencia, que se estimó mayor de las habituales 20.000-30.000£/QALY (7).

Este estudio no consideró la carga de la enfermedad como variable explicativa de la probabilidad de decisión de adopción/rechazo, y concluye que es significativa la existencia de terapias alternativas a

la tecnología evaluada. De este modo, sus conclusiones apoyan las nociones planteadas anteriormente de curva probabilística a partir de la relación coste-efectividad (2) y la consideración de otras variables aparte de la eficiencia en el proceso de toma de decisiones (7). Otras variables (por ejemplo, tecnologías que mejoran la calidad de vida del paciente versus aquellas que tratan enfermedades letales) podrían incluirse en posteriores investigaciones.

A pesar de las limitaciones señaladas por los autores (las inherentes a cualquier cuestionario, la tasa de respuesta, la igual ponderación de las respuestas de cada encuestado), este sencillo experimento aporta algo más de luz acerca de los criterios empleados por el NICE para la toma de sus esperadas decisiones.

Carlos Polanco Sánchez

HEOR, IMS Health

(1) Smith R. The failings of NICE. *BMJ*. 2000;321:1363-4.

(2) Rawlins MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgements. *BMJ*. 2004;329:224-7.

(3) Rawlins MD. Scientific and social value judgements. London: NICE. 2004:1-20.

(4) National Institute for Health and Clinical Excellence. Social value judgements: principles for the development of NICE guidance. London: NICE. 2005:1-37.

(5) Bryan S, Williams I, McIver S. Seeing the NICE side of cost-effectiveness analysis: a qualitative investigation of the use of CEA in NICE technology appraisals. *Health Econ*. 2007;16:179-93.

(6) Devlin N, Parkin D, Gold M. WHO evaluates NICE. *BMJ*. 2003;327:1061-2.

(7) Devlin N, Parkin D. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Econ*. 2004; 13: 437-52.

El santo y la limosna: la atribución de los beneficios de las intervenciones sanitarias y los cambios en factores de riesgo

Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S.

Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med.* 2007;356(23):2388-98.

Objetivo

En los Estados Unidos, la mortalidad por enfermedades coronarias ha disminuido notablemente en las dos últimas décadas. El objetivo del estudio fue determinar qué parte de esta disminución podía ser explicada por el uso de tratamientos médicos y quirúrgicos, y qué otra parte por cambios en los factores de riesgo cardiovasculares.

Métodos

Se aplicó un modelo estadístico previamente validado (IMPACT) a datos sobre el uso y la efectividad de tratamientos cardíacos específicos y sobre cambios en los factores de riesgo, entre los años 1980 y 2000, en adultos de 25 a 84 años. Para ello se utilizaron datos del censo de población y de estadísticas vitales. Se calcularon el número de muertes esperadas en el año 2000 si se hubieran dado las tasas de mortalidad del año 1980, una vez ajustadas por cambios en la estructura de la población. La diferencia entre el número observado de muertes y el esperado por enfermedades coronarias en el año 2000 fue distribuida entre los tratamientos y los factores de riesgo incluidos en el análisis, utilizando datos publicados sobre la efectividad y la frecuencia de uso de los tratamientos, y la mortalidad específica de cada diagnóstico.

Resultados

Entre 1980 y 2000, la tasa de mortalidad de enfermedades coronarias disminuyó de 542,9 a 266,8 muertes por 100.000 habitantes en hombres, y de 263,3 a 134,4 muertes por 100.000 habitantes en mujeres; el resultado son 341.745 menos muertes por enfermedades

des coronarias en el año 2000. El modelo explica el 90% del descenso en el número de muertes por enfermedades coronarias.

El 47% de este descenso fue atribuible a tratamientos, incluyendo terapias de prevención secundaria después de IAM o revascularización (bypass o angioplastia) (11%), tratamientos iniciales para IAM o angina inestable (10%), tratamientos para el fallo cardíaco e hipertensión (9%), revascularización para la angina crónica (5%) y otras terapias (12%).

Un 44% fue atribuido a cambios en los factores de riesgo, incluyendo reducciones en el nivel de colesterol total (24%), presión sistólica (20%), prevalencia de tabaquismo (12%) e inactividad física (5%), a pesar de que estas reducciones se compensaban en parte por aumentos en el índice de masa corporal y en la prevalencia de diabetes, que representaron un aumento del número de muertes (8% y 10%, respectivamente).

Conclusiones

Aproximadamente, la mitad de la disminución en la mortalidad por enfermedad coronaria entre los años 1980 y 2000 puede ser atribuible a reducciones en los principales factores de riesgo, y la otra mitad a terapias médicas y quirúrgicas basadas en la evidencia.

Financiación: Ninguna adicional a las instituciones de trabajo de los autores.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: capewell@liverpool.ac.uk.

COMENTARIO

El modelo IMPACT ha sido desarrollado por el equipo investigador de uno de los autores del estudio y ha sido previamente validado en Finlandia, Inglaterra, Gales, Irlanda, Nueva Zelanda y Beijing. Los resultados del presente análisis muestran que la disminución de la mortalidad es atribuible a partes iguales a ambos factores, algo parecido a como sucedía en Irlanda y Nueva Zelanda. Los resultados para Inglaterra y Gales daban más importancia a los cambios en los factores de riesgo, algo que era todavía más acusado en Finlandia y Beijing.

Los resultados pueden verse desde dos puntos de vista. El primero, el que pone el énfasis en la tecnología y su impacto positivo en el estado de salud de la población. Que el 50% de la disminución en la mortalidad se deba al impacto de la tecnología es envidiable para el tratamiento de otras muchas patologías, y claramente pasaría un análisis coste-beneficio, como lo ha demostrado David Cutler en Estados Unidos, y Beatriz González y Jaime Pinilla en España, para condiciones relacionadas (1, 2). A nivel micro, cabe decir también que todas las tecnologías que disminuyen la mortalidad y tienen una traducción inmediata en años de vida ganados fácilmente son eficientes, y resulta interesante medir su eficiencia relativa (coste-efectividad incremental).

El segundo punto de vista sería el de la salud pública. Es igualmente envidiable que el 50% de la disminución en la mortalidad se deba a cambios en los factores de riesgo, relacionados con estilos de vida, es decir, hacer dieta sana, hacer ejercicio físico, disminuir el tabaquismo, etc., que claramente pasarían un análisis coste-beneficio.

Pensando en que los resultados puedan ser más o menos trasladables a nuestro entorno, vale la pena seguir insistiendo en la prevención primaria de la enfermedad coronaria, y en seguir garantizando el acceso a tratamientos efectivos.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
Agència de Salut Pública de Barcelona

(1) Cutler D, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs* 2001;20(5):11-29.

(2) López-Varcárcel BG, Pinilla J. The medical impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease. *Value in Health (OnlineEarly Articles)*. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00217.x

Pagos asociados a la adhesión a recomendaciones basadas en la evidencia pueden afectar positivamente la provisión de cuidados de alta calidad

Gilmore AS, Zhao Y, Kang N, Ryskina KL, Legorreta A, Taira DA, Chung RS.

Patient Outcomes and Evidence-based Medicine in a Preferred Provider Organization Setting: A six year evaluation of a physician Pay-for Performance Program. Health Ser Res. 2007;42(6):2140-58.

Antecedentes

Existen pruebas de la utilidad del pago a médicos en función de su desempeño (*Pay for performance* o *P4P*). Sin embargo, éstas se han analizado en un contexto organizativo distinto a las Preferred Provider Organizations (PPO).

Objetivo

Determinar si –en una PPO– la calidad de los cuidados que reciben los pacientes atendidos por médicos con incentivos ligados a cumplimiento de recomendaciones basadas en la evidencia, es mejor que la de los cuidados recibidos por pacientes tratados por médicos que no participan de esos incentivos.

Métodos

Estudio de intervención con dos grupos control no equivalentes: a) aquellos que eligieron ser atendidos por médicos dentro del programa de incentivos (grupo intervención); b) aquellos que eligieron ser atendidos por médicos fuera del programa de incentivos (grupo control 1); y c) aquellos que eligieron médicos de ambos grupos, alternativamente (grupo control 2). *Población y ámbito:* Información clínico administrativa de los asegurados en una PPO hawaiana que eligieron ser atendidos durante el período de estudio y fueron considerados elegibles para alguno de los 11 criterios de calidad estudiados. *Variable dependiente (intervención):* el programa de incentivos consistió en el pago directo de una cantidad de dinero en función del grado de adhesión a las guías y de la posición relativa con respecto a los médicos con el mismo grado de desempeño. A partir del tercer año, los médicos tenían acceso a una bolsa de dinero adicional. Además del incentivo financiero, los médicos recibían información sobre su grado de cumplimiento, su posición relativa con respecto a otros, la satisfacción de sus pacientes, etc. Los médicos podían solicitar información sobre los pacientes que computaban en numerador y denominador de su tasa de desempeño. *Variables de ajuste:* edad, sexo, número de visitas durante el período, interacción entre el tiempo y el grupo de intervención elegido por los pacientes, pertenencia al programa de incentivos en el año precedente.

Resultados

222.213 asegurados fueron elegibles para al menos uno de los indicadores de calidad entre 1998 y 2003. La intensidad del incentivo osciló entre el 1% en 1998 y el 7,5% de la base salarial a partir del tercer año. La mediana de pago osciló entre 1.890\$ en 1998 y 3.744\$ en 2003. El riesgo de recibir cuidados recomendados fue al final del período un 27% mayor en el grupo de intervención que en el grupo sin incentivos [la OR osciló entre 1,06 (IC95%:1,03 - 1,08) el 1 año y 1,27 (IC95% 1,09 - 1,40) el sexto año]. La incorporación de dinero adicional, a mitad de período, provocó un acusado incremento en la mejora de los indicadores. En el grupo de intervención en el que existían médicos adheridos y no al programa, el grado de cumplimiento con respecto al grupo control sin incentivos decreció a lo largo del período de estudio.

Conclusiones

Los modelos de pago a médicos ligados a la adhesión a recomendaciones basadas en la evidencia pueden afectar positivamente a la provisión de cuidados de alta calidad.

Financiación: Hawaii Medical Service Association, Honolulu, Hawaii.

Conflictos de interés: Chung y Taira son trabajadores de la PPO objeto de estudio. La PPO ha revisado los manuscritos previa publicación.

COMENTARIO

Una prueba más de las posibilidades de asociar incentivos a prestación de calidad, esta vez en un escenario distinto al habitual, una PPO y en Hawai. Los resultados son interesantes porque se producen en el contexto de un modelo organizativo en el que no serían esperables mejoras tan claras como las observadas; a saber: a) en las PPO la responsabilidad sobre los cuidados de los pacientes es compartida por múltiples médicos; b) no existen médicos “generalistas” con la función de puerta de entrada; c) existe un fuerte componente de libertad de elección en los asegurados; y, d) en las PPO no es usual la utilización fórmulas que contribuyan al uso de guías de práctica (1) (transferencia de riesgo financiero al proveedor mediante reembolso capitativo ajustado, o programas de *disease management*, por ejemplo). Los resultados son también relevantes porque enfatizan la importancia de tres elementos en la eficacia potencial de un programa de pago por desempeño (ninguna novedad por otra parte) (2); a saber: a) no todos los indicadores tienen la misma sensibilidad al incentivo; b) aquellos indicadores cuya cumplimentación depende de otros (grado de adhesión de los asegurados) deben considerarse diferenciadamente; y c) la cantidad de incentivo individual importa.

Llama la atención –por contraste– la preocupación creciente en USA por el P4P (3,4) y la falta de interés de nuestro sistema por afrontar el pago variable. Curiosamente, cuando la mayor parte de pruebas sobre sus bondades y límites proceden de modelos organizativos con características relativamente semejantes al nuestro, incluido el acceso a través de médico generalista, los cuidados integrados, y el pago por salario (algunas HMO) o aseguradoras que afectan a una gran parte de la población y actúan como monopsonio (Blue Cross Blue Shield en Hawai, aseguradora que acoge la PPO estudiada).

Enrique Bernal-Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

(1) Bodenheimer TS Grumbach K Understanding Health Policy. A clinical Approach. New York: Lange Medical Books/McGraw Hill 2002, 3rd edition.

(2) Economía, organización y gestión de la empresa. Barcelona: Ariel, 1993.

(3) Wennberg J, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN Extending the P4P Agenda, Part 1: How Medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. Health Aff. 2007;6:1564-74.

(4) Wennberg J, Fisher ES, Skinner JS, Bronner KK Extending the P4P Agenda, Part 2: How Medicare can reduce waste and improve the care of the Chronically Ill. Health Aff. 2007;26:1575-85.

A vueltas con los visados. Una revisión sistemática

Puig-Junoy J, Moreno-Torres I.

Impact of Pharmaceutical Prior Authorisation Policies. A Systematic Review of the Literature. *Pharmacoeconomics*. 2007;25:637-48.

Objetivo

Sintetizar y resumir el estado del conocimiento acerca del impacto de las políticas de autorización previa en la utilización de medicamentos, en el gasto sanitario no farmacéutico y en los resultados en salud.

Método

Revisión sistemática de la evidencia disponible desde enero de 1985 hasta septiembre de 2006 en las bases de datos bibliográficas PubMed, EconLit, Web of science y otras fuentes en Internet como el Google Académico. Se seleccionaron artículos que reunieran los siguientes criterios: 1) publicados en revistas sometidas a revisión por pares; 2) estudios que aislaran el efecto de la autorización previa cuando ésta se aplicara simultáneamente con otras medidas administrativas; 3) estudios que midieran el impacto de la medida en la utilización de medicamentos, en el gasto farmacéutico, utilización en servicios de salud, gasto en servicios de salud, resultados en salud y/o calidad de vida; 4) estudios diseñados como ensayos controlados aleatorizados o no, estudios de medidas repetidas, estudios de series temporales interrumpidas y estudios antes y después.

Resultados

Se identificaron 15 estudios que cumplían los criterios de selección. Doce analizaron el impacto de las políticas de autorización previa en el consumo o gasto farmacéutico, observando un descenso significativo en el consumo y/o gasto farmacéutico por paciente de los fármacos directamente afectados por la medida y una disminución del consumo farmacéutico global, o un aumento en el caso de la retirada de la autorización previa. Ningún estudio estimó los cambios en la adecuación de las prescripciones. Siete estudios analizaron el impacto de la autorización previa farmacéutica en el consumo y el gasto de otros servicios de salud, su implementación no se asoció con cambios significativos en la utilización de servicios médicos (visitas ambulatorias, ingresos hospitalarios, etc.) a excepción de un estudio que analiza el impacto de la autorización previa aplicada a la cimetidina. Un estudio analizó el impacto de la autorización previa en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes mediante una encuesta por correo, concluyendo que no afectó a la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, el número de encuestas completadas fue muy escaso.

Conclusiones

La implantación de la autorización previa tuvo efecto disminuyendo el gasto y consumo de los fármacos directamente afectados por la medida y disminuyendo también el gasto farmacéutico global. Los cambios de resultados en salud atribuidos a las políticas de autorización previa aún no han sido evaluados, aunque la utilización de otros servicios de salud nos podría indicar indirectamente la aparición o no de complicaciones o efectos negativos para la salud como resultado de su uso.

Financiación: MSD y una beca del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC2003-00036).

Conflicto de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: jaume.puig@upf.edu

COMENTARIO

En los últimos años el gasto farmacéutico ha experimentado un crecimiento muy por encima del gasto sanitario total. Es poco sostenible para el presupuesto público mantener una financiación uniforme e indiscriminada de todos los medicamentos que se introducen en el mercado. Para atenuar este problema de sostenibilidad, los gestores sanitarios aplican diferentes estrategias siendo ya frecuente requerir la autorización previa para acceder a determinados medicamentos.

En España se ha abierto un importante debate alrededor de los sistemas de autorización previa (visados de inspección), sobre todo que éstos puedan basarse en criterios esencialmente económicos. Sin embargo, parece sensato y ético que la relación coste-efectividad de los medicamentos debería ser una buena guía para identificar prioridades en relación a su financiación pública.

Por otra parte, también es cierto, como señalan Puig-Junoy y Meneu, que esta medida tiene limitaciones evidentes, tales como: el elevado coste de su gestión; el coste de oportunidad relacionado con el retraso en el tratamiento; la escasa o nula contribución a la responsabilización de los prescriptores y al aumento de su capacidad de gestión; el mantenimiento de los incentivos para los prescriptores que permanecen inalterados por esta medida; la incertidumbre poblacional y el exceso de riesgo empresarial que impone su discrecionalidad; y, la escasa evidencia sobre la capacidad de contención del gasto a largo plazo (1).

La revisión objeto de este comentario nos muestra que en algunos ámbitos esta medida puede ser un sistema efectivo para la contención del gasto farmacéutico, al menos a corto plazo, sin al parecer afectar negativamente en la utilización de otros servicios sanitarios. Sin embargo, a la hora de utilizar estas medidas hay que tener en cuenta unos principios básicos, como los sugeridos por Soumerai et al (2), que tengan en cuenta las limitaciones de estas medidas, de forma que se maximicen sus beneficios y se minimicen los riesgos de los pacientes. A pesar de que uno de los objetivos principales del visado de inspección es el uso racional de los medicamentos, llama la atención en el trabajo de Puig-Junoy et al que ninguno de los estudios revisados analizara los cambios en la adecuación de la prescripción tras la implantación de la medida, aspecto de gran relevancia.

Esta revisión nos muestra, además, que la evaluación de políticas de financiación es frecuentemente inadecuada. Es imprescindible la evaluación rigurosa de estas medidas, no únicamente en relación al gasto y utilización de servicios sanitarios, sino también su impacto en los resultados relacionados con la salud de los pacientes. Y dado que su impacto puede ser muy diferente según las estructuras de los sistemas sanitarios y las características específicas de cada población, es necesaria la evaluación de estas medidas en nuestro ámbito.

Gabriel Sanfélix Gimeno

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP)

(1) Puig-Junoy J, Meneu R. Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos. *Gest Clin Sanit*. 2006;7:88-94.

(2) Soumerai SB. Benefits and risks of increasing restrictions on access to costly drugs in Medicaid. *Health Affairs*. 2004;23:135-46.

El Cuadro de Mandos Integral ayuda a una mejor gestión de las organizaciones

Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Durán J, Artacoz L, Camprubí E, Cusí M, Rodríguez Montuquín P, Armengol Josep M, Jiménez G.

El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de Salud Pública.
Gac Sanit. 2007;21:60-5.

Objetivos

Implantar el CMI o Balanced Scorecard en una organización de Salud Pública para alinear la gestión diaria de la dirección con los objetivos estratégicos generales de la propia organización.

Métodos

Adaptar los conceptos de CMI para una organización sanitaria pública como instrumento de dirección. La primera tarea del Equipo Directivo, apoyado por un consultor externo, fue identificar los actores del sistema, accionistas y clientes, así como la descripción y el análisis de procesos sobre los que se articula la actividad.

A partir de aquí, en el año 2002, el Comité de Dirección construyó un CMI, sujeto a una posterior evaluación y a una reformulación periódica del mismo. Posteriormente se crearon CMI para distintas direcciones y servicios de la organización.

Discusión y Conclusiones

Aun siendo difícil atribuir determinados cambios a una causa concreta, hay algunas mejoras en gestión que pueden ser atribuibles a la implantación del CMI en la organización. Gracias a la implantación del CMI se ha logrado una cohesión del equipo de dirección y el conjunto de la organización, así, los objetivos estratégicos de la organización están presentes en el trabajo cotidiano de las personas.

Los autores afirman que se ha logrado en gran medida la integración de todos los elementos relacionados con los clientes, se está trabajando en mejorar los procesos internos transversales y se ha desarrollado de manera sistemática y general los elementos orientados al crecimiento y al desarrollo de sus mandos y de todo el personal. Apuntan como prueba irrefutable de la cohesión en la organización, que tras las elecciones autonómicas en Cataluña se modificó sustancialmente el equipo directivo de la organización y la actividad se mantuvo muy satisfactoriamente.

COMENTARIO

El CMI o Balanced Scorecard fue desarrollado por Kaplan y Norton (1) (2) como una herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporciona a la alta dirección y a las funciones responsables una visión comprensible del negocio o de su área de responsabilidad. La información aportada por el CMI permite enfocar y alinear los equipos directivos, las unidades de negocio, los recursos y los procesos con las estrategias de la organización.

Siempre es difícil aplicar estos conceptos puramente empresariales a una organización sanitaria pública donde se asumen tareas de protección de la salud (3), como son: control de riesgos alimentarios, medioambientales, actividades de salud laboral, vigilancia epidemiológica, elaboración de sistemas de información y actividades de prevención y promoción de la salud. Especialmente complicado resulta, al menos, distinguir quiénes son los accionistas, en este caso, un organismo consorciado del ayuntamiento y el gobierno autónomo, en último término son los ciudadanos, que están presentes en la Junta de Gobierno por los representantes de las Administraciones Públicas propietarias de la organización, éstos serán los que decidan los recursos y los objetivos planteados. Con una peculiaridad, que los propietarios de una organización sanitaria esperan algo más que la ausencia de déficit presupuestario o generación de ingresos, tiene una misión y unos valores y su desempeño debe ir alineado con ellos, además de venir condicionado con los recursos asignados y el marco normativo donde se mueven.

Tras tres años de su implantación, el CMI en esta organización sanitaria pública logró la cohesión del equipo de dirección con el conjunto de la organización, consiguió que la estrategia definida para la organización esté presente en el trabajo cotidiano

de todos y no fuera un discurso teórico (1). Lograron integrar los procesos relacionados con los clientes, mejorar los procesos internos más complejos y los elementos relacionados con el crecimiento y desarrollo de sus cuadros de mando y de todo el personal. La Dirección tuvo más presentes las necesidades de las Administraciones titulares de la Junta de Gobierno.

Con este estudio se constata la obvia conveniencia de la implantación de un Plan Estratégico de la organización, incluida la sanitaria, que nos informe de "dónde estamos" y "dónde queremos llegar", que se oriente a resultados y que se desarrolle sobre metas y objetivos medibles. Realizar una reflexión consensuada de cuál es la misión y objetivos de dicha organización. En este marco se diseña y se implanta el CMI.

Los directivos de una organización sanitaria pública también deben tener muy presente que es una organización de personas que trabajan para personas, que sus clientes internos son "cerebros de obra" (4), su conocimiento les refrenda, desarrollarlo y aplicarlo es su único capital, necesitan la clarificación de la estrategia de empresa, que se le entienda su singularidad. Necesitan ayuda para desarrollar su potencial, que se les deje decidir y se delegue en ellos por confianza. Trabajarán más y mejor en un entorno de gran especialización y complejidad.

Flor Raigada

Fundación Gaspar Casal

(1) Kaplan K, Norton D. El cuadro de mandos integral. Barcelona: Gestió 2000; 1997.

(2) Kaplan K, Norton D. The Balanced Scorecard: measures that drive performance. Harvard Bus Rev. 1992;70:71-9.

(3) Gimeno JA, Repullo JR, Rubio S. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica (L) cap.1. Salud Pública y servicios de Salud Pública: 1-32, Ed. Díaz de Santos. ISBN 84-7978-752-X, 2006.

(4) Muñoz-Seca B, Riverola J. Del buen pensar y mejor hacer: mejora permanente y gestión del conocimiento. Mc Graw Hill. ISBN 84-481-3754-X, 2003.

MÁSTER EN ECONOMÍA DE LA SALUD Y DEL MEDICAMENTO

Programa de posgrado de **Farmacoeconomía**

Programa de posgrado de **Economía de la Salud**

Programas de formación *on line* (ediciones en castellano e inglés)

La concepción de gestión en el sector salud y en el sector farmacéutico se entiende en el sentido más amplio del término e incluye los servicios de la administración pública, los centros y servicios de las instituciones sanitarias en cualquiera de sus niveles asistenciales, los proveedores de las prestaciones farmacéuticas, las agencias de evaluación de medicamentos y tecnologías médicas, así como la industria farmacéutica y las entidades aseguradoras. El programa tiene un interés especial para los profesionales y titulados relacionados con el sector salud e interesados en los temas de economía de la salud, farmacoeconomía, diseño y gestión de programas de calidad. El Máster está compuesto por los siguientes 8 módulos docentes:

Módulo 1. Evaluación económica de medicamentos y tecnologías médicas (1): Conceptos básicos.

Módulo 2. Técnicas cuantitativas aplicadas a la gestión de servicios de salud.

Módulo 3. Economía y políticas de financiación del medicamento.

Módulo 4. Evaluación económica de medicamentos y tecnologías médicas (2): Avances.

Módulo 5. Gestión del medicamento en los sistemas de salud.

Módulo 6. Economía de la salud (1).

Módulo 7. Economía de la salud (2).

Módulo 8. Informe Final.

Dirección: Jaume Puig-Junoy. **Codirección:** Carles Murillo Fort

Calendario:

Máster: castellano: oct 07 - may 09 · Inglés: feb 08 - jul 09

Programa de posgrado de **Farmacoeconomía:** castellano: oct 07 - nov 08 · Inglés: feb 08 - mar 09

Programas de posgrado de **Economía de la Salud:** castellano: oct 07 - mar 09 · Inglés: feb 08 - jul 09

Metodología: El modelo de formación *on line* del IDEC-Universitat Pompeu Fabra combina la habilidad y la interactividad que permiten las nuevas tecnologías con la calidad de los contenidos, el rigor académico y el contacto con la realidad empresarial que son habituales en la Universidad Pompeu Fabra. La metodología del programa está basada en el estudio de casos, la participación en foros de discusión y el uso intensivo del aula virtual.

Para más información consultar la web: www.idec.upf.edu/mesol

Para informarte

Balms, 132 - 08008 Barcelona

info@idec.upf.edu

Tel. +34 93 542 18 50

www.idec.upf.edu

El conocimiento del precio de los medicamentos: Una asignatura pendiente

Allan GM, Lexchin J, Wiebe N.

Physician awareness of drug cost: A systematic review. *PloS Med.* 2007;4:e283. doi:10.1371/journal.pmed.0040283.

Objetivo

Evaluar el conocimiento de los profesionales médicos sobre el precio de los medicamentos y determinar los factores que influyen sobre ese conocimiento.

Diseño

Revisión sistemática de la literatura.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas Medline, Embase y Cochrane Library hasta el año 2005. También se incluyeron estudios adicionales identificados a partir de referencias de artículos potencialmente elegibles y contacto con autores relevantes en el tema. La búsqueda bibliográfica localizó 2.954 referencias, de las cuales se seleccionaron 24 (12 encontradas en Medline y 12 a través de referencias bibliográficas). El número total de médicos de todos los estudios incluidos en la revisión fue de 3.321. En 11 de estos estudios se entrevistó a médicos exclusivamente, en 2 a personal hospitalario y otros 11 incluyeron una mezcla de varios tipos de personal. En 8 trabajos participaron médicos de familia, en 7 se entrevistó a especialistas de una única área clínica, en 6 a especialistas de varias áreas y en 3 no estaba claro la especialidad de los facultativos. La gran heterogeneidad de los resultados de los estudios seleccionados impidió la realización de un metanálisis, por lo que se procedió a una síntesis cualitativa de los resultados. Cabe destacar la diversidad de encuestas utilizadas y la debilidad desde el punto metodológico de muchos de los estudios encontrados, ya que se observaron bajas tasas de respuesta y a veces éstas no fueron claras. Estos factores jugaron un papel muy importante en los resultados finales del trabajo de síntesis.

Limitaciones reconocidas

Esta revisión sistemática posee dos limitaciones importantes: la primera es, que de los 24 estudios seleccionados, 21 provienen de países de habla inglesa, existiendo una falta de representación del resto de países del mundo. La segunda limitación es que solamente 3 trabajos fueron realizados posteriormente a 1999, por lo que los resultados y conclusiones que se obtienen pueden no reflejar el conocimiento actual de los profesionales médicos sobre el precio de los medicamentos.

Resultados

La estimación de los precios de los medicamentos por parte de los profesionales médicos fue bastante baja. El 31% de las estimaciones estuvo dentro de los márgenes de error del 20% y 25% del coste verdadero del medicamento, que es como se definió la exactitud del conocimiento del precio.

La respuesta en relación al precio de los fármacos más caros fue estimada con mayor precisión que los baratos (74% de exactitud en la respuesta frente a 31%, $p < 0,001$ según la prueba de chi-cuadrado). Asimismo, los profesionales médicos sobrestimaron el precio de los fármacos más baratos e infravaloraron el precio de los más caros en el 89% de los casos ($p < 0,001$). Los estudios de menor calidad metodológica mostraron un mayor conocimiento por parte de los profesionales médicos del precio de los medicamentos. La distinta formación del personal entrevistado así como la especialidad de éste, no influyó en los resultados obtenidos.

Existe una gran variabilidad en relación a la estimación de los precios de los medicamentos entre los diferentes estudios incluidos en esta revisión, ya que para un mismo producto farmacéutico, el precio está infravalorado o sobrevalorado según el trabajo del que provenga.

Conclusiones

El conocimiento de los profesionales médicos del precio de los medicamentos es bastante pobre. Además, el país, la especialidad, la formación y otros factores analizados parecen tener un impacto muy pequeño sobre ese grado de conocimiento.

Financiación: Institute of Health Economics.

Conflicto de interés: Uno de los autores declara tener relación con una compañía de genéricos canadiense. Los demás autores no tienen reconocido conflicto de intereses.

Correspondencia: michael.allan@ualberta.ca

COMENTARIO

El gasto farmacéutico posee una enorme importancia en los presupuestos que los países dedican a sanidad, además de ser el parámetro que crece de forma más acelerada, principalmente en los países desarrollados. Esta revisión sistemática, a pesar de sus limitaciones anteriormente citadas, muestra el escaso conocimiento que poseen los profesionales médicos sobre el precio de los medicamentos que prescriben y cómo ese desconocimiento tiene importantes implicaciones económicas y sanitarias para los pacientes. Asimismo, nos revela que dicho conocimiento prácticamente no ha mejorado en los 26 años del periodo de estudio seleccionado, que comprende desde 1978 hasta 2004. Sus resultados agregados son similares a los de la publicación española referenciada como término de comparación en otros entornos (1).

Una de las medidas que ayudan a controlar el crecimiento del gasto farmacéutico es que los médicos prescriban el fármaco más barato cuando no existan diferencias sustanciales en la seguridad y efectividad entre el fármaco más barato y sus equivalentes más caros, ya que las variaciones de precios entre fármacos de la misma clase es muy común (2). Para ello, es necesario que los profesionales médicos conozcan el precio y las diferencias entre los distintos precios de los medicamentos. Además, la información relativa a los precios está fácilmente disponible y accesible para dichos profesionales.

La formación y sensibilización de los profesionales médicos acerca del precio de los fármacos, junto con la utilización de la información sobre dichos precios, resultarían muy valiosas para el control y reducción del gasto farmacéutico. Esto es posible sin menoscabar la calidad asistencial ni el estado de salud de los pacientes (3). Hay que destacar de manera primordial que los profesionales médicos deben concienciarse de que pertenecen a un sistema con recursos limitados, por lo que es necesario que tengan en cuenta el coste de cada prescripción, ya que cada una de ellas incide en el presupuesto total del sistema sanitario.

Raúl García Estepa
Jesús María Ruiz Aragón

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Sevilla

(1) Allastrue I, Meneu R, Peiró S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción ambulatoria de medicamentos. *Aten Primaria.* 1998;21:165-71.

(2) Lee TH. "Me-too" products – Friend or foe? *N Eng J Med.* 2004;350:211-2.

(3) Innes G, Grafstein E, McGrogan J. Do emergency physicians know the costs of medical care? *CJEM.* 2000;2:95-102.

Comparación del desempeño del sistema sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal

García-Altés A, Borrell C, Cote L, Plaza A, Benet J, Guarga A.

Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:791-6.

Objetivo

Evaluar el desempeño del sistema sanitario a nivel local de la ciudad de Barcelona y de la ciudad de Montreal para establecer comparativos, partiendo del marco de evaluación del *National Health Service* (NHS) del Reino Unido.

Método

En primer lugar se definieron los indicadores a evaluar a partir de un grupo de expertos de diferentes áreas. Se seleccionaron y añadieron nuevos indicadores de los establecidos por el NHS (que incluye las dimensiones: mejora de la salud, accesibilidad, provisión efectiva de cuidados de salud apropiados, eficiencia, satisfacción de los y las pacientes y los cuidadores y cuidadoras y resultados de salud). Posteriormente se priorizaron los indicadores, valorándolos en una escala de 1 a 5, considerando su importancia, fiabilidad, información fácilmente accesible y comparabilidad. Al final se escogieron 76 indicadores. Finalmente se calcularon los valores para el periodo 2001-2003 a partir de los registros epidemiológicos y económicos. Para comparar los porcentajes y las tasas, se efectuó una estandarización, usando la población mundial 2000-25. Además se calcularon datos demográficos y analizaron las características del sistema sanitario de ambas ciudades.

Resultados

Al comparar los indicadores de desempeño del sistema sanitario de la ciudad de Barcelona con los de la ciudad de Montreal, se ha encontrado que Montreal cuenta con un mayor número de personas ma-

yores que viven solas y con limitaciones en la realización de una o más actividades de la vida cotidiana, así como mayor tiempo de estancias hospitalarias para varias condiciones clínicas, especialmente en el caso de las personas mayores. Esto pone de manifiesto la falta de servicios de atención domiciliar de mediana y larga duración de esta ciudad. Las tasas de hospitalización evitable por diabetes fueron también significativamente más altas en Montreal. Las políticas de salud eficientes como la prescripción de medicamentos genéricos y el uso de cirugía mayor ambulatoria fueron menores en Barcelona. Las tasas de cesárea fueron mayores en Barcelona, debido a la demografía de la ciudad y a la práctica clínica. Los tiempos de espera para la artroplastia de rodilla fueron más largos en Barcelona. En ambas ciudades, la mortalidad evitable y la prevalencia del tabaquismo han sido identificadas como áreas de mejora, además del cáncer de pulmón y el suicidio en Montreal y las enfermedades cerebrovasculares en Barcelona.

Conclusiones

La evaluación del desempeño se ajusta bien al entorno urbano, ya que ha demostrado ser una herramienta útil en para el diseño y supervisión del cumplimiento de los programas en ambas ciudades, a fin de evaluar los servicios prestados y para su utilización en la elaboración de políticas.

Financiación: No hay financiación específica adicional a las de las instituciones a las que pertenecen los autores y autoras.
Correspondencia: agarcia@aspb.es

COMENTARIO

La evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios (EDSS) ha sido un área de gran interés y de continuo desarrollo en los últimos años, potenciada a partir del debatido informe mundial de la OMS del año 2000 (1). La importancia de la EDSS se pone de manifiesto, al evidenciar la cantidad de iniciativas emprendidas en este sentido por diversos organismos como la OMS, la OCDE y desde diferentes países como Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido, Holanda, Francia, Suecia y Estados Unidos (2,3). Estas iniciativas están siendo utilizadas y mejoradas sistemáticamente, siempre aplicadas a nivel nacional o a nivel regional.

Los autores del estudio han propuesto una serie de indicadores para ser aplicados a nivel urbano, desarrollados por expertos a partir del marco del NHS del Reino Unido, el cual fue seleccionado después de efectuar una revisión de la literatura (3). La revisión por expertos garantizó la fiabilidad, la disponibilidad de la información y la comparabilidad de los indicadores, salvaguardando así algunos de los aspectos criticados para otros marcos de EDSS (4). La comparación de los indicadores de las ciudades de Montreal y Barcelona ha permitido confirmar los problemas previamente identificados en cada ciudad e identificar áreas de mejora. Es de destacar que los autores han incorporado en el artículo su plan de difusión de los resultados, lo cual además de permitir la elaboración de mejores políticas, estrategias y programas, permitiría la replicación de su estudio en otros ámbitos. Se cumple así la condición de que en la EDSS, el componente analítico debe ir de la mano

con la acción en el campo (5). No obstante, la utilización de los indicadores para otras ciudades tiene la restricción de la disponibilidad de los datos y no necesariamente garantizaría la comparabilidad, dado que la evaluación por parte de los expertos estaba circunscrita a estas dos ciudades.

Los autores manifiestan su interés en extender el proyecto a otros contextos urbanos, lo cual sería bastante útil como herramienta para las autoridades en la definición de políticas y en la mejora en general de los sistemas sanitarios.

Clara Bermúdez Tamayo

Unidad de Apoyo Metodológico a la Investigación
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

(1) World Health Organization. The World Health Report 2000: Health systems performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

(2) Hurst J, Jee-Hugues M. Performance measurement and performance management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No 47. Paris: OECD; 2000.

(3) García-Altés A, Zoncob L, Borrell C, Plasència A. Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gac Sanit*. 2006;20:316-24.

(4) Navarro V. Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS "WHO Health Systems: improving performance" y su relevancia en España. *Gac Sanit*. 2001;15:461-6.

(5) Mc Pake B, Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bull World Health Organ*. 2000;78:811-20.

De cómo conseguir que las personas caminen

Ogilvie D, Foster C E, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF, Mutrie N, on behalf of the Scottish Physical Activity Research Collaboration (SPARColl).

Interventions to promote walking: systematic review. BMJ. 2007;Jun 9;334(7605):1204. Epub 2007 May 31.

Antecedentes

La inactividad física aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y cáncer de colon. El aumentar la actividad física, particularmente entre los más sedentarios, es, por tanto, un objetivo prioritario en las políticas de salud pública. Hay múltiples razones para animar a la gente a caminar, no sólo para mejorar su salud, sino para luchar contra el cambio climático.

Objetivo y método

Obtener la mejor evidencia disponible que permita determinar cuáles son las características de las intervenciones efectivas en promover el caminar, así como evaluar los efectos de estas intervenciones en términos de actividad física y salud. Revisión sistemática de trabajos publicados y no publicados en cualquier idioma, seleccionando estudios que realizan una evaluación, controlando antes y después, de los efectos de un tipo de intervención sobre el incremento del caminar, la distribución de los efectos entre grupos sociales, y cualquier efecto asociado a la actividad física.

Resultados

Se incluyeron 19 ensayos clínicos controlados aleatorizados y 29 estudios controlados no aleatorizados. Se ha encontrado clara evidencia de que se puede conseguir que las personas caminen más me-

dante intervenciones adaptadas a sus necesidades, dirigidas a los más sedentarios y a los más motivados al cambio, utilizando intervenciones desarrolladas a nivel individual, de hogar o de grupo. La evidencia disponible sobre las intervenciones aplicadas en instituciones (lugares de trabajo o escuelas), comunidades o áreas, es menos convincente, ya que procede de estudios aislados o de análisis de subgrupos. La sostenibilidad, la generabilidad, y los beneficios clínicos de muchos enfoques/propuestas parecen inciertos. Además, la mayor parte de los estudios no ofrecen información sobre cómo el efecto de las intervenciones para caminar varían entre grupos demográficos o socioeconómicos.

Conclusiones

Las intervenciones de mayor éxito podrían incrementar el caminar, entre los participantes, entre 30 y 60 minutos a la semana, en promedio, al menos a corto plazo. Desde la perspectiva de mejorar la salud de la población, muchas de las investigaciones proporcionan evidencia de eficacia más que de efectividad. No obstante, se considera que intervenciones para promover el caminar pueden contribuir de forma sostenida a aumentar los niveles de actividad en los más sedentarios.

Financiación: No consta.

Correspondencia: d.ogilvie@msoc.mrc.gla.ac.uk

COMENTARIO

La inactividad física y la alimentación no saludable son dos de los principales factores que influyen en la salud de la población, en los países desarrollados. La prevalencia de inactividad física, tanto en el entorno laboral como en el tiempo libre, ha aumentado de manera drástica en las últimas décadas, unido a los cambios socioculturales, económicos y ambientales producidos. Puesto que el fenómeno causal es complejo parece lógico pensar que las soluciones no serán sencillas. La elección del caminar como variable resultado es interesante puesto que se trata de una actividad, en principio, fácil de realizar, accesible a toda la población, integrable en los hábitos diarios y que contribuye, al menos en teoría, a utilizar menos vehículos contaminantes. Aunque no ha sido probado que las menores tasas de mortalidad y morbilidad en las personas que caminan sean debidas al hecho de caminar en sí mismo, es muy probable que esta actividad mejore algunos trastornos metabólicos y otros parámetros relacionados con la salud (1).

Según este estudio, para que las intervenciones sean efectivas deben tener en cuenta las características de las personas a las que van dirigidas. Los resultados son consistentes en indicar que diferentes tipos de personas responden a diferentes enfoques, adaptados a sus características psicológicas o circunstancias vitales. Los cambios en hábitos de vida requieren que las personas estén dispuestas a modificarlos y puedan hacerlo, teniendo un papel importante la información y la motivación. Hay que considerar que es difícil que los ciudadanos consigan estilos de vida contra todo tipo de corriente, es decir, medios de comunicación, modas o ciudades poco habitables. Una de las dudas más importantes es cuál es la duración del efecto de las intervenciones, es decir la efectividad a medio y largo plazo (2). Para conseguir que los hábi-

tos perduren, es importante que estos resulten gratos para las personas que los practican. No podemos olvidar el incremento del sedentarismo en el medio rural, en el que, posiblemente, las medidas a tomar sean diferentes a las del medio urbano.

Aunque persisten dudas como quién se beneficia más o qué tipo de intervenciones son más efectivas, cuán de importante es el efecto, cuál es el efecto en diferentes grupos, cuál es la sostenibilidad y la generabilidad de las intervenciones, o cuáles son los efectos sobre la salud, si es una prioridad que las poblaciones incrementen su hábito de caminar, deben ponerse en marcha estrategias poblacionales que desarrollen actividades adaptadas a los individuos y fomenten cambios ambientales, fundamentalmente de estructura física y social de las ciudades, que hagan del caminar una actividad grata y de integración social. Esto sólo es posible con la participación de agentes externos al mundo sanitario, que creen ambientes estimulantes para caminar, y con el trabajo del personal sanitario, animando a caminar a los pacientes, especialmente a aquellos más sedentarios y/o que presentan trastornos como la hipertensión, síndrome metabólico o resistencia a la insulina (1). No obstante, no se puede olvidar que, finalmente, debe respetarse la elección de los ciudadanos sobre su forma de vivir, incluido el nivel de actividad física a desarrollar.

María José Rabanaque
Universidad de Zaragoza

(1) Bo Andersen L. Physical activity and health. Even low intensity exercise such as walking is associated with better health. *BMJ*. 2007 Jun 9;334(7605):1173.

(2) Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

Antes de que la muerte nos iguale... hay bastantes diferencias en salud

Chandola T, Ferrie J, Sacker A, Marmot M.

Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. BMJ. 2007;334:990-6.

Objetivo

Observar si la gente en las clases ocupacionales más bajas envejece más deprisa que las clases más aventajadas en términos de un declive más rápido en la salud autopercebida, y comprobar si el efecto de la ocupación varía según el sexo y el hecho de estar o no jubilado.

Contexto

La salud, en general, tiende a deteriorarse a medida que nos hacemos mayores. Pero si la gente de las clases sociales más bajas envejeciera más rápido, esto daría lugar a un ensanchamiento de las desigualdades en salud en los últimos años de la vida, lo cual, dado el envejecimiento de la población, comprometería el logro del objetivo de reducción de las desigualdades en salud. Para comprobar este fenómeno son necesarios datos longitudinales; no basta con observar la fotografía de cómo es la situación hoy. De hecho, los estudios transversales, basados en datos cruzados (*cross-section*) muestran más bien que las diferencias relativas en salud convergen en las edades más avanzadas; pero los estudios longitudinales, que permiten separar los efectos de la edad, el periodo y la cohorte muestran resultados no concluyentes.

Datos y metodología

Los datos proceden del Whitehall II, estudio longitudinal, todavía vigente, que sigue a 10.308 hombres y mujeres que trabajaban para el sector público en Londres y tenían entre 35 y 55 años en la fecha de inicio, 1985. Se analizan cinco fases (de la tercera a la séptima), que cubren desde el año 1991 hasta 2004. En cada fase, la medida de la salud está basada en el cuestionario SF-36, distinguiendo entre los componentes físico y mental. La clase ocupacional, así como el hecho de estar o no jubilado podían cambiar en cada fase. Mediante un modelo de regresión para muestras repetidas se estiman las trayectorias de salud (con su punto de intersección y su pendiente) en función de la edad y se representan gráficamente como curvas de crecimiento, una para cada clase social.

Resultados

Se observa, en primer lugar, que la salud física se deteriora con la edad para ambos sexos, para todas las clases ocupacionales e independientemente de que la persona se jubile o siga trabajando. Por el contrario, la salud mental mejora con la edad, también para todos los grupos. Como tercer resultado, se demuestra que la tasa de deterioro de la salud física es mayor para aquellos individuos pertenecientes a los escalafones más bajos, lo que resulta en una ampliación de las desigualdades en salud con la edad. La diferencia en salud mental también se acrecienta con la edad (de hecho, a la edad de 50 años apenas hay diferencias). Por otro lado, el efecto de la jubilación en la salud física es diferente según la clase ocupacional: la jubilación se asocia a un deterioro menor en las clases ocupacionales bajas que en las altas. A estos resultados, Lawlor and Stern añaden el resultado de que las trayectorias cambian con el tiempo (interacción entre edad y

periodo). En concreto, la gente de hoy en día (observaciones hechas a partir del año 2000) percibe un mayor declive de su salud física y una menor mejora en su salud mental a medida que envejecen de lo que la gente percibía hace una década. Esto lo atribuyen a la visión que los medios de comunicación difunden de la población de la tercera edad como una "carga", y a los roles cambiantes de los mayores en la familia y la sociedad.

Conclusión

Las desigualdades en salud se acrecientan con la edad.

*Financiación: Las múltiples instituciones que financian el Whitehall study.
Dirección para correspondencia: t.chandola@ucl.ac.uk*

COMENTARIO

El artículo trata uno de los aspectos de las desigualdades socioeconómicas en salud menos estudiados en este tipo de literatura, la cuestión de las desigualdades por grupos de edad. Y utiliza para ello una de las fuentes de datos más ricas y utilizadas en el análisis de las desigualdades en salud: el Whitehall study. Aunque el objetivo inicial, cuando se inició el estudio Whitehall I en 1967-70, no era analizar las desigualdades en salud, éste es en realidad el tema al que más se ha asociado, porque puso claramente de relieve que las desigualdades no eran meramente una cuestión de pobreza o riqueza, sino que existe un gradiente social claro en la mortalidad y otros indicadores de salud. Es decir, las diferencias existen entre todos los escalones intermedios, y no sólo entre los grupos extremos. No obstante, una de las limitaciones del estudio es que la muestra no es, en absoluto, representativa de toda la población. Por otro lado, la edad máxima alcanzada por el grupo analizado es de 74 años. Es posible que la convergencia que detectan los estudios con datos cruzados también se dé con datos longitudinales si el seguimiento abarcara hasta edades más avanzadas.

Finalmente, quizá sea útil hacer una aclaración sobre el significado de los efectos "edad", "periodo" y "cohorte" entre los que distingue el artículo. El efecto edad es el efecto del paso del tiempo por el individuo; por ejemplo, no es lo mismo tener 40 años que 50. El efecto periodo mide los cambios que afectan a toda la población a lo largo del tiempo; es la diferencia de salud entre un individuo que hoy tiene 50 años y uno que tenía 50 años en 1960. El efecto cohorte resulta de la interacción entre edad y periodo; es decir, la variación en el efecto edad para individuos viviendo en periodos diferentes. O sea, no es lo mismo ser 10 años mayor que otra hoy que haberlo sido en una época anterior.

Marisol Rodríguez

Universidad de Barcelona

Echarse una siesta de media hora tres veces por semana antes de jubilarse: una prescripción higiénica

Naska A, Oikonomou E, Trichopoulos A, Psaltopoulou T, Trichopoulos D.

Siesta in healthy adults and coronary mortality in the general population. Arch Intern Med. 2007; 167:296-301.

Antecedentes y objetivos

Echarse una siesta es relativamente común en poblaciones con baja mortalidad por isquemia cardiaca. Pero los resultados de los pocos estudios epidemiológicos publicados son discordantes. La cohorte griega de la Investigación Prospectiva Europea sobre Cáncer y Nutrición (EPIC), en la que la siesta es un comportamiento frecuente y en la que se ha obtenido información sobre potenciales variables de confusión, como la actividad física, la dieta o la comorbilidad, se presta a contrastar la hipótesis de asociación entre la siesta y la mortalidad coronaria.

Métodos

23.681 personas reclutadas sin historia de enfermedad coronaria, iclus o cáncer y de las que se disponía de información sobre la frecuencia y la duración de la siesta, así como de otras potenciales variables de confusión fueron objeto de seguimiento durante 6'32 años

de media. Los datos se analizaron mediante un modelo de regresión de Cox.

Resultados

Las personas que se echan la siesta sufren un tercio menos de mortalidad coronaria que las que no. Mientras que las que la duermen ocasionalmente ven reducida la mortalidad coronaria en un 12%, aquellas que la echan sistemáticamente reducen la mortalidad en un 37%. La asociación inversa es más fuerte entre los hombres que trabajaban en el momento de ser reclutados.

Conclusiones

Tras controlar las potenciales variables de confusión la siesta en personas aparentemente sanas está inversamente asociada con la mortalidad coronaria y la asociación resulta particularmente clara entre los varones trabajadores.

COMENTARIO

Desde que Trichopoulos, sucesor de Mac Mahon en la cátedra de Epidemiología de Harvard, planteara que la siesta podría ser un factor protector de la enfermedad isquémica del corazón (1) algunos estudios epidemiológicos observacionales han intentado responder la cuestión. Varios estudios de casos y controles y cuatro estudios de cohortes, tres de ellos focalizados en ancianos y uno limitado a la población general de más de cincuenta años, más bien sugerían una asociación directa entre la siesta y la mortalidad cardiovascular.

El relativamente escaso interés epidemiológico suscitado por la siesta tal vez se debe a las eventuales dificultades de estandarización de tal conducta como variable independiente que pueda ser analizada con solvencia suficiente mediante diseños de cohortes, algo más robustos que los estudios de casos y controles. Obstáculos parecidos a los que plantea la investigación de los efectos de la alimentación, pongamos por caso, en relación con la prevención de las enfermedades crónicas, que, como es sabido, no arredran a los investigadores.

A lo mejor es que, al contrario de la dieta, la siesta no se presta bien a un tratamiento medicalizado, como ocurre con los llamados alimentos funcionales que se comercializan en las tiendas de productos dietéticos e incluso en las farmacias. De todos modos, la idea de que la siesta –más allá de una adaptación cultural y ambiental, de un comportamiento generador de bienestar físico y psíquico– mejora la productividad, como sostiene James Mass (2), ha supuesto un estímulo para que las empresas chilenas por ejemplo hayan establecido una pausa de veinte minutos de siesta al día. Lo que ya ocurre en la China y parece que podría implantarse en Francia donde el anterior ministro de Sanidad, Xavier Bertrand se preguntaba “¿Por qué no echarse una siesta en el trabajo?” como han adoptado algunas compañías privadas francesas que permiten una siesta de 15 minutos. Interpretaciones conspirativas al margen, es razonable que los negativos resultados iniciales fueran más bien disuasorios.

Las posibles consecuencias teóricas de la siesta sobre la salud de las coronarias son opuestas. Es verosímil que al despertar se produzca una elevación transitoria de la presión arterial y de la fre-

cuencia cardiaca, así como cambios que afecten el potencial trombogénico. Por otra parte, la siesta puede reducir el estrés y es sabido que el estrés, tanto a corto como a largo plazo, está asociado al aumento de incidencia y de mortalidad por cardiopatía isquémica.

La siesta, vocablo castellano nacido de la hora sexta del latín, período de pausa en las labores cotidianas para descansar y reponer fuerzas, no es una costumbre exclusivamente española, ni siquiera mediterránea. Los viajeros ingleses y alemanes que en los siglos XVI y XVII llegaban al Río de la Plata se escandalizaban de una costumbre que atribuían a la escasa disposición al trabajo. Aunque otros pueblos tradicionalmente laboriosos como el chino también la disfrutaban. Tras la revolución de 1949 el derecho a la siesta, “hsiu-hsi”, se reconoció para toda la población y el alto mando soviético en los planes para una eventual invasión de China tenía presente que la mejor hora para la ofensiva debía ser apenas pasado el mediodía “cuando los camioneros roncan con la puerta de su vehículo abierta, los albañiles cabecean en la penumbra de los edificios en construcción y, con los brazos caídos, los burócratas recuestan la cabeza en su escritorio” (3).

Ya que hay que ser especialmente cautos con los resultados de los estudios no experimentales, tal vez estemos a las puertas de algún ensayo controlado aleatorio que ponga a prueba la hipótesis de que la siesta protege efectivamente de la enfermedad coronaria, aunque la reivindicación llegue en unos momentos en los que la siesta de pijama y orinal sea insostenible en una sociedad como la nuestra. Quizá algún avisado empresario recupere el diseño de aquellos dormitorios colectivos de los tiempos de la industrialización, una sala llena de filas de sillas, atravesada por sogas en las que, colgando de los brazos, dormitaban los desheredados por una perra chica.

Andreu Segura

Institut d'Estudis de la Salut

(1) Trichopoulos D, Tzonou A, Christopoulos C, Havatzoglou S, Trochopoulou A. Does a siesta protect from coronary heart diseases? *Lancet*. 1987;2:269-70.

(2) Maas J. *Power sleep*. New York: Villard/Randomhouse, 1998.

(3) Steinsleger J. La siesta: derecho inalienable. www.arearh.com/salud%20laboral/lasiesta.htm

Los servicios de Atención Primaria son percibidos como un obstáculo por parte de las mujeres que demandan una interrupción voluntaria del embarazo

Morrillo García A, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, Sillero Sánchez R, Nieto Cervera P.

Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. Aten Primaria. 2007;39(6):313-8.

Objetivo

Conocer la percepción de las mujeres que deciden someterse a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) acerca de la asistencia sanitaria pública recibida.

Metodología

Estudio cualitativo a través de 33 entrevistas semiestructuradas a mujeres de entre 15-45 años residentes en la ciudad de Sevilla que acudieron a las clínicas de aborto concertadas entre abril y junio de 2005 (Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla). La selección de participantes se realizó teniendo en cuenta como criterios de segmentación de la muestra el grupo de edad y el nivel de estudios. Sólo se incluyeron en el estudio mujeres que solicitaban IVE al amparo del primer supuesto contemplado en la Ley Orgánica 9/1985. Las principales dimensiones de análisis fueron: accesibilidad, trato e información y uso de las consultas de planificación familiar. Se llevó a cabo un análisis de contenido.

Resultados

La información por parte de los médicos de Atención Primaria (AP) es escasa, heterogénea y, con frecuencia, disuasoria. La accesibilidad a los centros sanitarios públicos está limitada debido a la pérdida de confidencialidad que puede suponer y, fundamentalmente, a que las mujeres son conscientes de que el paso por el médico de AP y/o los servicios de Planificación Familiar (PF) son un trámite que lentifica el proceso y contribuye a aumentar la sensación de malestar y angustia asociada a un proceso de IVE. El uso de las consultas de PF es escaso debido a falta de interés de las mujeres o la inadecuación del propio servicio (horarios, etc.).

Conclusiones

El proceso de atención a las mujeres que demandan una IVE no se adecua a las necesidades de las usuarias, siendo necesaria la agilización de los trámites, la disminución de la variabilidad de la práctica médica y, según infieren las autoras, mejorar la formación médica.

Financiación: No consta.

Conflictos de interés: No se han descrito.

Correspondencia: aurea.morrillo.sspa@juntadeandalucia.es

COMENTARIO

La adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades de los usuarios continúa siendo un reto pendiente. En el caso de las intervenciones de IVE resulta cuando menos paradójico que mientras en Andalucía y España las tasas de IVE han aumentado (de 1,2 a 8,98 en Andalucía en el periodo 1990-2004), la percepción que tienen las mujeres que solicitan una IVE es que el contacto con los servicios públicos dificulta la resolución del problema innecesariamente.

Estas complicaciones tienen que ver tanto con la concepción de los propios servicios como con la pervivencia de actitudes y prácticas profesionales sustentadas en argumentos ideológicos y morales antes que en actuaciones de carácter científico-técnico. A su vez, la investigación que se realiza sobre los servicios debería extremar el rigor científico (1) y fomentar una mirada crítica frente a los mismos. De lo contrario puede contribuir a enmascarar la realidad en lugar de alcanzar el siempre pretendido objetivo de arrojar luz...

Mientras que el principal aumento en las tasas de IVE se ha producido en la franja de edad más joven (10-19 años), las consultas de planificación familiar son poco accesibles a este colectivo por problemas de horarios, de confidencialidad, de burocratización. Pero también por otros motivos. No es baladí que algunas de las mujeres del estudio declaren no acudir a PF porque no tienen pareja estable. En edades tan jóvenes se piensa en el disfrute de la sexualidad sin complicaciones, no en "planificar una familia". Entre la posible reorientación de los servicios para su mejor adecuación a la demanda, no estaría de más ir pensando en un cambio de nombre para esta actividad.

En este estudio, al igual que han puesto de manifiesto otras investigaciones en el ámbito europeo (2), se constata que actitudes contrarias al aborto por parte de los médicos de AP, que son expli-

citadas durante la consulta, generan retrasos en la derivación a la clínica, provocando un aumento del malestar de las mujeres solicitantes, especialmente si tenemos en cuenta que el factor tiempo es crucial (clínica, legal y psicológicamente) en una intervención de IVE.

Este hecho queda claramente reflejado en los resultados y la discusión del artículo comentado. Sin embargo, llama la atención que, a la hora de inferir conclusiones, las autoras señalen la necesidad de disminuir la variabilidad en la asistencia y aumentar la formación de los médicos en la materia. Éste tipo de conclusiones genéricas, inadecuadamente fundamentadas en los datos, contribuyen a enmascarar el problema antes que a aclararlo. En el caso de las actitudes y prácticas médicas, lo que los resultados del estudio dejan ver se acercaría más a la mala praxis (sea del profesional o de la organización) que a supuestas deficiencias formativas. La investigación cualitativa es cada día más útil en la gestión de servicios, pero hay que mejorar los procedimientos interpretativos para no perder la riqueza de la información. Tanto esfuerzo por hacer hablar al sujeto con sus propias palabras no debe resultar en interpretaciones que suplanten o desvirtúen su voz. En este sentido, el nivel de formación de los profesionales no es, estrictamente, la principal problemática identificada por las mujeres demandantes de IVE.

Juan Manuel Jiménez

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

(1) Calderón, C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública;76:473-482. Nº 5. Sept-Oct 2002.

(2) Moreau C, Bajos N, Bouyer J, COCON GROUP. Access to health care for induced abortions: analysis by means of a French national survey. Eur J Public Health. 2004;14:369-74.

EDITORIALES

La atención farmacéutica. ¿Antes consagrada que contrastada? Meneu R.	1	3
Proyectos que fracasan en los servicios de salud: una aproximación etiológica. Campillo Artero C.	2	43
Evaluación del impacto de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario: ¿por dónde empezar? del Llano J.	3	83
El caso de la enseñanza de la medicina en la universidad: un reto para el futuro. del Llano J, Millán Núñez-Cortés J.	3	86
Autonomía y desigualdades en salud. Martín Martín JJ.	4	127
Veinticinco tópicos sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios. López Casasnovas G.	4	132

EL DEFENSOR DEL LECTOR

Conflicto de intereses e independencia en los resúmenes comentados de GCS	4	137
---	---	-----

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Información entre hospital y atención primaria al alta del paciente: tardía, incompleta y no siempre. Gosalbes Soler V, resumen y comentario de: Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M, Basaviah P, Baker D. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007;297:831-41.	1	11
Comunicación Primaria-Especializada: importancia en el uso adecuado de los medicamentos. Sanfélix Gimeno G, resumen y comentario de: Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Qual Saf Health Care. 2007;16:34-39.	1	12
El escaso uso de instrumentos de utilidad contrastada para evaluar la utilización. Lorenzo S, resumen y comentario de: Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention on inappropriate hospital stays. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpeña R, Compañ A, Leutscher E, Ruiz V. J Epidemiol. Community Health. 2007;61:128-34.	1	13
La monitorización remota puede mejorar la atención de la insuficiencia cardiaca crónica. Gomes da Silva Junior A, resumen y comentario de: Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, Cleland JGF, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. Br Med J. 2007;4:321-33.	2	48
Telemedicina pediátrica vs. sistema convencional. ¿Qué es menos costoso? Olry de Labry Lima A, García Mochon L, resumen y comentario de: Dowie R, Young T, Weatherburn G, Gardiner H, Rigby M, Rowlinson G, et al. Telemedicine in pediatric and perinatal cardiology: economic evaluation of a service in English hospitals. Int J Technol Assess. 2007;116-125.	3	89
Impacto económico y estratégico de la medicina individualizada. Cortés F, del Barrio J, resumen y comentario de: Trusheim MR, Berndt ER, Douglas FL. Stratified medicine: strategic and economic implications of combining drugs and clinical biomarkers. Nature Rev Drug Discovery. 2007;6:287-293.	3	90
Incentivos comerciales y dosis excesivas de eritropoyetina. García-Altés A, Porta M, resumen y comentario de: Thamer M, Zhang Y, Kaufman J, Cotter D, Dong F, Hernán MA. Dialysis facility ownership and epoetin dosing in patients receiving hemodialysis. JAMA. 2007;297:1667-74.	3	91
Planificar la adopción y difusión de la mamografía digital en la cartera de servicios de las instituciones sanitarias merece la pena. Revilla Y, resumen y comentario de: Carreira Gómez C, Martínez Cantarero J, Gómez Santos D, Polanco Sánchez C, Naranjo García P, del Llano Señarís J. Revisión de la evidencia científica sobre la aplicación clínica de la mamografía digital. Radiología. 2006;49:145-56.	3	92
El singular, talón de Aquiles de los programas de gestión de casos y de enfermedades. Gérvas J, resumen y comentario de: Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollenberg J. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. J Gen Intern Med. 2007;22:464-9.	4	138
La analgesia epidural tras resección colorrectal mejora la calidad de vida del paciente postoperado pero no acorta la estancia hospitalaria. Aguiló J, Alborch V, Álvarez E García-Botella M et al, resumen y comentario de: Marret E, Remy C, Bonnet F and the Postoperative Pain Forum Group. Meta-analysis of epidural analgesia versus parenteral opioid analgesia after colorectal surgery. Br J Surg 2007;94:665-673.	4	139

EFFECTIVIDAD: TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, EFECTOS ADVERSOS

Las estatinas reducen el riesgo cardiovascular también en los japoneses. Y a nosotros ¿qué nos importa? Rodríguez Artalejo F, resumen y comentario de: Nakamura H, Arakawa K, Itakura H, Kitabatake A, Goto Y, Toyota T, Nakaya N, Nishimoto S, Muranaka M, Yamamoto A, Mizuno K, Ohashi Y; MEGA Study Group. Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomised controlled trial. Lancet. 2006;368:1155-63.	1	14
Los múltiples beneficios del ejercicio en las mujeres con cáncer de mama. Sarmiento González-Nieto V, resumen y comentario de: Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, McConnachie A, Emslie C, Lee L et al. Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. BMJ. 2007;334:517-20.	1	15
En pacientes con infarto que no tuvieron una reperusión inmediata, la reperusión tardía no aporta beneficios sobre el tratamiento médico. Villegas R, resumen y comentario de: Hochman JS, Lamas GA, Buller CE, Dzavik V, Reynolds HR, Abramsky SJ, et al, for the Occluded Artery Trial Investigators. Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction. N Engl J Med. 2006;355:2395-407.	1	16
Más razones para no realizar el cribado de cáncer de pulmón en personas asintomáticas. Hernández Aguado I, resumen y comentario de: Bach PB, Jett JR, Pastorino U, Tockman MS, Swensen SJ, Begg CB. Computed Tomography Screening and Lung Cancer Outcomes. JAMA. 2007;297:953-61.	1	17
Los tubos de ventilación no mejoran el desarrollo infantil (valorado a los 9-11 años de edad). Carbonell Sanchis R, resumen y comentario de: Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, Dollaghan CA, Rockette HE, Pitcairn DL, et al. Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. N Engl J Med. 2007;356:248-61.	1	18
Efecto de la asociación de un corticoide inhalado con salmeterol sobre la supervivencia en la EPOC. Campoamor Landin F, resumen y comentario de: Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease (TORCH). NEJM. 2007;356:775-89.	2	50
Nuevos tratamientos de las fracturas vertebrales mediante cirugía mínimamente invasiva. Amate Blanco J, Bouza Álvarez C, resumen y comentario de: Taylor RS, Fritzel P, Taylor RJ. Balloon kyphoplasty in the management of vertebral compression fractures: an updated systematic review and meta-analysis. Eur Spine J 2007. Feb 3. [Ahead of print.]	2	51
El colesterol "bueno" y el trecho que hay entre la teoría y la práctica. Frontera Juan G, resumen y comentario de: Nissen SE, Tardif JC, Nicholls SJ, Revkin JH, Shear CL, Duggan WT, et al. Effect of Torcetrapib on the Progression of Coronary Atherosclerosis. N Engl J Med. 2007;356:1304-16.	2	52
Mejor sin sal. Frontera Juan G, resumen y comentario de: Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al. BMJ. 2007;391476048, doi:10.1136/bmj.39147.604896.55.	2	53
Serie temporales interrumpidas sobre mortalidad por intoxicación: la importancia del grupo control. Sanfélix Gimeno G, resumen y comentario de: Morgan OW, Griffiths C, Majeed A. Interrupted Time-Series Analysis of Regulations to Reduce Paracetamol (Acetaminophen) Poisoning. PLoS Med. 2007;4(4):e105.	2	54
Los efectos adversos en la atención ambulatoria: una asignatura pendiente. García Menéndez C, resumen y comentario de: Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. Qual Saf Health Care 2007;16:127-31.	2	55
Diferencias entre los resultados del tratamiento quirúrgico o conservador de la hernia discal lumbar: 2 meses sin ciática. ¿Merece la pena? Díaz Martín A, resumen y comentario de: Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, Brand R, Eekhof JAH, Tans JJJ, Thomeer RTW, et al. Surgery versus Prolonged Conservative Treatment for Sciatica. N Engl J Med. 2007;356:2245-56.	3	94
Ventajas de los aceites de pescado en el cáncer avanzado. ¿Lo damos por sentado? Culebras Fernández JM, resumen y comentario de: Colomer R, Moreno-Nogueira JM, García-Luna PP, García-Peris P, García de Lorenzo A, Zarazaga A, Quevedo L, del Llano J, Usan L y Casimiro C. n-3 Fatty acids, cancer and cachexia: a systematic review of the literature. British Journal of Nutrition. 2007;97:823-31.	3	95

Efectividad de los protocolos de prevención en mujeres portadoras de mutaciones BRCA1/2. Cortés F, del Barrio J, resumen y comentario de: Bermejo-Pérez MJ, Márquez-Calderón S, Llanos Méndez A Effectiveness of preventive interventions in BRCA1/2 gene mutation carriers: A systematic review. <i>Int J Cancer</i> . 2007;121:225-31.	3	96
Buscando en casa los brazos de Morfeo. Ramos García MI, resumen y comentario de: Mulgrew AT, Fox N, Ayas NT, Ryan CF. Diagnosis and Initial Management of Obstructive Sleep Apnea without Polysomnography. A Randomized Validation Study. <i>Ann Intern Med</i> . 2007;146:157-66.	3	97
Mayores dosis de atorvastatina en la enfermedad coronaria estable. ¿La Aspirina del siglo XXI? Quecedo L, resumen y comentario de: Wenger NK, Lewis SJ, Herringtong D, Bittner V, Welty F. Outcomes of using high or low dose atorvastatin in patients 65 years of age or older with stable coronary heart disease. <i>Ann Intern Med</i> . 2007;147:1-9.	3	98
Coronariografía por TC: más razones para la precaución. Arana E, resumen y comentario de: Garcia MJ, Lessick J, Hoffmann MHK. Accuracy of 16-Row Multidetector Computed Tomography for the Assessment of Coronary Artery Stenosis. <i>JAMA</i> . 2006;296:403-411.	4	143
La duda lleva al examen, y el examen a la verdad: El caso rosigitazona. Hermansanz Iglesias F, resumen y comentario de: Nissen SE, Wolski K. Effect of rosigitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. <i>N Engl J Med</i> . 2007;356:2457-71.	4	144
La disminución de la incidencia del cáncer de mama acompaña al descenso en la utilización de la terapia hormonal: ¿Se necesitan más pruebas? Sarmiento González-Nieto V, resumen y comentario de: Glass AG, Lacey JV, Carreon JD, Hoover RN. Breast cancer incidence, 1980-2006: Combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography and estrogen receptor status. <i>J Natl Cancer Inst</i> . 2007;99:1152-61.	4	145
Uso de la resonancia magnética en la evaluación de la mama contralateral en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama. Ondategui Parra S, resumen y comentario de: Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, Hendrick RE, Pisano ED, Hanna L, Peacock S, Smazal SF, Maki DD, Julian TB, DePeri ER, Bluemke DA, Schnall MD;ACRIN Trial 6667 Investigators Group. MRI Evaluation of the Contralateral Breast in Women with Recently Diagnosed Breast Cancer. <i>New England Journal of Medicine</i> . 2007;356:1295-303.	4	146
CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA		
Aviso para eventuales planificadores: los médicos de las áreas con más recursos no perciben mejor calidad, ni más comunicación, ni mayor satisfacción profesional. Bernal Delgado E, resumen y comentario de: Sirovich BE, Gottlieb DJ, Welch GH, Fisher ES. Regional Variations in Health Care Intensity and Physician Perceptions of Quality of Care. <i>Ann Intern Med</i> . 2006;144:641-9.	1	19
La auditoría y el feedback pueden mejorar la práctica clínica... pero no siempre. Antón García P, resumen y comentario de: Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. <i>Qual Saf Health Care</i> . 2006;15:433-436.	1	20
Relación inversa entre tasas de cesáreas y su nivel de adecuación. O cómo medir la adecuación sin recurrir a paneles de expertos. Librero J, Ibáñez B, resumen y comentario de: Baicker, K., Buckles, K.S. Chandra, A. Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. <i>Health Affairs</i> . 25(2006):w355-w367.	1	21
Mejora continua: El debate alrededor del PAPPs cardiovascular 2005. Fuster Culebras J, resumen y comentario de: Miguel García F, García Ortiz A, Montero Alonso MJ, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R, Maderuelo Fernández JA. PAPPs cardiovascular 2005: un análisis crítico. <i>Aten Primaria</i> . 2007;39:201-6.	2	56
Demoras en el acceso a la atención sanitaria y mortalidad en pacientes geriátricos: la relación existe. Jiménez R, resumen y comentario de: Prentice JC, Pizer SD. Delayed access to health care and mortality. <i>Health Serv Res</i> . 2007;42:644-62.	2	57
La calidad de la evidencia de las fuentes de información utilizadas puede afectar el resultado de los modelos de simulación. Valentín C, resumen y comentario de: Braithwaite RS, Roberts MS, Justice AC. Incorporating Quality of Evidence into Decision Analytic Modeling. <i>Ann Intern Med</i> . 2007;146:133-41.	3	99
Eventos adversos extra hospitalarios: un problema mal conocido. Albar Remón C, Júdez Legaristi D, resumen y comentario de: Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and presentable adverse events leading to a hospital admission. <i>Qual Saf Health Care</i> . 2007;16:127-131.	3	100
El escaso valor de las radiografías de tórax preoperatorias. Arana E, resumen y comentario de: Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. The value of screening preoperative chest X-rays: a systematic review. <i>Can J Anesth</i> . 2005;52:568-574.	4	147
Compara (generalistas y especialistas), que algo queda. Gérvas J, resumen y comentario de: Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J et al. A comparison of outcomes resulting from generalists vs specialist care for a single discrete medical condition. <i>Arch Intern Med</i> . 2007;167:10-20.	4	148
El uso apropiado de la colonoscopia. Herramientas para mejorar la adecuación en el uso de las tecnologías sanitarias. Molina Linde JM, Villegas Portero R, resumen y comentario de: Harris JK, Froehlich F, Govers JJ, Wietlisbach V, Burnand B, Vader JP. The appropriateness of colonoscopy: a multi-center, international, observational study. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2007;19:150-7.	4	149
MODOS DE VER		
Los marcos conceptuales de evaluación del desempeño de los servicios sanitarios... y sus utilidades. García Altés A, resumen y comentario de: Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2006;18 Suppl 1:5-13.	1	22
Los marcos conceptuales de evaluación del desempeño de los servicios sanitarios... y sus utilidades. García Altés A, resumen y comentario de: Schoen C, Davis K, How SK, Schoenbaum SC. U.S. health system performance: a national scorecard. <i>Health Aff (Millwood)</i> . 2006;25(6):w457-75.	1	23
Un nuevo ingrediente genético alimenta la obesidad. Añadir al libro de recetas. Cabeza E, Méndez M, resumen y comentario de: Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, Zeggini E, Freathy RM, Lindgren CM, et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. <i>Science</i> . 2007;316:889-94.	2	68
Combinar recetas tradicionales y propuestas imaginativas. Hernández Aguado I, resumen y comentario de: Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, Zeggini E, Freathy RM, Lindgren CM, et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. <i>Science</i> . 2007. 316:889-94.	2	69
Los países ricos difieren en la velocidad de difusión de los nuevos medicamentos contra el cáncer. González López-Valcárcel B, resumen y comentario de: Jönsson B, Wilking N. A global comparison regarding patient access to cancer drugs. <i>Annals of Oncology</i> . 2007;18 (Supplement 3).	4	140
Los países ricos difieren en la velocidad de difusión de los nuevos medicamentos contra el cáncer. Expósito J, resumen y comentario de: Jönsson B, Wilking N. A global comparison regarding patient access to cancer drugs. <i>Annals of Oncology</i> . 2007;18 (Supplement 3).	4	141
EVALUACIÓN ECONÓMICA, COSTES, PRODUCTIVIDAD		
Comparaciones internacionales del gasto sanitario: la dimensión regional es importante. González López-Valcárcel B, resumen y comentario de: Lopez-Casasnovas G, Saez M. A multilevel analysis on the determinants of regional health care expenditure: a note. <i>Eur J Health Econ</i> . 2006.	1	25
El precio de los medicamentos pagados por el sector público puede producir efectos indeseados. Puig Junoy J, resumen y comentario de: Duggan M. and Scott Morton F.M. The distortionary effects of government procurement: evidence from Medicaid prescription drug purchasing. <i>The Quarterly Journal of Economics</i> . 2006;CXXI(1):1-30.	1	26
El impacto de las intervenciones sobre el precio de las estatinas fue mínimo debido a la rápida adaptación de los mercados. García-Sempere A, resumen y comentario de: Puig-Junoy J. The impact of generic reference pricing interventions in the statin market. <i>Health Policy</i> . 2007 Mar 15; [Epub ahead of print].	2	58
El coste de la esquizofrenia: un poco de luz en la salud mental. García-Altés A, resumen y comentario de: Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Osuna-Guerrero, Montejo-González AL, Duque-González B. The costs of schizophrenia in Spain. <i>Eur J Health Econom</i> . 2006;7:182-8.	2	59

Los pacientes post-infartados deben recibir medicación gratis en prevención secundaria. Rídao M, resumen y comentario de: Choudhry NK, Avorn J, Antman EM, Schneeweiss S, Shrank WH. Should patients receive secondary prevention medications for free after a myocardial infarction? An economic analysis. <i>Health Affairs</i> . 2007;26:186-94.	2	60
A vueltas con el cálculo del impacto del envejecimiento en el gasto sanitario. López-Casasnovas G, resumen y comentario de: Steinmann L, Telsler H, Zweifel P. Ageing and Future Health Care Expenditure: A Consistent Approach. <i>Forum for Health Economics & Policy</i> . 2007;10, 2.	3	101
La inversión en tecnología: No es tan fiero el león como lo pintan... Pérez Adán M, resumen y comentario de: González López-Valcárcel B, Pinilla J. The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease. <i>Value On Health, Early Online</i> 2007;doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00217.x	3	102
Productividad del gasto farmacéutico: ¿...y si fuera fuente de ahorros y no sólo una partida de coste a reducir? Polanco Sánchez C, resumen y comentario de: Crémieux PY, Ouellette P, Petit P. Do drugs reduce utilisation of other healthcare resources? <i>Pharmacoeconomics</i> . 2007;25:209-21.	3	103
Compatibilizar la innovación y los análisis coste-efectividad en el proceso de adopción de nuevos medicamentos. Galduf Cabañas J, resumen y comentario de: Jena AB, Philipson T. Cost-effectiveness as a price control. <i>Health Aff (Millwood)</i> . 2007;26:3:696-703.	3	104
Evaluación económica de un ensayo clínico aleatorio del tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes. Rídao M, resumen y comentario de: Byford S, Barrett B, Roberts C, Clark A, Edwards et al. Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. <i>British Journal of Psychiatry</i> . 2007;191:436-440.	4	150
Eficiencia, incertidumbre y disponibilidad de terapias alternativas explicarían las decisiones del NICE. Polanco Sánchez C, resumen y comentario de: Tappenden P, Brazier J, Ratcliffe J, Chilcott J. A stated preference binary choice experiment to explore NICE decision making. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2007;25:685-93.	4	151
ELEMENTOS PARA UN DEBATE INFORMADO		
Calidad, satisfacción y sanidad público-privada. Pérez Camarero S, Hidalgo Vega A, del Llano J.	3	105
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS		
El uso de los stents coronarios liberadores de fármacos en Italia proporciona algunas pistas sobre el papel de los incentivos ante igual evidencia sobre eficacia y diferente utilización en el sector público y privado. Lázaro y de Mercado P, García de Yébenes y Proas MJ, resumen y comentario de: Grilli R, Guastaroba P, Taroni F. Effect of hospital ownership status and payment structure on the adoption and use of drug-eluting stents for percutaneous coronary interventions. <i>CMAJ</i> . 2007;176(2):185-90.	1	27
Algunos efectos de las visitas a urgencias, o cómo ir a por lana y... Sotoca R, resumen y comentario de: Forster AJ, Rose NG, van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. <i>Qual Saf Health Care</i> . 2007;16:17-22.	1	28
El aumento de las tasas de cesárea: ¿qué hacer? Campillo Artero C, resumen y comentario de: Ecker JL, Frigoletto, Jr. FD. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. <i>N Engl J Med</i> . 2007;356:885-8.	2	61
Los catarros infantiles, peaje obligatorio de las guarderías. Oterino de la Fuente D, González Vallinas P, resumen y comentario de: Montiano Jorge J, Ocio I, Díez López I, Matilla Fernández A, Bosque Zabala A. ¿Qué pasaría si cerrasen las guarderías? <i>An Pediatr (Barc)</i> . 2006;65:556-60	2	62
La mayor mortalidad por infarto en fin de semana podría explicarse por el menor uso de técnicas cardíacas invasivas. Suárez Gil P, Iglesias Cabo T, Calvo Cuervo D, resumen y comentario de: Kostis WJ, Demissie K, Marcella SW, Shao YH, Wilson AC, Moreyra AE, for the Myocardial Infarction Data Acquisition System (MIDAS 10) Study Group. Weekend versus weekday admission and mortality from myocardial infarction. <i>N Engl J Med</i> . 2007;356:1099-109.	2	63
El santo y la limosna: la atribución de los beneficios de las intervenciones sanitarias y los cambios en factores de riesgo. García-Altés A, resumen y comentario de: Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, Giles WH, Capewell S. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. <i>N Engl J Med</i> . 2007;356(23):2388-98.	4	152
GESTIÓN: INSTRUMENTOS Y MÉTODOS		
La utilidad de la historia clínica electrónica para construir indicadores depende de la información incluida en la propia historia. Peiró S, resumen y comentario de: Baker DW, Persell SD, Thompson JA, Soman NS, Burgner KM, Liss D, et al. Automated review of electronic health records to assess quality of care for outpatients with heart failure. <i>Ann Intern Med</i> . 2007;146:270-7.	1	29
Sucesos "gatillo": una herramienta de interés para identificar efectos adversos en cuidados intensivos. Abizanda R, resumen y comentario de: Resar RK, Rozich JD, Simmonds T, Haraden CR. A trigger tool to identify adverse events in the intensive care unit. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf</i> . 2006;32:585-90.	1	30
Los pacientes son el combustible del sistema sanitario (o así parece, al menos). Gérvas J, resumen y comentario de: Fleetcroft R, Cookson R Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? <i>J Health Serv Res Policy</i> . 2006;11:27-31.	1	31
¿Más claro? Be water, my friend. Castaño Riera EJ, Rodríguez Rodríguez RM, resumen y comentario de: Formoso G, Marata AM, Magrini N. Social marketing: should it be used to promote evidence-based health information? <i>Social Science & Medicine</i> . 2007;64(4):949-53.	2	64
¿A qué esperan los médicos de familia para codificar sus diagnósticos? Alegre L, resumen y comentario de: Orueta JF, Urraca J, Berraondo I, Darpón J. ¿Es factible que los médicos de primaria utilicen CIE-9-MC? Calidad de la codificación de diagnósticos en las historias clínicas informatizadas. <i>Gac Sanit</i> . 2006;20:194-201.	2	65
Los ingresos de los economistas de la salud. ¡Poco me parece! García-Sempere A, resumen y comentario de: Cawley J, Morrissey M. The earnings of U.S. health economists. <i>J Health Econom</i> . 2007;26:358-72.	2	66
Proyección de los desequilibrios de médicos especialistas en España: la importancia de la segmentación profesional. Polanco Sánchez C, resumen y comentario de: González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Disponible en: www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf	3	110
No considerar explícitamente los costes obstaculiza obtener más valor de lo invertido en asistencia sanitaria. Saffón JP, del Llano J, resumen y comentario de: Tunis SR. Reflections on science, judgment, and value in evidence-based decision making: a conversation with David Eddy. <i>Health Aff (Millwood)</i> . 2007;26:w500-15.	3	111
Para mejorar el sistema sanitario de Estados Unidos... asuma que tiene el 'abrelatas'... y llámese Michael Porter. Ortún Rubio V, resumen y comentario de: Porter M, Teisberg E. How physicians can change the future of health care. <i>JAMA</i> . 2007;297:1103-11.	3	112
El gasto sanitario depende también de lo que haga la región vecina. Cantarero Prieto D, resumen y comentario de: Costa-Font J, Pons-Novell J. Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. <i>Health Econ</i> . 2007;16:291-306.	3	113
Adopción de tecnologías sanitarias en el Reino Unido: una vuelta de tuerca (o dos). Cabiedes Miragaya L, resumen y comentario de: Milewa T. Health technology adoption and the politics of governance in the UK. <i>Soc Sci Med</i> . 2006;63:3102-12.	3	114
Pagos asociados a la adhesión a recomendaciones basadas en la evidencia pueden afectar positivamente la provisión de cuidados de alta calidad. Bernal Delgado E, resumen y comentario de: Gilmore AS, Zhao Y, Kang N, Ryskina KL, Legorreta A, Taira DA, Chung RS Patient Outcomes and Evidence-based Medicine in a Preferred Provider Organization Setting: A six year evaluation of a physician Pay-for Performance Program. <i>Health Ser Res</i> . 2007;42(6):2140-58.	4	153
A vueltas con los visados. Una revisión sistemática. Sanfélix Gimeno G, resumen y comentario de: Puig-Junoy J, Moreno-Torres I. Impact of Pharmaceutical Prior Authorisation Policies. A Systematic Review of the Literature. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2007;25:637-48.	4	154
El Cuadro de Mandos Integral ayuda a una mejor gestión de las organizaciones. Raigada F, resumen y comentario de: Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Durán J, Artaco L, Camprubí E, Cusi M, Rodríguez Montuquín P, Armengol Josep M, Jiménez G. El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de Salud Pública. <i>Gac Sanit</i> . 2007;21:60-5.	4	155

LA REDEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD

La mayoría de las personas con enfermedad renal crónica detectada por cribado no desarrollarán una enfermedad renal terminal. Romero Tabares A, Márquez Calderón S, resumen y comentario de: Hallan SI, Dahl K, Grootendorst DC, Aasberg A, Holmen J, Dekker FW. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *BMJ*. 2006;333:1047-50. 1 32

Suplementos de antioxidantes: No siempre algo es mejor que nada. Flores Moreno S, resumen y comentario de: Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007;297:842-57. 1 33

POLÍTICA SANITARIA

Desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos y Canadá. Borrell C, resumen y comentario de: Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. 2006;96:1300-7. 1 34

Abrir nuevos servicios especializados asegura más intervenciones por habitante. No es tan seguro que la salud de la población mejore. Bernal Delgado E, resumen y comentario de: Nallamothu BK, Rogers MAM, Chernerw ME, Krumholz HM, Tagle KA, Birkmeyer JD. Opening of Specialty Cardiac Hospitals and Use of Coronary Revascularization in Medicare Beneficiaries. *JAMA*. 2007, 297(9):962-8. 1 35

Equidad en salud, meta aún no alcanzada. Tamborero Cao G, resumen y comentario de: Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med* 2007;64:1355-62. 2 70

Mejorando la notificación de ensayos clínicos. Campillo Artero C, resumen y comentario de: Mayo-Wilson E. Reporting implementation in randomized trials: Proposed additions to the Consolidated Standards of Reporting Trials Statement. *Am J Public Health*. 2007;97:630-3. 2 71

El proceso de descentralización español y la convergencia en salud. Pomar Reynes JM, resumen y comentario de: Montero R, Jiménez JD, Martín J. Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001). *Soc Sci Med*. 2006;64:4-16. 2 72

La salud no sólo depende de las características individuales, sino del país donde se vive. de la Mata I, resumen y comentario de: Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. *Soc Sci Med*. 2007;64:1665-78. 2 73

Obesidad: escrutinio en poblaciones que viven al norte del todo y los peligros de subversión. Orduñez García PO, resumen y comentario de: Young TK, Bjerregaard P, Dewailly E, Risica PM, Jorgensen ME, Ebbesson SE, et al. Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar Inuit in 3 countries. *Am J Public Health*. 2007;97:691-5. 2 74

Discusión sobre un modelo alternativo de patentes farmacéuticas. Zozaya N, resumen y comentario de: del Llano J. Discussion point: should governments buy drug patents? *Eur J Health Econ*. 2007;8:173-7. 3 116

Adecuación de los sitios web útiles para el seguimiento farmacoterapéutico a los criterios de calidad de los principales códigos de conducta. Pi G, resumen y comentario de: Azpilicueta Cengotitabengoa I, Bermúdez Tamayo C, Silva Castro MM, Valverde Merino I, Martiarena Ayestaran A, García Gutiérrez JF, et al. Adecuación a los códigos de conducta para información biomédica en Internet de sitios web útiles para el seguimiento farmacoterapéutico. *Gac Sanit*. 2007;21:204-9. 3 117

El teatro como herramienta de compromiso público para el desarrollo de políticas sanitarias, Oteo A, resumen y comentario de: Nisker J, Martin DK, Bluhm R, Daar AS. Theatre as a public engagement tool for health policy development. *Health Policy*. 2006;78:258-71. 3 118

El conocimiento del precio de los medicamentos: Una asignatura pendiente. García Estepa R, Ruiz Aragón JM, resumen y comentario de: Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: A systematic review. *PLoS Med*. 2007;4:e283. doi:10.1371/journal.pmed.0040283. 4 157

Comparación del desempeño del sistema sanitario de las ciudades de Barcelona y Montreal. Bermúdez Tamayo C, resumen y comentario de: García-Altés A, Borrell C, Cote L, Plaza A, Benet J, Guarga A. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:791-6. 4 158

POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA

La UCI en tiempos de gripe pandémica: anticipando un protocolo de triada. Mújica OJ, resumen y comentario de: Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *Can Med Assoc J*. 2006;175:1377-81. 2 75

La modelización y sus incertidumbres: el caso de la vacuna del virus del papiloma humano. Hervada X, resumen y comentario de: Van de Velde N, Brisson M, Boily MC. Modelling Human Papillomavirus Vaccine Effectiveness: Quantifying the Impact of Parameter Uncertainty. *Am J Epidemiol*. 2007;165:762-75. 2 76

Necesidad de validación de los nuevos marcadores diagnósticos de cáncer antes de su incorporación a la práctica clínica. Lumbreras B, resumen y comentario de: Mathelin C, Cromer A, Wendling C, Tomasetto C, Rio MC. Serum biomarkers for detection of breast cancers: A prospective study. *Breast Cancer Res Treat* 2006;96:83-90. 2 77

La difícil relación entre el gasto sanitario y la salud de la población. Pascual M, resumen y comentario de: Bokhari FAS, Gai Y, Gottret P. Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ*. 2007;16:257-73. 3 119

De cómo conseguir que las personas caminen. Rabanaque MJ, resumen y comentario de: Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, Cavill N, Hamilton V, Fitzsimons CF, Mutrie N, on behalf of the Scottish Physical Activity Research Collaboration (SPARColl). Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ*. 2007 Jun 9;334(7605):1204. Epub 2007 May 31. 4 159

Antes de que la muerte nos iguale... hay bastantes diferencias en salud. Rodríguez M, resumen y comentario de: Chandola T, Ferrie J, Sacker A, Marmot M. Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *BMJ*. 2007;334:990-6. 4 160

Echarse una siesta de media hora tres veces por semana antes de jubilarse: una prescripción higiénica. Segura A, resumen y comentario de: Naska A, Oikonomou E, Trichopoulos A, Psaltopoulou T, Trichopoulos D. Siesta in healthy adults and coronary mortality in the general population. *Arch Intern Med*. 2007;167:296-301. 4 161

EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LOS PACIENTES

Las "ayudas a la decisión" para pacientes no incorporan suficientemente sus experiencias y perspectivas. Meneu R, resumen y comentario de: A systematic review of information in decision aids. Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, McIscac K, Austoker J, Charvet A, Hewitson P, Sepucha KR, Whelan T. *Health Expectations*. 2006;10:46-61. 1 36

Los cuidados inversos, por la jeta. Gervas J, resumen y comentario de: O'Reilly D, Steele K, Patterson C, Milsom P, Harte P. Might how you look influence how well you are looked after? A study which demonstrates that GPs perceive socio-economic gradients in attractiveness. *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:231-4. 1 37

Hacia la madurez de la evaluación de la satisfacción de los pacientes hospitalizados. Vilana González J, resumen y comentario de: Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*. 2006;6:102 (doi:10.1186/1472-6963-6-102). 2 78

Avances en la comprensión de las diferentes implicaciones de los pacientes en las decisiones clínicas. Abellán JM, resumen y comentario de: Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Soc Sci Med*. 2007;64:1297-310. 3 120

De oca (paciente enfermo) a oca (familia enferma). O el valor sanitario de la mujer. Gervas J, resumen y comentario de: Ray GT, Mertens JR, Weisner C. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Med Care*. 2007;45:116-22. 3 121

Los servicios de Atención Primaria son percibidos como un obstáculo por parte de las mujeres que demandan una interrupción voluntaria del embarazo. Jiménez JM, resumen y comentario de: Morrillo García A, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, Sillero Sánchez R, Nieto Cervera P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39(6):313-8. 4 162

INVESTIGACIONES QUE HICIERON HISTORIA

De la hipótesis de renta relativa, o de cómo la desigualdad en la distribución de la renta afecta a la salud. Urbanos R, resumen y comentario de: Wilkinson R.G. <i>Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality</i> , Routledge 1996.	1	40
Streptomycin en la tuberculosis pulmonar. Lo clásico (2006) de un clásico (1948). Gérvas J, resumen y comentario de: Medical Research Council. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. <i>BMJ</i> . 1948;2:769-82.	2	79

LOS INFORMES DE LAS AGENCIAS DE EVALUACIÓN

Los servicios de geriatría hospitalarios son más efectivos para la población frágil que la atención no especializada. López Arrieta JM, resumen y comentario de: Areosa A, Avellana JA, Baztán JJ, López E, Suárez FM. Efectividad y eficiencia de la atención especializada al paciente mayor. Revisión Sistemática. PI05/90212. Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.	3	122
---	---	-----

LA CIENCIA SOBRE EL PAPEL

El arte de titular. Arranz M.	1	39
Un fraude a la carta. Arranz M.	3	123

ÍNDICE DE AUTORES

Abellán JM, 120	García-Sempere A, 58, 66	Orduñez García PO, 74
Abizanda R, 30	García de Yébenes y Proas MJ, 27	Oteo A, 118
Aibar Remón C, 100	Gérvas J, 31, 37, 79, 121, 138, 148	Oterino de la Fuente D, 62
Aguiló J, 139	Gomes da Silva Junior A, 48	Pascual M, 119
Alborch V, 139	González López-Valcárcel B, 25, 140	Peiró S, 29
Alegre L, 65	González Vallinas P, 62	Pérez Adán M, 102
Álvarez E, 139	Gosalbes Soler V, 11	Pérez Camarero S, 105
Amate Blanco J, 51	Hernández Aguado I, 17, 69	Pi G, 117
Antón García P, 20	Hernansanz Iglesias F, 144	Polanco Sánchez C, 103, 110, 151
Arana E, 143, 147	Hervada X, 76	Pomar Reynes JM, 72
Arranz M, 39, 123	Hervás A, 139	Porta M, 91
del Barrio J, 90, 96	Hidalgo Vega A, 105	Puig Junoy J, 26
Bernal Delgado E, 19, 35, 153	Ibáñez B, 21	Quecedo L, 98
Bermúdez Tamayo, C, 158	Iglesias Cabo T, 63	Rabanaque MJ, 159
Borrell C, 34	Jiménez JM, 162	Raigada F, 155
Bouza Álvarez C, 51	Jiménez R, 57	Ramos García MI, 97
Cabeza E, 68	Júdez Legaristi D, 100	Revilla Y, 92
Cabiedes Miragaya L, 114	Lázaró y de Mercado P, 27	Ridao M, 60, 150
Calvo Cuervo D, 63	Librero J, 21	Rodríguez M, 160
Campillo Artero C, 43, 61, 71	Lillo A, 139	Rodríguez Artalejo F, 14
Campoamor Landin F, 50	del Llano J, 83, 86, 105, 111	Rodríguez Rodríguez RM, 64
Cantarero Prieto D, 113	López Arrieta JM, 122	Romero Tabares A, 32
Carbonell Sanchis R, 18	López-Casasnovas G, 101, 132	Ruiz Aragón JM, 157
Castaño Riera EJ, 64	Lorenzo S, 13	Saffón JP, 111
Cortés F, 90, 96	Lumbreras B, 77	Sanfélix Gimeno G, 12, 54, 154
Culebras Fernández JM, 95	Márquez Calderón S, 32	Sarmiento González-Nieto V, 15, 145
Díaz Martín A, 94	Martín Martín JJ, 127	Segura A, 161
Expósito J, 141	de la Mata I, 73	Sotoca R, 28
Flores Moreno S, 33	Méndez M, 68	Suárez Gil P, 63
Frontera Juan G, 52, 53	Meneu R, 3, 36	Tamborero Cao G, 70
Fuster Culebras J, 56	Meseguer P, 139	Tenías J.M, 139
Galduf Cabañas J, 104	Millán Núñez-Cortés J, 86	Urbanos R, 40
García-Altés A, 22, 23, 59, 91, 152	Molina Linde JM, 149	Valentín C, 99
García-Botella M, 139	Mújica OJ, 75	Viciano V, 139
García Estepa R, 157	Olry de Labry Lima A, 89	Vilana González J, 78
García Menéndez C, 55	Ondategui Parra S, 146	Villegas Portero R, 16, 149
García Mochon L, 89	Ortún Rubio V, 112	Zozaya N, 116

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
 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 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.

ORDEN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

NOMBRE _____
 APELLIDOS _____
 DIRECCIÓN _____
 CIUDAD _____ PAÍS _____ C. P. _____
 TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 PUESTO DE TRABAJO (Opcional) _____

Si no desea que sus datos se empleen para remitir publicidad, marque aquí

FORMA DE PAGO

Adjunto TALÓN núm. _____ a nombre de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud por importe de
 40 Euros
 Adjunto orden de domiciliación bancaria.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR

NOMBRE _____
 APELLIDOS _____
 CUENTA/LIBRETA _____
 BANCO/CAJA DE AHORROS _____
 DIRECCIÓN SUCURSAL _____
 CIUDAD _____ PAÍS _____ C. P. _____

Sr. Director, atienda hasta nueva orden los recibos que con cargo a mi cuenta referenciada serán librados por la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Atentamente

Fecha y firma

Remitir por correo a Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
 c/ San Vicente, 112-3ª 46007 Valencia
 Telfno.: 609 15 33 18 e-mail: iiss_mr@arrakis.es