

Editorial	
Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor	43
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Normas canadienses para la radiografía cervical tras traumatismo de cabeza y cuello: un 25% menos de radiografías sin incremento de efectos adversos	48
Rehabilitación tras enfermedad coronaria: rehabilitar en casa o en un centro sanitario, pero rehabilitar	49
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
El valor de la investigación financiada públicamente en intervenciones sin interés para la industria: Screening con una única sigmoidoscopia flexible para la prevención del cáncer colorrectal	50
Radiculopatía cervical reciente: collarín cervical y/o fisioterapia mejor que actitud expectante	51
Interrupción prematura de ensayos clínicos: otra posible trampa en el camino	52
Los anticuerpos monoclonales aumentan la supervivencia en el cáncer gástrico avanzado, ¿para todos los pacientes?	53
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Variabilidad en utilización de medicamentos y relación con el gasto sanitario: Ni más ni menos	54
Elementos para un debate informado	
La participación ciudadana, la sanidad y la salud	55
Evaluación económica, eficiencia, costes	
En verdad, en verdad os digo: Ved y escuchad para destapar a los falsos profetas del medicamento	63
Variabilidad en el valor monetario del año de vida ajustado por calidad	64
La racionalidad del gasto en tratamientos prolongadores de la vida de enfermos en fase terminal	65
Utilización de servicios sanitarios	
Una gota para el paciente, una sangría para el gasto sanitario	66
Gestión: instrumentos y métodos	
El analfabetismo estadístico generalizado es malo para la salud y para el sistema sanitario	68
Las políticas de medicamentos genéricos en Europa: mucho de análisis de situación y poco de análisis de impacto	69
Política sanitaria	
Los precios de referencia con copagos evitables no comprometen la equidad	70
¿Ayuda el monopolio intelectual a la innovación?	71
Políticas de salud y salud pública	
Una receta sencilla: educar el paladar en la niñez	72
El aumento de precios disminuye el consumo de alcohol: evaluación de 18 políticas de precios para la toma de decisiones	73
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
En ausencia de diferencias en gravedad, coste o efectividad de los tratamientos, los noruegos no muestran una mayor disponibilidad a pagar en las enfermedades raras	74
El resto también es literatura	
La fragilidad y sus metáforas	75

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 Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

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

Vicente Ortún Rubio, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Barcelona)
Xavier Bonfill (Barcelona)
Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
José Cuervo Argudín (Madrid)
Jordi Gol (Madrid)
Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
Ildelfonso Hernández (Madrid)
Albert Jovell (Barcelona)
Jaime Latour (Alacant)
Félix Lobo Aleu (Madrid)
José J. Martín Martín (Granada)
Salvador Peiró (València)
Laura Pellisé (Barcelona)
Jaume Puig i Junoy (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)
Jesús Caramés (Santiago)
David Casado Marín (Barcelona)
Carlos Campillo (Mallorca)
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 (Londres)
Fernando García Benavides (Barcelona)
Joan Gené Badía (Barcelona)
Juan Gervas (Madrid)
Luis Gómez (Zaragoza)
Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regás (Barcelona)
Jokin 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 (Elx)
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 Expectations
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 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.

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

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

Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor. Reflexiones a propósito del proyecto de Ley General de Salud Pública del Gobierno de España

Miquel Porta Serra

Instituto Municipal de Investigación Médica - Hospital del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Carolina del Norte

En el marco del proceso colectivo de reflexión y debate sobre el anteproyecto de Ley General de Salud Pública, partiendo de la invitación que desde la SEE se ha hecho a sus integrantes y en respuesta al ofrecimiento de los editores de *Gestión Clínica y Sanitaria*, a continuación aporto algunas ideas. Espero modificar las más equivocadas a partir de la reflexión que entre todos seamos capaces de realizar.

La tramitación de la Ley de Salud Pública me parece una oportunidad histórica para hacer pedagogía de la epidemiología, la salud pública, la medicina preventiva y las otras ciencias y profesiones de la salud, la vida y la sociedad. Una pedagogía especialmente orientada “afuera”: hacia todos los sectores de la sociedad española.

El anteproyecto, que se ha difundido ampliamente, propicia y merece aportaciones del máximo nivel científico, intelectual y profesional. El debate de esta ley no puede quedar secuestrado por intereses sociopolíticos de corral o por mezquindades corporativistas. Creo que podemos mirar al horizonte común de nuestro país –quizá hacia 2050–, tras el cual existirán muchas realidades que llegaremos a vivir o no, pero para las que ahora tenemos la obligación de pensar un instrumento tan importante como esta Ley. Desde las instituciones científicas y profesionales debemos esforzarnos en persuadir a participar en el debate a las organizaciones, instituciones y actores social e intelectualmente más exigentes.

Entiendo que un eje central de la ley es su voluntad de *actuar sistémicamente sobre las conexiones causales entre economía, salud, cultura y ciudadanía*. O si se prefiere, entre economía sostenible, salud pública, energía y medio ambiente, valores democráticos... Ahí están –actuando sistémicamente– los mal llamados ‘determinantes’, los grandes factores condicionantes de la salud de la sociedad europea del siglo XXI: en los sistemas de economía y trabajo, medio ambiente, transporte y energía, alimentación, relaciones de género, consumo, en la calidad de nuestra democracia... Creo que esta ley puede ser un ejemplo de una nueva generación de leyes que piensan a la sociedad –y a su transformación– de un modo más complejo, pragmático y radical; y sí, más sistémico... y si no ¿cómo ser coherentes con los planteamientos teóricos que tan a menudo hacemos sobre el impacto de los condicionantes de la salud?

La ley manifiesta su voluntad de contribuir a desarrollar los principios de “salud y equidad en todas las políticas”. Mi acuerdo con ese lema no me impide apreciar que ninguna ley sola puede lograr tal influencia, como no puede lograrlo un solo ministerio; ni el de Economía podría, suponiendo que la salud llegase a ser una de sus prioridades. Echo en falta un análisis en profundidad de *las relaciones de poder que más influyen en “todas las políticas”*. Y una praxis; por ejemplo, abogacía en los foros de relación de esos flujos de poder, y hallar puntos críticos de intervención en tales relaciones de poder. ¿Por qué no proponer que la ley cree un(a) ‘Public Health Officer’? (una, sí, pues el gobierno central nunca ha tenido una Directora General de Salud Pública). Bien, pues ¿por qué no proponer que la ley cree

una ‘Public Health Officer’ con poder transversal sobre todos los ministerios, y que a la manera del actual Defensor del Pueblo sólo dependa y rinda cuentas al Parlamento? Sin embargo... Sí, al cabo, muchas otras direcciones generales tendrían derecho a reclamar esa transversalidad y poder; entre otras razones, porque también influyen sobre la equidad y la salud.

Como se dice en el anteproyecto, “Salud pública es la salud del conjunto de la sociedad, medible mediante los correspondientes indicadores de salud poblacionales. También son salud pública las políticas públicas y privadas, transversales a todas las políticas y actuaciones, los servicios, programas y productos desarrollados por las instituciones públicas, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de incidir sobre los procesos y factores que más influyen en la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva”. La salud pública cuida cotidianamente qué respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos y convivimos. A veces las definiciones ayudan a hacer pedagogía (pueden verse algunas más al final del documento). Hoy aquello del “esfuerzo organizado por la sociedad” suena un poco forzado; entre otras razones porque el anglosajón “effort” es un “falso amigo”.

A las personas y sociedades nos suele costar apreciar lo que en silencio hace bien. ‘Apreciar’ en todas las acepciones del término: ver, percibir, dar valor, valorar... Los beneficios económicos, sociales y humanos de las inversiones en salud pública son cotidianos, generalizados para el conjunto de los ciudadanos, y tanto a corto como a largo plazo. Pero a menudo su percepción social es tenue; y las múltiples dimensiones de su valor, escasamente percibidas. Son, además, de difícil medición y de aún más difícil cuantificación. De modo que no suelen contemplarse debidamente en la contabilidad al uso ni en nuestros sistemas de valores. No es un problema reciente, ni único de España, ni exclusivo de la salud pública: toda actividad, proceso u organización que hace bien en silencio es inherentemente menos “visible”. En todas partes, siempre ha habido que explicar qué hace la salud pública; por ejemplo, mediante ejemplos comprensibles para ciudadanos que no son profesionales del sector. También aquí la filosofía y el pensamiento económico tienen mucho que aportar. *Los vastos beneficios sociales y humanos que reportan las proporcionalmente escasas inversiones nominales en salud pública raramente aparecen en los registros públicos. Mas así ocurre también con muchas otras políticas públicas y privadas: cuán escasa y pobre es casi siempre la evaluación de sus efectos, especialmente los beneficiosos para las personas y colectividades...* No creo, pues, que la salud pública deba recurrir al consabido quejío (“no nos ven, no nos entienden, no nos quieren...”): algo más profundo afecta también a muchas otras actividades y profesiones –algo enquistado en el patológico modelo de desarrollo actual.

Señalaré de paso que es incoherente razonar (acertadamente) sobre los múltiples factores condicionantes de la salud y, en cambio, no cuantificar las inversiones que se

hacen “fuera de la salud pública” con impacto en la salud. *Debemos hallar algún modo de sumar –a lo que nuestra sociedad invierte en salud pública– alguna parte de las inversiones que hacemos* (en educación, trabajo, medio ambiente, alimentación, urbanismo...), *y cuyo impacto en la salud individual y colectiva reconocemos apenas a cierto nivel retórico.* Esa suma es esencial: por pura coherencia intelectual y porque difícilmente se puede dar valor a algo que se ignora.

La salud pública es un sector real de inversión, empleo y creación de riqueza. ¿Por qué la economía convencional (la que influye desde “fuera de la salud pública”) integra de forma tan exigua a la salud pública en sus paradigmas? Además, las políticas públicas y privadas de salud pública favorecen la cohesión social y la lucha contra las desigualdades sociales. Generan conocimiento e “investigación para el desarrollo”. Un conocimiento de enorme calado social y un desarrollo verdadero. Las hebras de la salud pública son parte esencial del tejido democrático. Muchos servicios de salud pública exigen tecnología, innovación, inversión, espíritu de empresa, capital humano, impuestos, inspecciones, conciencia social y ambiental, civismo... Y ciertos valores morales. También muchas otras políticas poseen cualidades y exigencias similares. La salud pública es un sector importante en toda economía equitativa, sostenible, productiva y respetuosa con el medio ambiente. En la coyuntura actual es sumamente relevante buscar nuevas fórmulas de intervención en los procesos que conectan causalmente desarrollo humano, economía, salud, medio ambiente y democracia. Disculpen que lo subraye: como los de tantas otras políticas, los objetivos de la salud pública son el desarrollo humano (de las personas y comunidades: en cualquier visión que sea democrática), la justicia y la equidad, la libertad, la creación de riqueza y conocimiento, la sostenibilidad (económica, ambiental, cultural), el capital humano y ambiental, el buen gobierno y la calidad democrática...

Debemos analizar los fundamentos filosóficos, morales y prácticos que justifican crear nuevos servicios, productos y modelos de negocio –legítimos– que actúen sobre las causas económicas, sociales y ambientales de la salud y la enfermedad. Que generen auténticos beneficios sociales. Y, además, legítimos beneficios empresariales. Según la definición de la economía un bien público es aquel no rival y no excluyente, que está disponible para todos y cuyo uso por una persona no subtrae el uso por otros. Desde esa perspectiva, parece que los mercados no generan incentivos empresariales a la producción de bienes públicos. ¿Por qué? ¿O no es completamente así? Quizá es que los ‘mercados’ –los que han funcionado en las últimas décadas– deben cambiar sus reglas, o que necesitamos que ‘alguien’ incentive la producción de auténticos beneficios públicos - sociales... ¿No es una cuestión fundamental?

Sugiero que *debemos revisar de forma sistemática y global* (internacional) *las aproximaciones clásicas y contemporáneas al análisis de los beneficios que el sector de la salud pública genera para la sociedad.* Mi hipótesis es que dichas aproximaciones son hoy demasiado limitadas, y que la actual crisis económica y cultural las señala como obsoletas; por ejemplo, apenas cuantifican los beneficios que el sector de la salud pública genera para la economía en términos clásicos, y no lo hacen en absoluto en parámetros más novedosos, como los relacionados con las capacidades cognitivas, la equidad, la solidaridad intergeneracional o la conservación de nuestra herencia ambiental y cultural.

En definitiva, debemos proponer nuevos sistemas y fórmulas para *visualizar conceptualmente, cuantificar empíricamente y valorar culturalmente los beneficios para la salud pública de las políticas públicas y privadas, servicios y productos.* Para ello, podríamos buscar respuestas novedosas a preguntas como las 4 siguientes:

– ¿Cómo mejorar la percepción y valoración sociales de lo que se hace bien, va bien y hace bien? ¿Cómo dar más valor a aquellas políticas, servicios y productos que –de forma más o menos “invisible”– rinden beneficios a las personas y colectividades?

– ¿Qué referentes puede adaptar el análisis de los beneficios en salud a partir de áreas como la economía de la educación, la economía ambiental, los análisis económicos sobre energías renovables, movilidad, etc.? ¿Qué versiones de estas ideas se pueden prevenir?

– ¿Cómo crear nuevos modelos de negocio (y otorgar más valor a los ya existentes) que actúen sobre las causas socioambientales de enfermar y rindan legítimos beneficios sociales y empresariales?

– ¿Cómo medir mejor los costes humanos y económicos que “externalizan” las componentes más obsoletas de nuestro actual modelo de desarrollo?

¿Son los beneficios de las políticas sociales –humanos, económicos, ambientales, culturales...– inevitablemente invisibles? En absoluto. La salud es en sí misma riqueza, como se ha reconocido tantas veces –por ejemplo, en la propia iniciativa finlandesa de “salud en todas las políticas”–, y olvidado tantas otras. Este “olvido” no es casual ni es baladí: refleja la marginación a la que los actuales modelos de desarrollo condenan al ser humano. Nos olvidamos de nosotros mismos. Sugiero que al pensar sobre la Ley de Salud Pública sería acertado pensar concretamente en su impacto sobre el ser humano: ¿qué posibilidades de realización o desarrollo o modos de vida queremos para “él” en las próximas décadas? Si este planteamiento parece demasiado teórico o moral, no hay que preocuparse: el anteproyecto tiene docenas de propuestas concretas sobre cuestiones técnicas y profesionales. Y de esas propuestas concretas también debemos hablar.

Por ejemplo, propuestas sobre transparencia, declaración de intereses, obligatoriedad de evaluar la efectividad de los programas... Mas, de nuevo, poco de ello tiene sentido si no hay algún horizonte de ideas. (El que sea: todo el que sea aceptable en una sociedad democrática.) La oposición que van a encontrar estas propuestas de la Ley en los sectores más reaccionarios sólo podrá superarse, creo, si asumimos que –por ejemplo– promover la transparencia y el buen gobierno son modos de dar mayor consistencia, resistencia y plasticidad a nuestro tejido democrático. O que la actual crisis no es sólo financiera, económica y ambiental, sino también cultural. La reflexión cultural sobre el hiperconsumismo de las últimas décadas ofrece referentes para contextualizar fenómenos de profundas raíces económicas y culturales, como el abuso en la utilización de ciertos servicios médicos asistenciales.

Claro que la medicina convencional ayuda a mucha gente, sobre todo a los enfermos que reciben tratamientos verdaderamente eficaces sin merma de su autonomía personal. Pero la respuesta del sector sanitario a la crisis no puede consistir sólo en hallar nuevas fórmulas de financiación para atender a quienes sufren las enfermedades que el propio modelo económico causa. Esto no es una

respuesta, es más de lo mismo; es seguir en las rutinas más especulativas y socialmente improductivas. Por cierto, *¿cuánto o qué análisis se está haciendo de las causas sanitarias de la crisis financiera? ¿y de los cómplices sanitarios? ¿cuánto de ello se aplica al análisis del papel que en la “nueva economía” se postulaba para la industria biomédica y biotecnológica?* Abandonar la actual inercia consumista y tecnocrática es una exigencia: en primer lugar, cultural y ética; y sólo en segundo lugar, económica. Claro que hay que ahorrar, que no hay que derrochar... pero ¿por qué sólo en tiempos de crisis? Hoy está claro que por debajo de los dislates económicos, los fraudes o los productos financieros tóxicos había (hay) sistemas culturales, sanitarios, económicos y políticos inaceptables; entre ellos, la especulación y la hipérbola consumista, la grotesca exageración de la eficacia de ciertas tecnologías (también algunas biomédicas, genéticas y ‘ómicas’, por ejemplo). Por razones morales y económicas –coyunturales y de fondo– el sistema de asistencia médica debe dejar de hacer las muchas cosas inútiles y dañinas que actualmente hace y centrarse en hacer mejor –técnicamente mejor y con más humanidad– lo que realmente funciona. *Menos es más cuando “más” no sirve de nada.*

El proyecto de Ley General de Salud Pública contiene, naturalmente, muchas otras propuestas. Es, creo, sumamente respetuoso con las competencias autonómicas y municipales en salud pública. Y apenas plantea explícitamente una cuestión fundamental: *cómo reforzar la cooperación en salud pública entre Comunidades Autónomas.* Sin embargo, en mi opinión estamos en un momento óptimo –nunca es perfecto– para plantear la cuestión. Hoy por fin algunos historiadores reconocen ya que, por positivas que fuesen muchas componentes de la Transición, no todo se hizo bien. Las transferencias de las competencias en salud pública me parecen un ejemplo de lo segundo, o de ambas cosas a la vez: muchas dimensiones de esos procesos de transferencia fueron positivas, la mayoría y globalmente. Sin embargo, casi no se implementaron de forma efectiva mecanismos de coordinación y de cooperación entre CCAA, por razones que no es momento de analizar. El resultado es que a menudo en nuestro estado autonómico la toma de decisiones en salud pública parece más propia de una “federación de estados independientes” que de un estado federal. A veces este parece el estado del “sálvese quien pueda” (de acuerdo, exagerando algo...). Pero al menos en los estados federales quienes pierden una votación respetan con lealtad la decisión democrática mayoritaria.

El exantema de leyes autonómicas de salud pública acaecido en los últimos tiempos debe someterse a la siguiente pregunta (entre otras): *¿Qué mecanismos de cooperación entre CCAA contemplan tales leyes para cumplir los fines que son propios de las CCAA, los que no lo son y, en todo caso, proteger la salud de los ciudadanos?*

¿Y si llegase el día en que a ningún político español le resultase ya rentable argüir que tal tema “es competencia nuestra”? Por supuesto, la defensa de las propias competencias es a menudo legítima, necesaria y jurídicamente fundamentada. Y ha tenido enormes efectos positivos. Sin menoscabo de lo cual unos pensaréis que de tal fundamento legal se ha abusado, y otros que no. Cuestión hoy más relevante es, a mi juicio, si esa defensa competencial ha ido acompañada de sus necesarias contrapartidas, dado como operan los complejos procesos condicionantes

de la salud en el espacio geofísico, económico y cultural español. Bien haría a los ciudadanos que más a menudo siguiésemos razonamientos como este: “aunque [tal asunto de salud pública] es competencia nuestra, puesto que los virus [o contaminantes, o flujos demográficos, o rutas comerciales, o...] no conocen de fronteras autonómicas, ¿qué tal si ejerzo mi deber y me coordino o coopero de algún modo con las otras Comunidades Autónomas afectadas?”. Creo que es momento de plantear mecanismos jurídicos, políticos, económicos, culturales y técnicos para avanzar en esta idea: no es legítimo aprovechar la legislación sólo para reclamar competencias y no aprovecharla –legislación que también existe– para cooperar en aquello que exige la salud del conjunto de la sociedad española. *Es hora de activar los mecanismos jurídicos que permiten –y a veces exigen, pero apenas se utilizan– que nuestras Comunidades Autónomas cooperen de forma mucho más efectiva y eficiente en salud pública.* Sin necesidad de “devolución” alguna. Sin que necesariamente se debilite todavía más el papel del gobierno central, sino todo lo contrario. Aunque estos extremos son asimismo opinables, por supuesto.

Acaso la principal línea intelectual de conexión entre las ideas sobre las que estoy proponiendo reflexionar está en apreciar el carácter cultural de la crisis. En un cierto “así no nos apetece vivir” y “así no nos parece correcto vivir”. Lo ético anda por ahí mezclado con lo estético, con lo emocional. Si queremos superar la crisis realmente (y no en falso) no podemos volver a lo de siempre, a más de lo mismo. ¿No es obvio? Lo es o no lo es, no sé... Pero hay poderosos sectores ávidos por volver a lo mismo cuanto antes. Para superar las causas de la crisis debemos mirar, ver y valorar mejor lo que hace bien; en particular, las políticas, servicios y productos que realmente rinden beneficios a las personas y comunidades. Cuantificar y explicar mejor los costes y beneficios humanos, sociales, culturales y económicos de las inversiones en salud pública y medio ambiente –y, por supuesto, también en educación, salud laboral, agricultura ecológica, energías renovables, movilidad...– dará más visibilidad a esas inversiones. Les dará más valor. Reforzará a las organizaciones ciudadanas, empresas y administraciones más innovadoras y fuertes ante el clientelismo cortoplacista y consumista. Y nos dará más confianza para seguir poniendo en práctica otros modelos de desarrollo, otras formas de vivir.

El autor desea agradecer afectuosamente la respetuosa edición de este texto de Ricard Meneu, y las aportaciones intelectuales de Anna Garcia Altés, Beatriz González López-Valcárcel, Amaia Bacigalupe, Milagros Pérez Oliva, Esther Vilallonga, Ildefonso Hernández, Fernando Benavides, Ferran Ballester, Carlos Álvarez-Dardet, Paco Bolumar, Félix Lobo, Vicente Ortún, Juan Cabasés, Xavier Vives, Andreu Segura, Pere Ibern, Ricard Meneu, Carmen Navarro, Marisol Rodríguez, Berta Chulvi, Carmen Ainsa, Dolores Romano, Pere Boix, Joaquín Nieto y Josep Pagès, entre los innumerables compañeros con quienes empieza a articular algunas consecuencias de las ideas aquí esbozadas. Algunas de ellas fueron publicadas el pasado 10 de junio en *El País*.

- Las causas fundamentales de nuestros estados de salud son socioeconómicas, ambientales y culturales.
- Necesitamos más “políticas de causas” y menos “políticas de consecuencias”.
- Necesitamos más “políticas poblacionales” (valga el pleonismo, cuando lo sea) y menos “políticas individualistas” (valga el oxímoron, cuando lo es).
- La salud pública cuida cotidianamente qué respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos y convivimos. (Hasta el momento es la manera más breve que he encontrado de decirlo.)
- Muchos riesgos sociales y ambientales no se pueden privatizar, pues ante ellos el individuo está inerme; las “estrategias poblacionales” son imprescindibles. Rose (Geoffrey) vive.
- Debemos propiciar más alianzas entre organizaciones sociales, empresas e instituciones comprometidas con la defensa de la salud laboral, salud pública, medio ambiente, justicia, educación... comprometidas con el avance de otras formas de vida (trabajo, género, movilidad, energía, alimentación): porque éstos son los condicionantes de la salud individual y colectiva.
- Hoy el mundo vive ingentes cambios culturales. Esos cambios operan a escala local, por supuesto. Las causas del “botellón” son culturales y económicas. Debemos desarrollar más reflexión cultural sobre los procesos de salud / enfermedad.
- Los significados y las implicaciones culturales de los estudios de investigación no se desprenden jamás automáticamente de los hallazgos empíricos.

En la vida algunas cosas importantes tienen definiciones simples y unívocas; otras tienen definiciones pluridimensionales. La definición de Salud Pública no es unidimensional, sino que tiene cinco facetas. La salud pública:

- 1) es la salud del conjunto de la sociedad, medible mediante los correspondientes indicadores de salud poblacionales;
- 2) son las instituciones, empresas y organizaciones sociales y ciudadanas que protegen y fomentan el estado de salud de los distintos grupos de la sociedad, sanos o enfermos;
- 3) son las políticas públicas y privadas, servicios, productos, programas y actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones con la finalidad de: actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud; prevenir la enfermedad; y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva;
- 4) es una profesión basada en un conjunto muy diverso de valores, conocimientos, competencias, actitudes y habilidades, que desarrolla múltiples actividades en diferentes ámbitos (administración, áreas de salud, empresas, hospitales), y que ejercen profesionales de la salud (médicos, enfermeras), así como profesionales

de las otras ciencias de la vida y la sociedad (veterinarios, biólogos, ambientalistas, educadores, sociólogos, ingenieros, expertos en comunicación); y 5) es un campo, área de conocimiento o disciplina académica plural con funciones sociales de investigación, docencia y transferencia, que integra conocimientos y métodos de múltiples ciencias de la salud, la vida y la sociedad (medicina, epidemiología, estadística, sociología, economía, ingeniería, etc.).

Finalmente a veces convendrá recordar que aunque ambos términos están relacionados, *sanidad pública* no es sinónimo de *salud pública*:

- en primer lugar porque, en su acepción más habitual y restringida, ‘sanidad pública’ se refiere al sistema público de asistencia clínica (individual);
- y en segundo lugar, porque incluso la acepción más amplia y rigurosa de ‘sanidad pública’, que incluye los servicios (colectivos) de salud pública, excluye los efectos sobre la salud colectiva de las políticas y servicios que operan desde fuera del sistema de salud (economía, educación, trabajo, medio ambiente, energía, alimentación, vivienda, urbanismo); estas políticas tienen pues efectos sobre la salud pública, aunque sus instituciones no deban englobarse dentro de la sanidad pública.



Programa realizado junto con:



Técnicas de Modelización en Evaluación Económica de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias.

VI Seminario CRES de Economía de la Salud y del Medicamento

- Seminario teórico-práctico basado en exposiciones teóricas y casos reales publicados en revistas científicas. Sesiones especializadas impartidas por profesionales de reconocido prestigio.
- Los participantes conocerán, aplicarán e interpretarán los principales tipos de técnicas de modelización (**modelos de Markov y modelos probabilísticos**) en la evaluación económica de medicamentos, tecnologías médicas y programas de salud.

Barcelona 29 de marzo a 2 de abril de 2011
www.idec.upf.edu/scres

Director: Jaume Puig - Junoy

Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Director del Centro de Investigación en Economía y Salud de la UPF (CRES). Director del Máster en Economía de la Salud y del Medicamento del IDEC - Universitat Pompeu Fabra.

Coordinadores: José Manuel Rodríguez Barrios, Ana Tur Prats

Tu futuro es ahora

Másters y Postgrados

IDEC-UNIVERSITAT POMPEU FABRA
cremos en ti

Balmes, 132-134 • 08008 Barcelona • Tel.: +34 93 542 18 50 • info@idec.upf.edu • www.idec.upf.edu

Normas canadienses para la radiografía cervical tras traumatismo de cabeza y cuello: un 25% menos de radiografías sin incremento de efectos adversos

Stiell IG, Clement CM, Grimshaw J, Brison RJ, Rowe BH, Schull MJ, et al.

Implementation of the Canadian C-Spine Rule: prospective 12 centre cluster randomised trial. *BMJ*. 2009; 339:b4146.

Objetivo

Valorar la efectividad de una estrategia activa para implementar las reglas canadienses de la columna cervical (Canadian C-Spine Rule) en múltiples servicios de urgencia hospitalarios (SUH).

Material y métodos

Ensayo clínico aleatorizado con emparejamiento que comparó el resultado antes y después de una intervención de 12 meses en 6 hospitales (intervención) y otros 6 (grupo control). No se realizaron acciones sobre los médicos solicitantes de los hospitales control ni sabían que eran revisados. El estudio incluyó 11.824 adultos conscientes y estables en 12 SUH (6 hospitales universitarios y 6 comarcales), tras traumatismo cerrado en cabeza o cuello. El resultado principal era la proporción de pacientes elegibles remitidos para radiografía de la columna cervical desde el SUH.

Resultados

Respecto al periodo basal, el grupo intervención presentó una reduc-

ción relativa de imagen del 12,8% (IC95% 9-16%; 61.7-53.3%; P=0.01) y el grupo control un aumento relativo del 12.5% (IC95% 7-18%; 52.8-58.9%; P=0.03). Estos cambios fueron significativos cuando ambos grupos fueron comparados (p<0.001) y representan una diferencia relativa del 25% entre los grupos (diferencia absoluta de 14,5 puntos porcentuales). No ocurrieron fracturas no detectadas ni efectos adversos.

Conclusiones

La implementación de las Canadian C-Spine Rule llevó a una reducción de las radiografías sin complicaciones, con tasas de imagen bajas en todos los sitios de intervención. El estudio es aplicable a pacientes conscientes y estables con lesiones de la columna cervical, mayores de 16 años en la mayoría de los servicios de urgencia del mundo desarrollado.

Financiación: Institutos de Investigación Sanitaria de Canadá. Conflicto de intereses: ninguno declarado. Correspondencia: istiell@ohri.ca

COMENTARIO

El uso de estas reglas puede reducir la estancia de estos pacientes en urgencias, pero es improbable que lleve a una rápida reducción de las mismas. Básicamente los médicos en urgencias priorizan el diagnóstico en base a sus propias asunciones, más que en base a la historia y exploración física. A pesar de esto, los autores demostraron que las reglas Canadian C-Spine pueden reducir las radiografías a la mitad, sin efectos adversos.

Los centros de intervención tenían una tasa de imagen previa al ensayo del 61%, y en estudios anteriores la tasa de imagen era del 76%. Seguramente esta disminución era debida a que estos centros ya conocían las reglas, bien difundidas para ambos tipos de hospitales (1). Por tanto existen dos posibles factores confusores: reglas validadas y conocidas junto con la restricción de la supervisión. Las bajas tasas de imagen en los hospitales de intervención un año tras el estudio sugiere una estabilización en el proceso formativo tras una práctica supervisada a largo plazo. Estos datos se corroboran porque cuando se terminó la intervención, las tasas de imagen aumentaron en los hospitales control, que se interpreta como una tendencia secular al incremento de radiografía en hospitales masificados (pero tenían menos de un paciente de esta clase al día!).

La mayor dificultad encontrada fue el cumplimiento de los médicos con las peticiones, que fue más difícil de lo esperado. Esto requirió que los técnicos de rayos actuaran como supervisores y decisores, un papel para el que no siempre están cómodos ni preparados.

Hay que ser realista sobre qué éxito cabe esperar en reducir las radiografías. Como sugieren los autores, la falta de comunicación entre médicos aumenta las pruebas, siendo indispensable la formación repetida. Es mejor establecer un objetivo inicial como radiografiar sólo el 40-50% de los casos (2).

El cribado cervical tras traumatismo es un tema controvertido. Independientemente de qué regla se use, las radiografías se piden en más del 66% de los casos, pero sólo se identifican lesiones relevantes en el 2%. Las reglas de decisión clínicas son herramien-

tas para elegir el tratamiento más adecuado. No pueden reemplazar el juicio clínico o dictar el cuidado de pacientes individuales, sin embargo los médicos tendrán que elegir en base a la investigación disponible y su propia experiencia. El éxito de la implementación dependerá de cada miembro del equipo entrenado para la regla, incluido el personal de clasificación (*triage*) (2). Este es un ejemplo práctico de que si queremos que funcionen tiene que ser con estrategias multinivel.

Tanto en PubMed, como en Guía Salud o en el IME no hay un solo artículo sobre la aplicación de estas guías en el entorno español. ¿Además de las estrategias de ellos tenemos algo más?, pues los radiólogos pueden y tienen que implicarse. Según la Ley son también responsables de la indicación y adecuación de la prueba solicitada (3). Otro motivo más para aplicar la justificación con las reglas que funcionan.

De las varias opciones que hay para que funcione la práctica basada en la evidencia, está visto que la del modelo del profesional basada en la investigación (*research-based practitioner model*), no funciona por si solo (4). Hay que combinarla con las otras dos (modelo de investigación injertado y el modelo de excelencia organizativa) pero de forma ordenada y que no parezca una ruleta rusa (4). Los autores le dedican un irónico comentario a sus vecinos del sur, respecto a lo que podrían bajar su altísima proporción de radiografías.

Estanislaio Arana

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia

(1) Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, Brison R, Schull MJ, Rowe BH, et al. The Canadian C-Spine Rule versus the NEXUS Low-Risk Criteria in Patients with Trauma. *N Engl J Med*. 2003;349:2510-18.

(2) Podichetty VK, Morisue H. Prediction rules in cervical spine injury. *BMJ*. 2009;339:1041-42.

(3) Real Decreto 1976/1999, BOE núm. 311 29/12/1999.

(4) Nutley S, Walter I, Davies HTO. Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms from Cross-Sector Review. *Res Soc Work Pract*. 2009;19:552-9.

Rehabilitación tras enfermedad coronaria: rehabilitar en casa o en un centro sanitario, pero rehabilitar

Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Moxham T, Taylor RS.

Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;340:b5631. Erratum in: BMJ. 2010; 340:c1133.

Objetivo

Comparar la efectividad de la rehabilitación cardiaca (RC) en centro sanitario frente a programa domiciliario valorando la mortalidad, morbilidad, y otras medidas de resultados en pacientes con enfermedad coronaria (EC).

Diseño

Revisión sistemática.

Estrategia de búsqueda

Registro de Ensayos Clínicos de la Cochrane library, Medline, Embase, CINAHL y PsycINFO, sin restricción de lenguaje desde 2001 hasta enero de 2008.

Métodos

Se incluyeron ensayos clínicos controlados y aleatorizados (EC) que comparaban la efectividad de la RC realizada en centros sanitarios, con programas domiciliarios en adultos con infarto agudo de miocardio, angina, insuficiencia cardiaca o que habían sido intervenidos de revascularización coronaria. Dos revisores valoraron y eligieron los EC, extrayendo los datos independientemente.

Resultados

Se incluyeron 12 estudios (1938 participantes), en su mayoría de pa-

cientes con reducido riesgo de complicaciones tras el infarto o la revascularización. No se encontró diferencias con respecto a la mortalidad (RR: 1,31, IC95% 0,65;2,66), complicaciones, capacidad de ejercicio (diferencia media estandarizada -0,11, IC95% -0,35; 0,13), factores de riesgo modificables como la diferencia media ponderada de presión sistólica (0,58 mmHg, IC95% -3,29; 4,44); colesterol total (-0,13 mmol/l, IC95% -0,31;0); colesterol LDL (-0,15 mmol/l, IC95% -0,31;0,01); proporción de fumadores en el seguimiento (RR=0,98, IC95% 0,73; 1,31) y Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). Únicamente se encontraron diferencias en el colesterol HDL (-0,06 mmol/l IC95% -0,11; -0,02). No se encontró evidencia a favor de mayor adherencia al tratamiento en el grupo domiciliario. No se encontró diferencia en los costes entre ambas intervenciones.

Conclusiones

Ambas modalidades de tratamiento muestran una efectividad similar.

Financiación: National Institute for Health Research Cochrane Heart Programme, European Union under transparency of the National Health System Drug Reimbursement Decisions, Poland, South West Primary Care Trust.

Conflicto de intereses: Algunos autores son también autores de trabajos incluidos en la revisión.

Correspondencia: hmdalal@doctors.net.uk

COMENTARIO

Las EC son la principal causa de muerte y de incapacidad en los países desarrollados. En la última década se han publicado multitud de trabajos, incluyendo 2 revisiones sistemáticas (1,2), que muestran un importante beneficio de la RC sobre la mortalidad, factores de riesgo y CVRS en los enfermos coronarios.

A pesar de estas evidencias la implementación de los programas de RC en el mundo occidental es baja y desigual. Según la American Heart Association, solo el 56% de los posibles candidatos en Norteamérica participan en programas de rehabilitación. La encuesta de la Unión Europea "The Carinex Survey" (1999), situaba a países como Holanda, Austria y Finlandia en cifras similares a las norteamericanas, mientras que en España, Portugal o Grecia es del solo 2-3%.

La necesidad de buscar alternativas que hagan más accesible la RC ha motivado la publicación de varias RS en las que se compara las opciones de RC domiciliaria y ambulatoria, entre ellas las realizadas en 2006 y 2007 por los mismos autores. Todas vienen a reforzar la evidencia de no encontrar diferencias entre las dos intervenciones con respecto a la mortalidad, factores de riesgo cardiovasculares (salvo en HDL) y CVRS, a corto plazo (3-12 meses), solo uno de los trabajos incluidos hace un seguimiento de 18 meses.

Uno de los grandes problemas de RC es la falta de adherencia al tratamiento por su prolongada duración. La mayoría de los estudios refieren una buena adherencia durante la realización del estudio e incluso algunos de ellos encuentran más adherencia entre los pacientes de RC domiciliaria, pero la mayoría de estos estudios son a corto plazo, no pudiendo determinar esta adherencia a largo plazo. Algunos autores recomiendan dar a elegir al paciente la alternativa terapéutica que mejor se adecue a sus características personales y laborales, sin embargo un EC (3) que compara la adherencia terapéutica en pacientes aleatorizados a una de estas dos alternativas, no encontró diferencias. Solamente 4 estudios de

esta RS hacen referencia a los costes de los programas, en tres de ellos el coste de la rehabilitación domiciliaria es menor que en el centro. Sin embargo en un EC multicéntrico realizado por Jolly (4) los costes de la RC domiciliaria fueron más elevados. Esta discrepancia podría atribuirse a que la imputación de costes de ambas alternativas varía de un sistema sanitario a otro.

Implicaciones en la práctica clínica: la RC domiciliaria es una buena alternativa para pacientes con EC porque mejora la accesibilidad al tratamiento. La coordinación de las unidades de rehabilitación cardiaca con atención primaria facilitaría la implementación de esta opción. Varios hospitales de nuestro país forman parte de un proyecto europeo de prevención secundaria (EUROACTION), ofreciendo buenos resultados sobre los factores de riesgo modificables.

Se debe seguir investigando sobre la adherencia al tratamiento a largo plazo y sobre los costes de las diferentes alternativas que permitan elegir la opción más adecuada para cada tipo de pacientes, pero quizás la mayor implicación de este trabajo es que lo importante, hoy por hoy, es rehabilitar –bajo cualquier modalidad– a estos pacientes.

M^º José Navarro Collado

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

(1) Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2001;1:CD001800.

(2) Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med. 2004;116:682-92.

(3) Dalal HM, Evans PH, Campbell JL, et al. Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction: a randomized trial with preference arms—Cornwall heart attack rehabilitation management study (CHARMS). Int J Cardiol. 2007;119:202-11.

(4) Jolly K, Lip GY, Taylor RS, et al. The Birmingham Rehabilitation update maximisation study (BRUM): a randomised controlled trial comparing home-based with centre-based cardiac rehabilitation. Evid Based Nurs. 2009;12:83.

El valor de la investigación financiada públicamente en intervenciones sin interés para la industria: Screening con una única sigmoidoscopia flexible para la prevención del cáncer colorrectal

Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, Parkin DM, Wardle J, Duff SW, Cuzick J, UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators

Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. Lancet, publicado on-line 28 abril 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60551-X.

Antecedentes

El screening ha demostrado ser una intervención efectiva para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal. Los mayores problemas para ponerlo en práctica son los relacionados con la aceptabilidad y adherencia de la población a las técnicas existentes para el screening a lo largo de sucesivos controles. Se plantea la hipótesis de que realizar una única sigmoidoscopia flexible entre los 55 y 64 años puede reducir sustancialmente la incidencia y la mortalidad, basándose en que dos tercios de los cánceres y adenomas colorrectales se localizan en zonas accesibles para la sigmoidoscopia flexible.

Métodos

Estudio controlado y aleatorizado, llevado a cabo en 14 centros del Reino Unido sobre 170.432 personas a los que se pasó previamente un cuestionario sobre disposición a participar en un ensayo de este tipo e indicaron que aceptarían. El análisis se realizó por intención de tratar, siendo la mediana de seguimiento de 11,2 años. El diagnóstico de casos se realizó a partir del registro central de pacientes del NHS mediante el marcado de pacientes que fueron sometidos a screening y enlace con los registros de cáncer, de altas hospitalarias y de mortalidad.

Resultados

El porcentaje de exclusión de pacientes fue bajo y el 71 % de los asignados al grupo de intervención aceptó la realización de una sigmoidoscopia flexible. En el 5 % (2.131 personas) se encontraron pólipos y otras lesiones de alto riesgo y fueron derivadas a colonoscopia. La reducción en la incidencia de cáncer colorrectal fue del 23 % (razón de riesgo: 0.77, IC 95% 0.70-0.84) y del 31% en la mortalidad (0.69, 0.59-0.82).

En el análisis por protocolo, ajustando por el sesgo de autoselección en el grupo de intervención, la incidencia de cáncer colorrectal en el grupo que acudió al screening se redujo en el 33 % (0.67, 0.60-0.76) y la mortalidad en el 43 % (0.57, 0.45-0.72). La incidencia de cáncer colorrectal distal (sigmoide y recto) se redujo en un 50 % (0.50, 0.42-0.59). El número necesario de personas a cribar para prevenir una diagnóstico de cáncer colorrectal o una muerte fue de 191 y 489, respectivamente.

Conclusiones

La sigmoidoscopia flexible es una prueba segura y efectiva, que confiere una protección sustancial y beneficios duraderos, ofreciéndola una sola vez entre las edades de 55 y 64 años.

Fuente de financiación: Medical Research Council, National Health Service R&D, Cancer Research UK, KeyMed.

COMENTARIO

Este estudio aporta información muy valiosa a considerar en la planificación de los programas de screening de cáncer colorrectal. Así lo justifica la reducción global conseguida entre los que se sometieron a screening frente al grupo control, tanto en la incidencia (33 %) como en la mortalidad (43 %). En el Reino Unido ha motivado que un grupo de expertos soliciten un nuevo programa nacional de screening de cáncer colorrectal, considerándolo como uno de los desarrollos más importantes en la investigación en cáncer en los últimos años.

La sigmoidoscopia flexible examina solo la parte inferior del colon, donde se producen dos tercios de los cánceres y adenomas y la exploración puede ser realizada por médicos o por enfermeras entrenadas específicamente y en entorno ambulatorio, permitiendo la resección de pequeños pólipos que podrían evolucionar a lesiones cancerosas. La estrategia presentada en el estudio tiene como inconveniente la posible pérdida de casos distales o los que se producen en edades más avanzadas, pero parece que se ve compensada por la gran reducción global que muestra en incidencia y en mortalidad. También es destacable que en la población que acudió al screening se produjo una reducción mayor en la incidencia y en la mortalidad, con un efecto similar en hombres y en mujeres.

Comparado con la detección de sangre oculta en heces, la sigmoidoscopia flexible resulta más efectiva, especialmente por su capacidad de prevenir la aparición de adenocarcinomas y por una mayor reducción de la mortalidad. Una ventaja adicional es la necesidad de menor número de pruebas y el largo intervalo entre revisiones.

Como desventaja cabe citar la invasividad de la prueba y la necesidad de preparación del colon.

Aunque no se ha realizado aún una evaluación económica, los autores creen que es una alternativa claramente eficiente frente a las opciones actuales con sangre oculta. Dos ensayos similares realizados en Italia (mismo protocolo) y EE.UU. (screening cada 3-5 años) van a publicar sus resultados pronto y permitirán completar la información sobre efectividad en diferentes contextos y tasas de adherencia. Sin embargo, otro ensayo similar realizado en Noruega ha publicado sus resultados con seguimiento de 7 años, sin que se muestren reducciones en la incidencia, aunque sí en la mortalidad en el grupo que acudió al screening. Se deberá esperar a contar con los datos completos del seguimiento a 10 años de este ensayo para comparar sus resultados con el realizado en el Reino Unido, dado que existen diferencias en las tasas de adherencia y las preferencias por las diferentes pruebas disponibles.

Este estudio también ilustra el valor de la investigación médica financiada con fondos públicos y a largo plazo, en una prueba sin interés específico para la industria. Se diseñó a principios de los noventa y ahora se dispone de los principales resultados. Esto iría en contra del argumento de que la medicina evoluciona demasiado rápido para que ensayos de esta duración se realicen sin quedar obsoletos antes de publicarse, especialmente en campos con problemas de esta magnitud para el que no contamos con respuestas satisfactorias.

Eduardo Briones

Hospital Universitario de Valme. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

Radiculopatía cervical reciente: collarín cervical y/o fisioterapia mejor que actitud expectante

Kuijper B, Tans JT, Beelen A, Nollet F, de Visser M.

Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. BMJ. 2009; 339:b3883.

Objetivo

Evaluar la efectividad del tratamiento con collarín o fisioterapia vs. esperar y ver en pacientes con radiculopatía reciente.

Diseño

Ensayo controlado aleatorizado.

Entorno

Consultas ambulatorias de neurología de 3 hospitales holandeses.

Participantes

Pacientes (n=205) con síntomas y signos de radiculopatía cervical de al menos un mes de duración.

Intervenciones

Tratamiento con collarín semirrígido y reposo de 3-6 semanas (n=69); 12 sesiones de fisioterapia y ejercicios en casa durante 6 semanas (n=70) y grupo control de evolución natural (n=66).

Principales medidas de resultados

Cambios en escalas de dolor para brazo y cuello en 100 mm de la escala visual analógica (EVA) y en un índice de discapacidad cervical durante las 6 primeras semanas.

Resultados

En el grupo control, el dolor del brazo disminuyó 3 mm/semana en la EVA (?= -3.1 mm, IC95% -4.0;-2.2) y 19 mm en el total de las 6 se-

manas. Los pacientes tratados con collarín o fisioterapia consiguieron una reducción adicional del dolor (collarín: ?=-1.9, -3.3;-0.5; fisioterapia: ?= -1.9 mm, -3.3;-0.8) lo que supone una mejoría del dolor de 12 mm comparada con el control tras 6 semanas.

En el grupo control, el dolor cervical no disminuyó significativamente en las 6 primeras semanas (?= -0.9mm, -2;0.3). El tratamiento con collarín provocó una reducción semanal de 2,8 mm en la EVA (-4,2; -1.3), equivalente a 17 mm en 6 semanas, mientras que la fisioterapia proporcionó una reducción semanal de 2,4 mm (-3,9;-0,8), resultante en una disminución de 14 mm tras las seis semanas. Comparado con la actitud expectante, el índice de incapacidad cervical mostró un cambio significativo con el uso del collarín y reposo (?= 0.9 mm, -1.6;-0,1) y un efecto no significativo sobre la fisioterapia y los ejercicios domiciliarios.

Conclusión

Un collarín cervical semirrígido y reposo durante 3-6 semanas o fisioterapia con ejercicios domiciliarios durante 6 semanas, reducen sustancialmente el dolor de cuello y brazo comparado con la actitud de ver y esperar en la fase inicial de una radiculopatía cervical.

Financiación: Dr Eduard Hoelen Stichting Foundation.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: kuijperb@maasstadziekenhuis.nl

COMENTARIO

La cervicobraquialgia suele ser la presentación clínica de la compresión o irritación radicular cervical provocada generalmente por hernia discal o espondiloartrosis que se manifiesta además con alteración motora y/o sensitiva. Igual que en otras afecciones degenerativas vertebrales, tanto el umbral diagnóstico (preferible RM o TAC espiral, dudosa la EMG) como el terapéutico sigue siendo motivo de controversia (1), pero se acepta un tratamiento inicialmente conservador de 6 a 12 semanas y en caso de fracaso se plantea la cirugía descompresiva, aunque sus resultados exitosos a los 4 meses no se prolongan más allá de los 16 meses, al compararse con fisioterapia o collarín cervical rígido (2).

Los ejercicios multimodales (fortalecimiento, estiramiento específico de la cintura escapular y propioceptivos) pueden ser eficaces para el medio-largo plazo en la cervicobraquialgia crónica con o sin cefalea, pero en la cervicobraquialgia aguda la evidencia es limitada al comparar reposo y ejercicios domiciliarios con otras variedades. Esta última conclusión de la revisión Cochrane (3) parece ser el punto de partida de este ensayo, que valora si dos procedimientos (ejercicios o collarín con reposo) son capaces (frente a una actitud pasiva) de cambiar el curso natural de la cervicobraquialgia que se considera benigno hacia la resolución espontánea (1).

Los autores valoraron, como resultados secundarios, la satisfacción, el uso de opiodes y la baja laboral (en torno 40%) pero, sorprendentemente, no incluyeron parámetros objetivos como la movilidad o la fuerza muscular a las 3 y 6 semanas, y para descartar ri-

gidez cervical e hipotonía muscular secundarias a la lesión per se –cinesiofobia– y al collarín (2, 3). Reconocen como limitaciones una menor muestra que la calculada, la falta de doble enmascaramiento, el posible efecto terapéutico derivado de la atención recibida y de los autorregistros en un diario para el control de la adhesión terapéutica, y que la RM y la EMG se realizaron después de la aleatorización (20-25% no tenían compromiso radicular), siendo los criterios de inclusión puramente clínicos.

En resumen, en la cervicobraquialgia de un mes de duración, el collarín más reposo puede ser una opción adecuada, barata (y con mejores resultados subjetivos que la actitud expectante) pero la necesidad de cirugía en esta muestra (5,8%) sugiere que hay que seguir investigando sobre los factores de cronicidad.

Lourdes Ruiz Igual

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

(1) Kuijper B, Tans J, Schimmsheimer RJ, et al. Degenerative cervical radiculopathy: diagnosis and conservative treatment. *Eur J Neurol.* 2009; 16:15-20.

(2) Persson LC, Carlsson CA, Carlsson JY. Long-lasting cervical radicular pain managed with surgery, physiotherapy or a collar cervical. A prospective, randomized study. *Spine.* 1997; 22:751-8.

(3) Kay TM, Gross A, Santaguida PL, et al. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005: CD 004250.

Interrupción prematura de ensayos clínicos: otra posible trampa en el camino

Bassler D, Briel M, Montori VM, Lane M, Glasziou P, Zhou Q, Heels-Ansdell D, Walter SD, Guyatt GH, y grupo STOPIT-2. **Stopping randomized trials early for benefit and estimation of treatment effects. Systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2010; 303(12):1180-1187.**

Objetivo

Evaluar si existe una sobreestimación del efecto del tratamiento en aquellos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que se interrumpen prematuramente por haberse demostrado beneficio y los posibles determinantes de dicha sobreestimación.

Métodos

Revisión sistemática de ensayos clínicos. Se comparó el efecto de tratamientos probados en ECA interrumpidos prematuramente por beneficio con los observados en ECA no interrumpidos que investigaban el efecto de tratamientos similares.

Resultados

Se identificaron 91 ECA interrumpidos de forma prematura, correspondientes a 63 tratamientos y 424 ECA que evaluaban tratamientos similares pero fueron completados. La relación global del riesgo relativo observado en ensayos interrumpidos prematuramente vs no interrumpidos fue de 0,71 (0,65-0,77). Esta sobreestimación guardaba

una asociación independiente tan sólo con el número de acontecimientos clínicos del ensayo: a menor número, mayor sobreestimación. Ésta no se influía por otras características de calidad del ensayo. En 62% de los tratamientos el efecto global observado en ECA no interrumpidos no demostró beneficio, mientras que sí se había observado éste en los ensayos interrumpidos.

Conclusiones

Los ECA interrumpidos prematuramente revelaron un mayor efecto que los completados, siendo mayor la diferencia en estudios pequeños con independencia de otras características metodológicas.

Conflicto de interés: No se declara. Estudio financiado por el UK Medical Research Council. El IP declara recibir fondos de la Roche Research Foundation.

Correspondencia: montori.victor@mayo.edu

COMENTARIO

La medicina basada en la evidencia ha sido, ciertamente, una fuente de mayor rigor en la interpretación de la literatura médica y en la toma de decisiones. Pero en su nombre se han sentado recomendaciones cuestionables de manera más o menos interesada. Se ha llegado a una especie de consenso tácito entre promotores y usuarios de la investigación, según el cual la publicación de un ensayo clínico en una revista de alto impacto equivale, por sí sola, a la relevancia clínica y validez externa de sus hallazgos y, por ende, a la justificación o incluso obligación de su uso generalizado. Y a pesar de ser esto falso, el consenso ha funcionado. En realidad, son muchos los puntos a analizar para interpretar correctamente la validez y magnitud del efecto en un ensayo clínico.

Uno de estos puntos es la interrupción precoz del ensayo debida a que en un análisis intermedio en el curso de su ejecución se demuestra ya un beneficio de la intervención ensayada de tal magnitud que hace altamente improbable un resultado negativo. Para justificar esta conducta, sin duda beneficiosa para los promotores del ensayo, se han llegado a establecer criterios estadísticos para la interrupción (stopping rule) calculando qué efecto mínimo observado en un análisis intermedio sería suficiente para considerar ínfima la probabilidad de un resultado final negativo; y, por tanto, para declarar incluso que sería dudosamente ético seguir con el ensayo, facilitándose así la promoción de la intervención ensayada.

Esta conducta ha despertado, desde hace años, el recelo de los críticos, y el grupo de la Universidad de McMaster ha intentado recientemente cuantificar sus riesgos. Ya en una revisión sistemática de 2005 (1) concluyeron que “este tipo de ensayos son ahora más frecuentes, a menudo no se justifica bien en ellos la interrupción prematura y refieren efectos poco plausibles por lo grandes”. En el trabajo resumido aquí se amplían estos hallazgos, demostrando una sobrevaloración global del 30% con respecto a ensayos completados sobre las mismas hipótesis. Con una sofisticada metodología (metarregresión), se analizó qué factores influían en este fenómeno (más frecuente, por otra parte, en ensayos publicados en revistas de alto impacto). Ni las características de calidad metodológica ni el uso de una norma previa de interrupción (stopping rule) se asocia-

ban independientemente con él. Sí, en cambio, existía una significativa interacción entre la interrupción precoz y el número de acontecimientos del ensayo. Así, el uso de una stopping rule para interrupción precoz sólo podría estar justificado en ensayos muy grandes. En términos prácticos, los ensayos con menos de 200 acontecimientos sobrevaloraban globalmente el efecto en un 63%; entre 200 y 500, la sobrevaloración era de 35%; y sólo para más de 500 acontecimientos la sobrevaloración global era de 12%. Y es de resaltar que, para un 62% de las terapéuticas analizadas, los ensayos interrumpidos demostraron efecto pero no así el metaanálisis de los no interrumpidos para cada una de estas hipótesis: el riesgo de que un clínico fascinado o convencido por un ensayo clínico precozmente interrumpido indique un tratamiento ineficaz no es, según los resultados de este estudio, ni mucho menos trivial, especialmente en ensayos con menos de 200 acontecimientos. Y precisamente estos ensayos clínicos con escaso volumen de muestra y escaso número de acontecimientos fueron la mayoría en la muestra analizada de ensayos prematuramente interrumpidos por haberse demostrado beneficio, muestra recogida tras rigurosa revisión sistemática.

Éste es un estudio importante porque aumenta nuestro grado de alerta sobre un hábito que, como el uso de variables de resultado subrogadas o combinadas, los análisis de subgrupos, los efectos de mínima magnitud o las poblaciones de estudio muy seleccionadas, exige un ejercicio crítico particular antes de aceptar confiadamente los resultados de un ensayo clínico. Su interrupción precoz permite, como mínimo, poner en cuestión la magnitud del efecto observado con la consiguiente necesidad de valorar su posible significado clínico real. Y sin duda esto último, más que la aplicación automática de las conclusiones del ensayo, es la tarea del médico clínico y de todo profesional con responsabilidad en la toma de decisiones terapéuticas individuales o colectivas.

Gaietà Permanyer Miralda, Ignacio Ferreira González

Unidad de Epidemiología, Servicio de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

(1) Montori VM, Devereaux PJ, Adhikari NKJ, Burns KEA, Eggert CH, Briel M et al. Randomized Trials Stopped Early for Benefit: A Systematic Review. *JAMA* 2005; 294: 2203.

Los anticuerpos monoclonales aumentan la supervivencia en el cáncer gástrico avanzado, ¿para todos los pacientes?

Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, Chung HC, Shen L, et al. ToGA Trial Investigators.

Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. Lancet 2010 Aug 28; 376(9742):687-97. Epub 2010 Aug 19.

Objetivos

Evaluar la eficacia de añadir un anticuerpo monoclonal (trastuzumab) a quimioterapia paliativa en tumores gástricos localmente avanzados o metastáticos que sobreexpresan la proteína Her2.

Métodos

Ensayo clínico fase III controlado, multicéntrico y aleatorizado de pacientes diagnosticados de cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica localmente avanzados inoperables o metastáticos, que presentaban un buen estado general (ECOG 0-2), con una buena función orgánica, con enfermedad medible o no medible, que sobreexpresan Her2 por inmunohistoquímica o por técnica FISH (hibridación fluorescente in situ).

Resultados

594 pacientes con cáncer HER-2 positivo identificados entre casi 4.000 pacientes con cáncer gástrico avanzado evaluados; todos los pacientes recibieron quimioterapia (con más frecuencia cisplatino y capecitabina aunque en ocasiones cisplatino y 5-fluorouracilo) y la mitad fueron asignados al azar a recibir también Trastuzumab (6 mg/kg cada 3 semanas hasta la progresión). Fueron evaluados 584 pacientes, y el estudio se interrumpió de modo prematuro tras una mediana de seguimiento de 18.6 meses en la

rama de trastuzumab y 17.1 meses en la de quimioterapia sola debido al efecto beneficioso observado. El objetivo primario del estudio era demostrar la mayor supervivencia global del grupo tratado con Trastuzumab. En este sentido, Trastuzumab aumentó la mediana de supervivencia global en 2,7 meses, hasta llegar a los 13,8, frente a los 11.1 meses en el grupo de quimioterapia sola. Por su parte, el Hazard Ratio fue de 0.74 (CI 0.60, 0.91), con un valor de p altamente significativo ($p=0,0046$).

Además mejoró todos los criterios secundarios de valoración como la supervivencia sin progresión del cáncer (de 5,2 meses a 6,7 meses; $p: 0,002$) y de la tasa de respuesta global (de 34,5% a 47%; $p: 0,0017$) con "significación estadística y repercusión clínica".

Conclusión

Trastuzumab en combinación con quimioterapia debe ser considerada como una opción de tratamiento en pacientes con cáncer gástrico o de la unión gastroesofágica que sobreexpresan la proteína Her2.

Financiación: F Hoffmann-La Roche.

Correspondencia: Y-J Bang, Seoul National University College of Medicine, 28 Yongon-Dong Chongro-Gu, Seoul 110-744, South Korea.

COMENTARIO

Uno de los grandes objetivos de los ensayos clínicos, en el desarrollo de las nuevas terapias antineoplásicas, para su posterior aplicación a los pacientes, es encontrar un tratamiento oncológico cada vez más personalizado, fundamentado en las alteraciones moleculares específicas de cada tumor y a su vez deben incluir estudios farmacodinámicos que confirmen que el fármaco realmente bloquea la diana frente a la que va dirigido, y finalmente, parámetros adecuados de evaluación de la actividad antitumoral (1).

Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado cuya diana es el receptor de membrana HER-2; desde su lanzamiento en 1998 se ha convertido en una importante opción terapéutica de pacientes con cáncer de mama tanto en enfermedad metastática como en el tratamiento adyuvante (2).

El objetivo principal de este estudio era demostrar la superioridad en la supervivencia global en el grupo de pacientes tratados con quimioterapia más trastuzumab, y se consiguió, obteniendo un modesto beneficio de 2.7 meses frente al grupo de sólo quimioterapia.

Cualquier beneficio en supervivencia global con un tratamiento oncológico es el objetivo primordial a la hora de introducir un nuevo fármaco en el arsenal terapéutico, siempre y cuando se mantenga la calidad de vida de los pacientes y ambos parámetros se dan en este estudio, pero en muchos casos, también se acompaña de un alto costo económico, como sucede en este caso.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) calculó para este ensayo que la rama de pacientes tratados con trastu-

zumab tiene un coste que estimó en 15.000 dólares por paciente tratado, por lo que no cabe duda que es importante realizar una selección de pacientes muy estricta, no solo en que tengan sobreexpresión del Her2, sino que cumplan los criterios de inclusión/exclusión que se han puesto en el ensayo clínico, con el objetivo de poder reproducir los mismos resultados en la práctica clínica, dado que la ganancia en supervivencia global es modesta, una mala selección de los pacientes no aportará ningún beneficio y sí un alto coste.

También es importante exigir a los nuevos ensayos, con el fin de mejorar la eficacia y el coste efectividad de los tratamientos, el empleo de otros biomarcadores predictivos que nos permitan seleccionar los pacientes que con mayor probabilidad se van a beneficiar de un determinado fármaco.

Manuel Ramos Vázquez

Centro Oncológico de Galicia

(1) A. Prat. Biologic therapy: current and future applications in oncology. Med. Clinica, Vol 129; 2007; 5:184-193.

(2) Mckeage K, Perry CM. Trastuzumab: a review of its use in the treatment of metastatic breast cancer overexpressing HER2. Drugs. 2002; 62:209-243.

Variabilidad en utilización de medicamentos y relación con el gasto sanitario: Ni más ni menos

Zhang Y, Baicker K, Newhouse JP.

Geographic Variation in Medicare Drug Spending. N Engl J Med 2010; 363(5): 405-9.

Resumen

El artículo aborda el “gasto en farmacia” como un componente específico en el análisis de variabilidad del gasto sanitario de pacientes de Medicare.

Se analiza si los pacientes que más fármacos consumen, para tratar sus patologías crónicas, son menos demandantes de otros servicios médicos o si los más frecuentadores son quienes consumen más fármacos, asociando su consumo a un mayor número de recetas prescritas por visita. Se plantea si el consumo de fármacos y la utilización de servicios médicos actúan como bienes/servicios sustitutos o complementarios en la toma de decisiones de los asegurados. Para una muestra de usuarios de Medicare, se analizan: gasto farmacéutico, gasto de otros servicios médicos y gasto sanitario total, asignándose cada uno de ellos a su correspondiente área de salud. Con los ajustes se neutraliza el efecto de las diferencias en precios, las características demográficas y los diferentes estados de salud.

Los principales resultados apuntan que:

- 1) El gasto en farmacia representa, de media, el 20% del gasto sanitario total, con una considerable variabilidad por áreas de salud (diferencia del 60% entre el área de mayor y la de menor gasto), observándose que en las áreas de salud de mayor gasto se dispensa un mayor número de recetas y los fármacos prescritos son más caros.
- 2) La variabilidad en gasto de servicios médicos entre áreas de salud

son mayores que las que se observan únicamente para el gasto en farmacia.

3) Existe una débil correlación entre las áreas de mayor o menor gasto en servicios médicos con las de mayor o menor niveles de gasto en farmacia. Esto indica que el consumo de fármacos actuaría como bien sustitutivo de los servicios médicos para algunos individuos pero como complementario para otros.

4) La variabilidad del gasto sanitario total por áreas de salud es sólo ligeramente inferior cuando se incluye en éste la partida del gasto en farmacia.

La variación en el gasto farmacéutico no parece estar asociada a las variaciones en el gasto en servicios médicos, así, áreas de elevado nivel de gasto médico no presentan en compensación bajos niveles de gasto farmacéutico. Los resultados del análisis muestran que la variabilidad en el gasto sanitario total no se debe principalmente a las características de los individuos, y refuerzan la importancia de profundizar en estudios de variabilidad tanto del gasto en servicios médicos como del gasto en farmacia para obtener lecciones sobre prescripción óptima, características del seguro y localización de los recursos.

Financiación y conflicto de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: ytzhang@pitt.edu

COMENTARIO

El constante flujo de nuevas tecnologías, nuevos medicamentos y propuestas de modificación de los procedimientos hacen ilógico esperar un absoluto consenso en la práctica clínica a lo largo de las diferentes áreas de salud (1). No obstante, desde el momento en el que los estudios de variabilidad muestran un grado de discrepancia en la utilización y gasto, no explicado por las características sociodemográficas o epidemiológicas de la población, queda aquella posible variabilidad generada por las características de la oferta, grado de formación continuada de los profesionales e implicación y compromiso por la actualización del conocimiento que permita aplicar en todo momento el procedimiento y tratamiento más eficaz y eficiente (1).

La preocupación surge cuando la variabilidad en la utilización y gasto de servicios sanitarios no viene acompañada de similares variaciones en el estado de salud de sus poblaciones, inclusive presentando peores resultados en salud en aquellas áreas con mayor utilización de servicios (2).

En el presente estudio la variabilidad en el gasto farmacéutico replica el comportamiento de la variabilidad en la utilización de servicios sanitarios y en consecuencia en gasto médico, llegando a duplicarse en algunas regiones. Que la prescripción presente niveles de variabilidad similar a los de utilización era previsible e incluso conocido en nuestro país (3). La gracia del trabajo reside en contrastar la no existencia de correlación entre mayor gasto farmacéutico y menor gasto en otros servicios sanitarios. Es decir, la relación de sustitución de un antiinflamatorio por una radiografía o por una interconsulta no se produce y, por consiguiente, gastar 1 € más en farmacia no supone ahorrar 1 € menos en otra prestación sanitaria. En definitiva, los incrementos en gastos médicos y/o farmacéuticos no se ven compensados con ahorros en otras áreas, ni

tampoco se identifica que las áreas de salud con mayor gasto farmacéutico tengan de forma sistemática gasto sanitario más alto o más bajo: NI MÁS NI MENOS.

El gasto en farmacia de España representa en torno al 23% sobre el gasto sanitario global, similar al de MEDICARE objeto del estudio, observándose oscilaciones entre comunidades autónomas entre el 12,5 y el 28,07%. También los argumentos barajados para explicar las diferencias en nuestro país se moverían entre las decisiones individuales de consumir/prescribir medicamentos más caros (aunque en España lo que marca la factura de farmacia no es tanto el precio como la cantidad consumida) y los perfiles de utilización/dispensación de los médicos prescriptores. Demasiadas similitudes como para no tener en cuenta que, si la política federal americana ha puesto sobre la mesa los estudios de variabilidad para reducir la atención ineficiente y avanzar en la utilización de estándares de calidad de atención, salvando las distancias con nuestro país, deberíamos empezar a preguntarnos cuánto tiempo será necesario para que nuestro sistema nacional de salud esté lo suficientemente maduro como para tomar decisiones de política sanitaria basadas en la evidencia de nuestros estudios de variabilidad.

Micaela Comendeiro Maaløe, Eusebi J. Castaño Riera
Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears

(1) Epstein AM. Geographic Variation in Medicare Spendin. N Engl J Med 2010; 363; 1:85-6.

(2) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med 2003; 138:288-98.

(3) Sanfeliix-Gimeno G, et al. Variabilidad en la utilización de antihipertensivos entre las zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana. Gac Sanit. 2010. En prensa.

La participación ciudadana, la sanidad y la salud

Andreu Segura

Área de Salud Pública. Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. andreu.segurab@gencat.cat

Participar significa formar parte de, o tomar parte en, la construcción de alguna empresa común, que en el caso de la sanidad, tiene que ver con la salud de la población. Una contribución que, de acuerdo con las definiciones de salud vigentes, se asocia a una de las dimensiones básicas de la salud misma. En efecto, las definiciones positivas de la salud, aquellas que la consideran algo más y distinto que la mera ausencia de enfermedad, tienen en cuenta tanto la faceta somática, como la psicológica y la social, de modo que la relación de las personas con la sociedad constituye uno de sus elementos estructurales. Una relación que, para ser saludable, requiere cierto grado de control, lo que en la jerga salubrista actual se denomina empoderamiento, la versión sanitaria de la emancipación.

Controlar los determinantes de la propia salud es una de las proposiciones de la carta de Ottawa (1). De modo que la participación podría verse, entre otras cosas, como un instrumento de acceso al poder que, en democracia, corresponde al pueblo soberano. Pero como la evolución de las sociedades humanas comporta cambios sustanciales sobre el sentido y las consecuencias de la participación y, desde luego, sobre los estímulos participativos que experimentamos los individuos, conviene analizar las actuales posibilidades y las consecuencias de la participación ciudadana en las actividades sociales en sentido amplio y en las intervenciones sanitarias en particular.

¿Qué entendemos por participación?

La noción misma es relativamente reciente y engloba cualquier “intervención de los particulares en actividades públicas mediante el ejercicio de sus derechos civiles” (2). Una definición poco específica que limita la utilidad del término, aunque no se dude de la conveniencia de que los ciudadanos participen activamente en las decisiones que les afectan (3). Ya sea por convencimiento ideológico, expresión de legitimidad, transparencia y rendir cuentas, bien desde el pragmatismo de lograr una mejor aceptación de las decisiones impopulares (4).

La motivación primaria para participar depende verosímilmente de la obtención de algún beneficio tangible que compense el esfuerzo que comporta. Cuando se trata de solucionar con ella un problema particular el estímulo es directo. En cambio, si el propósito está menos vinculado al beneficio propio –digamos que se trata de la contribución al desarrollo o a la viabilidad de la comunidad o de la sociedad, por no mencionar la humanidad– la cosa se complica. Es probable que exista alguna predisposición innata al altruismo “egoísta”, seleccionada evolutivamente como poderoso sentimiento de pertenencia al clan, a la partida o a cualquier otra es-

tructura social operativa, el cual en las circunstancias actuales y a pesar de la fuerza ancestral perceptible en ocasiones señaladas, no parece suficiente como estímulo permanente. Como señala Font, “podemos esperar que los ciudadanos participen pero no que vivan para participar” (5).

La evolución de las culturas humanas, el crecimiento de las sociedades y el aumento de la complejidad de las organizaciones comporta modificaciones sustanciales en la naturaleza misma de las comunidades y mediatiza la obtención de los beneficios atribuibles a la participación. El sentido de la participación también se modifica, de acuerdo con los intereses de los agentes sociales, las corporaciones, las administraciones, las empresas y los particulares. Entre los cuales se producen a menudo conflictos. La existencia de confrontaciones es, pues, un elemento crucial que debe tenerse en cuenta para no incurrir en formulaciones ingenuas –basadas en una concepción simplista del altruismo– o hipócritas, que a fin de cuentas desorientan.

La participación social

Si atendemos a los datos de abstención electoral y a la afiliación a partidos políticos y a sindicatos, la impresión es que, sobre todo en los países ricos gobernados por democracias parlamentarias, la participación ciudadana en los asuntos colectivos es más bien deficitaria. Lo que, por lo menos, refleja la falta de adaptación de estas instituciones a las transformaciones sociales, de modo que llegan a verse incluso como obstáculos a la participación debido a la desconfianza que generan. Una desafección, aparente al menos de la política, que Bourdieu califica de “indiferentismo activo” provocado por “la discordancia entre el ansia de sinceridad –o las exigencias de desinterés– inscritas en la delegación democrática de poderes y la realidad de las maniobras microscópicas” de forma que se “desarrolla el equivalente al anticlericalismo: la sospecha de que los políticos obedecen a intereses del microcosmos político más que a los de los votantes o los ciudadanos” (6). Aparente o parcial porque según señala Beck “a la vez que se extiende la vacuidad política de las instituciones (...) se produce un renacimiento no institucional de lo político” (7) como un “conjunto de oportunidades de acción y de poder suplementarias más allá del sistema político” (8) que denomina subpolítica. De ahí el interés en métodos de participación adecuados para un público que cada vez es más instruido y sofisticado (9).

Más allá de la participación directa como socios o aliados de las instituciones que representan a los agentes sociales –sindicatos, patronales, corporaciones profesionales– y de los partidos políticos, existen también órganos de participación de las administraciones públi-

cas, ya sea de índole general –habitualmente con estructuras territoriales: distritos municipales; ayuntamientos; comunidades autónomas, administración central del estado– o específica para los distintos departamentos en los que se organizan. Un planteamiento habitualmente burocrático que tampoco genera particular entusiasmo. Y finalmente las estructuras de participación de la sociedad civil, desde los lobbies, hasta las sociedades profesionales pasando por las asociaciones de vecinos, consumidores, usuarios de la sanidad, pacientes, etc.

Las posibilidades de desarrollo individual se han incrementado tanto que la dimensión social de las personas se difumina y cada vez más se establece mediante nuevos canales y procedimientos. No es que se haya diluido una cierta identidad de clase social, es que el propio concepto de comunidad ha experimentado tal metamorfosis que es difícil reconocer las que existen, más efímeras, múltiples y variables que nunca y hasta virtuales. Frente al auge del individualismo, las convocatorias para incrementar la participación cívica y aumentar la creación de capital social podrían ser el antídoto conveniente para la mejora del buen gobierno, a través de actividades conjuntas de resolución de conflictos y problemas por parte de los ciudadanos en las organizaciones, entidades y comunidades (10). Una recreación de la comunidad, recuperada como piedra angular para la mejora de las condiciones sociales (11).

Ya que el tamaño de las poblaciones impide la recuperación de la democracia directa al estilo ateniense de la Grecia clásica –una limitación que está por ver si las tecnologías de la información y la comunicación permiten superar– se impone idear, proponer y, desde luego experimentar, alternativas e innovaciones participativas. Debemos a Rowe y Frewer (12) un marco conceptual de las metodologías de consulta y participación pública y, posteriormente, una tipología de la casuística de información, consulta y participación (13). Una revisión de Abelson, señala fortalezas y debilidades de cada una, incluye unas prescripciones de uso y añade una bibliografía clasificada por método (14).

Más allá del referéndum, potencialmente útil para sancionar democráticamente una propuesta –o rechazarla– se puede recurrir a comités asesores de ciudadanos –grupos relativamente pequeños generalmente no representativos– o a los paneles de ciudadanos –muestras representativas de miles de personas– para valorar propuestas. Otros procedimientos son las audiencias públicas, las jornadas de puertas abiertas que incluyen coloquios y debates entre visitantes y los representantes institucionales o, desde luego, los circuitos establecidos para las sugerencias, quejas y reivindicaciones de los usuarios. También hay que considerar los estudios basados en encuestas ya sean para la valoración global o para la satisfacción de los ciudadanos o de los usuarios, aunque su interés depende de la continuidad y, desde luego, del rigor metodológico.

Una de las perspectivas que ha despertado mayor interés es la deliberativa. Deliberar supone ponderar adecuadamente los pros y contras de cualquier propuesta o intervención (15) y según algunos manifiesta una renovada preocupación por la genuina democracia, enten-

dida como un control más sustantivo que simbólico, ejercido por ciudadanos competentes (16). Entre estos instrumentos deliberativos encontramos a los jurados y paneles ciudadanos, las conferencias de consenso o las encuestas deliberativas, a los que en su aplicación a la participación sanitaria nos referiremos en el siguiente apartado. En cualquier caso, se trata de aproximaciones expuestas a eventuales sesgos y manipulaciones, sobre todo cuando se trata de iniciativas oportunistas.

Otra forma de participación corresponde a la investigación para la acción, un tipo de investigación comparada sobre las condiciones y los efectos de las intervenciones que utiliza una secuencia en espiral que empieza con el diseño y la planificación, se continúa con la acción y se modifica, en su caso, de acuerdo con los resultados obtenidos, que Kurt Lewin, profesor en el MIT (17), inició justo al acabar la segunda guerra mundial. La “action research” podía ser adoptada por grandes organizaciones e instituciones para mejorar sus estrategias y el conocimiento sobre el entorno de sus actividades, con el concurso de investigadores profesionales que trabajaran conjuntamente con todos los agentes implicados. Ha evolucionado de manera que no se trata de una metodología de investigación, sino más bien de una orientación de la investigación y de los investigadores en su compromiso con la comunidad con la que trabajan conjuntamente, de manera que también se denomina investigación participativa comunitaria (18). Una línea que en el terreno de la educación ha sido desarrollada entre otros por Paulo Freire. Muchos de los seguidores de la investigación participativa de base comunitaria se sienten influidos filosóficamente por el trabajo de Jürgen Habermas acerca de la teoría y la práctica del conocimiento y los intereses humanos.

Hace ya medio siglo, Sherry Arnstein –que, por cierto, en su artículo reproduce un “graffiti” del mayo del 68: yo participo, tú participas, él participa, nosotros participamos, vosotros participáis, ellos se benefician– propuso una tipificación de la participación social en forma de escalera de ocho peldaños (19). De abajo arriba denominaba el primer peldaño “manipulación”, al segundo “terapia”, el tercero “información”, el cuarto “consulta”, el quinto “aplacamiento”, el sexto “asociación colaborativa”, el séptimo “delegación de poder” y el octavo “control de los ciudadanos”. La propuesta tenía una clara intención de denuncia, mostrando que algunas actividades participativas –se refería básicamente al ámbito de la planificación ciudadana– como las simbolizadas por los dos peldaños inferiores, no eran más que argucias para alejar a los ciudadanos del ejercicio del poder. Aunque el tercer peldaño no comporta demasiada implicación por parte de la población, resulta imprescindible para poder tomar decisiones racionales. Pero no se produce auténtica interacción hasta el quinto peldaño, aunque la participación sea en este caso básicamente unidireccional. A partir del sexto escalón ya se comparte el poder de decidir que corresponde en su totalidad a la ciudadanía en el octavo.

En el mundo anglosajón, la escalera de la participación de Arnstein ha tenido bastante eco, particularmente en el terreno de la salud comunitaria, aunque la autora

misma explicitaba el carácter activista de su propuesta y la simplificación de un “modelo” en el que además de más peldaños habría que tener en cuenta la calidad de la participación y la importancia de los procesos. Otros autores han propuesto cambios, entre los que destacan Wilcox (20), Burns (21) o Choguill (22) aunque conservando la esencia conceptual. Sin embargo, Tritter y McCallum la consideran inadecuada (23), sobre todo porque más que suponer, como Arnstein, que el poder es finito y que solo si una de las partes lo cede puede la otra ganarlo, piensan que lo que está en juego son distintos tipos de poder y de conocimiento y que la asociación y la colaboración pueden proporcionar mejores resultados. Bien es verdad que su orientación se dirige sobre todo a la implicación de los usuarios en el sistema asistencial, de modo que el interés se centra en la capacidad de elección, ya sea de centros y profesionales o bien directamente de la participación individual en los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Sin embargo, una cuestión crucial es si la participación se plantea desde una perspectiva de la ciudadanía, es decir de las personas que tienen derechos civiles o más bien desde la condición de cliente o eventual comprador de los servicios, sea como contribuyente o como particular. Como señalaba Ignatieff: “un síntoma de la crisis de la ciudadanía es que la retórica política, de derechas o de izquierdas, se dirige al electorado como contribuyente o como consumidor, más que como ciudadano. Como si el mercado marcara el lenguaje de la comunidad política” (24). Como denunciaba Marinker: “La ciudadanía está confundida con el consumismo y la democracia con el marketing. El individualismo y la capacidad de elegir se han aupado a la categoría de imperativos morales. El consumidor no solo se caracteriza porque puede elegir sino también porque tiene derecho a devolución” (25).

La participación en los ámbitos de la salud y de la sanidad

La participación de la ciudadanía en relación con la promoción de la propia salud es también un desideratum. Otra cosa, desde luego, son los ámbitos y los procedimientos de tal participación que, como hemos visto, abarca un espectro notablemente amplio de posibilidades. La implicación activa de las personas, individual o colectivamente, podría considerarse a la vez un medio y un fin. En efecto, por un lado constituiría el instrumento mediante el cual mejorar los resultados de las intervenciones sanitarias, mientras que, por otra parte, es, en sí misma, una característica básica, una propiedad de la salud.

Puesto que la salud de las personas y de las poblaciones no depende exclusivamente de las intervenciones del sistema sanitario, sino que es muy sensible a los determinantes biológicos, ambientales y sociales, el objeto de una participación ciudadana que pretenda mejorar la salud de la población puede orientarse hacia los aspectos globales de la sociedad: economía, vivienda, trabajo, educación, transporte, etc. Es decir a la política en general. Lo que reivindicó en sus años de juventud

revolucionaria el mismo Rudolf Virchow cuando decía que la “política no es más que la medicina a gran escala”. Un eslogan que resumía la justificación del experto cuando requerido por las autoridades de Silesia como consecuencia de una epidemia de tifus exantemático recomendó mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población. Precisamente una de las justificaciones explícitas del urbanismo moderno es la higiene y la salubridad, lo cual llega a ser llamativo en el plan del ensanche de la ciudad de Barcelona de Ildefonso Cerdá de 1859. No en vano las murallas medievales empezaron a demolerse durante la epidemia de cólera de 1854. Actualmente, la implicación comunitaria en sanidad que se propugnaba desde la promoción de la salud ha pasado, mediante el fomento del trabajo intersectorial, a una formulación más global, la de la Salud en Todas las Políticas, uno de cuyos instrumentos es la valoración del impacto sanitario. Que pretende maximizar los beneficios en salud y reducir las desigualdades atribuibles a cualquier política y que en su planteamiento original proporciona una base sólida para establecer la participación comunitaria como uno de los ejes de las valoraciones (26). Sin embargo, en la práctica puede resultar difícil aprovechar esta circunstancia para incrementar la autonomía y el empoderamiento ciudadano como ponen de manifiesto algunas experiencias recientes en las que la falta de recursos, las limitaciones de las agendas o incluso la poca tradición de implicación ciudadana son excusas esgrimidas por las autoridades políticas para limitar su desarrollo (27).

En cualquier caso, la participación ciudadana no se debe limitar al ámbito estricto de los sistemas sanitarios sino que abarca el conjunto de factores que influyen de forma relevante en la salud de las personas y las poblaciones. Una perspectiva colectiva que, en la sanidad, es más natural para la salud pública que se desarrolla dentro y fuera del sistema sanitario y que podría actuar a modo de bisagra entre la sociedad y la sanidad.

Pero el sistema sanitario se identifica como la estructura principal que la sociedad dedica a la salud y a la enfermedad. De manera que constituye también un ámbito preferente para la participación ciudadana interesada en la salud. Tanto en lo que se refiere al ámbito macro de las políticas sanitarias: priorización y planificación; como al meso: organización de los servicios, y al micro: provisión de las intervenciones a los usuarios y a las poblaciones. Y en ese abanico las posibilidades de participación son también amplias.

Tritter sistematiza las actividades participativas considerando el distinto papel que los ciudadanos pueden jugar en la sociedad y en el sistema sanitario actual, como electores, contribuyentes, usuarios y compradores, enfatizando las consecuencias de la implicación en el mundo del consumismo sanitario (28). También distingue entre los diferentes ámbitos de participación: decisión terapéutica; desarrollo de los servicios; evaluación de intervenciones, servicios, centros y políticas; formación y aprendizaje o investigación. Se trata de categorías distintas que, si bien muestran interacciones, requieren métodos y abordajes específicos.

Esta tipología de la participación se completa atendiendo a si la implicación es directa o indirecta, es decir si

el paciente o el público deciden o bien los responsables de la atención o de la gestión de los servicios tienen simplemente en cuenta sus aportaciones; si se trata de aspectos relacionados con la atención a los individuos o a colectividades y, finalmente, si la implicación es reactiva o proactiva, es decir si tiene que ver con la atención a un problema específico de los pacientes o usuarios o bien se refiere a cuestiones más globales. Una tipología que puede ser útil a la hora de desarrollar o de promover la participación ciudadana en la sanidad. Porque hasta el momento, las distintas experiencias de participación ciudadana sanitaria en marcha no han demostrado que tuvieran un impacto relevante. En efecto, según una reciente revisión sobre las consecuencias de la implicación ciudadana, “a pesar de la relativa frecuencia de su contribución a la planificación y al desarrollo de los sistemas sanitarios en diversos países, no se ha conseguido determinar el impacto que producen en la calidad y la efectividad de los servicios” (29).

La evaluación de las consecuencias de la participación sobre el funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios es, pues, un área de gran interés en la investigación. Algunos expertos, como el citado Jonathan Titter, consideran prometedora la aproximación evaluativa desarrollada por la autoridad sanitaria estratégica de Surrey y Sussex (30), complementaria de las valoraciones del conjunto del Reino Unido (31). A muchas organizaciones sanitarias les parece beneficioso el desarrollo y el apoyo de grupos de usuarios al generar modificaciones relevantes y facilitar la adecuación de los servicios a las necesidades de las comunidades locales. Grupos que pueden funcionar como paneles de ciudadanos (32) o como foros de participación, como ocurre con el habilitado por el servicio de ambulancias del NHS (33).

Los jurados ciudadanos funcionan de forma parecida a los de los tribunales de justicia (34). Entre unas doce y veinte personas seleccionadas habitualmente de forma aleatoria de los registros electorales, que dedican un tiempo –remunerado o no– a deliberar sobre alguna cuestión determinada, como la que formuló en 1997 el Instituto Galés de Atención Social y Sanitaria “Qué requisitos deben cumplirse antes de incluir los análisis genéticos entre las prestaciones del NHS? con el patrocinio de SKB. Un ejemplo escogido para ilustrar los eventuales conflictos de intereses a los que se exponen estas iniciativas (35). Pero los jurados ciudadanos también sirven para reclamar al gobierno que limite los recortes a la sanidad pública como vehículo del activismo político, como ilustra el Croakey blog: the Crickey Health, un foro de debate que modera la periodista Melissa Sweet en el que se incluía la crónica de Kate Moore, presidenta del ACT Health Council y Gavin Mooney, profesor de la Universidad de Sidney, sobre el jurado ciudadano que deliberó durante la tarde del viernes siete de agosto y todo el sábado 8 de agosto para emitir el veredicto enviado a la ministra de sanidad australiana Katy Gallaher (36).

Los paneles pueden utilizarse para recoger las valoraciones de los ciudadanos respecto de eventuales cambios en los servicios sanitarios. Por ejemplo el día 20 de este mes de agosto del 2010, acababa el plazo para

que los ciudadanos expresen sus preferencias, entre las opciones presentadas, de modificación de la atención comunitaria en Somerset (Transforming community services: What is your view?) (37).

Contribuir al establecimiento de prioridades

Uno de los ámbitos del sistema sanitario potencialmente más adecuado para la participación ciudadana es el de la elaboración de políticas sanitarias, particularmente el establecimiento de prioridades y, eventualmente, la selección de las intervenciones que deben ser financiadas públicamente. Puesto que se trata de materializar las preferencias derivadas de la percepción de las necesidades en salud y de optar entre distintas alternativas que afectan a la eficiencia, el coste oportunidad y la justicia a la hora de distribuir los recursos comunes. Expresar estas preferencias sobre las prioridades y sobre los objetivos de los programas y de los centros; sobre el tipo de organización de los servicios o, incluso, sobre las características de los proveedores es, desde luego, una actividad participativa. Claro que la expresión se puede manifestar electoralmente, escogiendo aquella opción política más adecuada a tales preferencias, en el caso de que los programas electorales de los partidos explicaran clara y sinceramente sus ofertas, lo cual, desgraciadamente no acostumbra a ocurrir. En general se tiende a ofrecer demasiado y casi nunca se manifiesta aquello que no se quiere llevar a cabo, lo que es más fácil de cumplir que lo que sí que se desea hacer.

La contribución activa al poder de decisión que se necesita para escoger entre las alternativas, establecer prioridades y seleccionar los objetivos de salud de los programas sanitarios podría efectuarse mediante procedimientos consultivos más o menos simples. Incluso los jurados ciudadanos pueden servir para descartar intervenciones poco eficientes (38). Aunque en estos casos se acostumbran a diseñar estudios complejos. Este tipo de experiencias se pueden dirigir a la valoración de la importancia relativa de los problemas de salud actuales, con el propósito de ordenarlos en una secuencia temporal que permita afrontarlos sucesivamente o restringir la valoración a aquellos problemas que tenemos capacidad de solucionar, puesto que se dispone de pruebas de la eficacia de las intervenciones disponibles. Sin embargo no son muchas las experiencias de participación ciudadana en el establecimiento de prioridades, por lo que sigue siendo de referencia la elaboración del plan de salud de Oregón (39).

El paciente presunto implicado

En el ámbito asistencial, la implicación activa del paciente también se considera deseable –aunque algunos profesionales puedan percibir como “listillos” a determinados enfermos bien informados– en parte al suponer que si el paciente se hace responsable de su problema, la atención resulta más eficiente y, desde luego, más satisfactoria. Lo que es bastante lógico en

el caso de las enfermedades crónicas. De ahí las expectativas generadas por el programa del paciente experto que se espera acogerá el año 2012 a unos cien mil enfermos crónicos en el Reino Unido. La iniciativa, basada en la buena experiencia de Stanford con enfermos de artritis (40) se consideró una oportunidad para mejorar la eficiencia asistencia (41), aunque los datos disponibles aconsejan cierta prudencia (42) frente a la hipérbola mediática de la que se ha rodeado.

La llamada a la responsabilidad de los ciudadanos –que, entre paréntesis, a veces parece una invocación eufemista del copago– como usuarios de los servicios sanitarios financiados públicamente, no siempre se corresponde con facilitar la información que ayudaría a asumir adecuadamente tal responsabilidad, ya fuera a la hora de someterse a una intervención, o a la de elegir un profesional o un servicio. La percepción de la población sobre la información que se les proporciona desde los servicios sanitarios públicos es de insuficiencia. De las cinco cuestiones que se plantean sobre este tema en los barómetros sanitarios anuales, tres no llegan al 5 (sobre 10) y dos lo superan por los pelos (43). Curiosamente, mientras que para algunas exploraciones clínicas o intervenciones quirúrgicas se requiere el consentimiento informado –independientemente de que en muchos casos su propósito sea más bien exculpatario– no se demanda a la hora de llevar a cabo algunos cribados sobre cuyas implicaciones la mayoría de los ciudadanos están in albis (44).

Naturalmente el barómetro sanitario es uno de los procedimientos de consulta que, como las encuestas de salud y las de satisfacción con los servicios sanitarios son de amplio uso. Las de satisfacción, particularmente, son muy vulnerables a los sesgos de selección, limitación que facilita la posibilidad de un uso a guisa de coartada o de justificación (45).

Ensayo y error

Muchas de las iniciativas de participación ciudadana responden a un objetivo específico, resolver o paliar un problema determinado. En este sentido vale la pena comentar la aplicación de investigación participativa comunitaria al ámbito de la salud, una orientación que ya cuenta con una extensa bibliografía entre la que destaca la primera recopilación de de Koning y Martin (46). Como señalan Israel et al. se trata de involucrar a los miembros de la comunidad y a los investigadores en un proceso compartido que incrementa la capacidad de autonomía, el apoderamiento, a la hora de afrontar los problemas de salud (47). Minkler y Wallerstein recogen una serie de ejemplos ilustrativos agrupados temáticamente, una colección de apéndices documentales de utilidad práctica (48). Como señalan estas autoras, la orientación participativa requiere afrontar las barreras que dificultan su desarrollo entre las cuales no es pequeña la falta de formación de los investigadores (49). Recientemente, la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA) ha iniciado con la colaboración del University College de Londres el proyecto STEPS (STrengthening Engagement in Public health reSearch) con el propósito

de involucrar a las entidades de la sociedad civil en la investigación de salud pública (50). La revista *Comunidad* del programa de Actividades comunitarias en Atención Primaria (PACAP) recoge algunas de las experiencias locales (51). Es ilustrativo el trabajo del equipo de atención primaria del centro de Salud El Progreso de Badajoz desde 2005 que ha formulado un conjunto de siete objetivos estratégicos a desarrollar con la ciudadanía entre los que se incluye el fortalecimiento y el incremento del tejido asociativo de la población (52). La asociación Barceloneta Alerta del barrio homónimo organizó una investigación diseñada por voluntarios –investigadores y vecinos– para resolver los problemas de salud y de aislamiento de las personas mayores que viven solas en pisos altos Pero desde el punto de vista de la participación y de la implicación de la sociedad civil en el funcionamiento de los dispositivos tiene mayor interés la decisión que para mitigar el efecto adverso de la hiperfrecuentación, tomó el equipo de atención primaria de la Barceloneta con la aprobación de la asociación de vecinos del barrio, al restringir el acceso de los pacientes a su médico de cabecera durante la semana siguiente a una visita, cuando el motivo de la demanda de atención era el mismo. Una enfermera decidía si estaba justificada la visita a su médico o el curso clínico evolucionaba adecuadamente (53).

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía ha editado un informe (54) que recoge algunas iniciativas de participación ciudadana en el diseño e implantación de políticas sanitarias públicas, muchas de las cuales promovidas directamente por las administraciones sanitarias y, entre ellas, por las propias agencias de evaluación que incorporan las aportaciones de usuarios y consumidores. Además se incluyen el “European Health Forum” y el “European Patient Forum”. La información sobre España se centra en las oficinas del defensor del paciente o del usuario que se han abierto en algunas comunidades autónomas. El Foro español de pacientes, creado en diciembre de 2004 agrupa un millar de asociaciones y federaciones de asociaciones de pacientes con cerca de 700.000 afiliados y se constituye para defender en los diversos ámbitos de actuación de las administraciones sanitarias los derechos de los pacientes, de acuerdo con la declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes que se resume en diez puntos entre los que destaca la reivindicación de un sistema sanitario centrado en el paciente y el respeto a la autonomía del paciente informado, así como la participación en la determinación de prioridades (55). Una iniciativa paralela que han creado algunos de los promotores del foro es la Universidad de los pacientes en el ámbito de la Universidad Autónoma de Barcelona que cuenta con el patrocinio de corporaciones profesionales e industriales (56).

La implicación de los pacientes y del público en los sistemas sanitarios se remonta en el caso del Reino Unido a la constitución de los consejos de salud comunitaria en el 1973 aunque cobra mayor relevancia política desde 1999 (57, 58). La situación varía mucho entre los distintos países. En los Países Bajos, por ejemplo, el desarrollo legislativo es mucho mayor que en Inglaterra mientras que en los países escandinavos las organiza-

ciones de pacientes contribuyen de manera notable al desarrollo de los servicios, aunque en Suecia o Finlandia la participación ciudadana es de carácter más burocrático, asociada a las elecciones locales (59).

En España los órganos de participación de las administraciones públicas se regulan por las normativas específicas que desarrollan el derecho a la participación reconocido por la Constitución. Entre las figuras administrativas destacan los consejos de salud que la Ley General de Sanidad promulgó para su implantación en los servicios de salud autonómicos y en los niveles territoriales de área y de zona básica. La impresión general es que se trata de órganos poco activos y más bien engorrosos, aunque no se han publicado apenas evaluaciones de su funcionamiento y resultados. Una excepción es el estudio de los consejos de zona básica de salud en Castilla-La Mancha que, completado, con el análisis de algunas experiencias de participación se llevó a cabo entre 1992 y 1994. Entre sus conclusiones destaca el limitado desarrollo de la estructura y el escaso grado de cumplimiento de las funciones encomendadas, que la autora atribuye a un conjunto de factores como la falta de voluntad política de la administración responsable, entonces el INSALUD, a la poca motivación y formación en atención comunitaria de los profesionales de los equipos de atención primaria y, sobre todo, al modelo de funcionamiento de los equipos orientado a la práctica individual y con mucha movilidad laboral. La escasa percepción de pertenencia y la incertidumbre en obtener beneficios tangibles por parte de la comunidad también serían factores explicativos (60). Aunque precisamente en Castilla-La Mancha se viene desarrollando un nuevo proyecto con la constitución de un foro participativo en el área de Puertollano (61) que agrupa más de cuarenta entidades ciudadanas y cuya experiencia se propone generalizar el nuevo Plan de Salud.

El informe SESPAS 2006 publicaba también una valoración negativa del funcionamiento de los órganos de participación, reconociendo el escaso interés de las asociaciones de usuarios por este tipo de participación, aunque alertaba también de los riesgos de medicalización asociados a la promoción de la perspectiva de los consumidores en lugar de la de los ciudadanos (62). Una crítica que desde el grupo de trabajo coordinado por Olga Fernández Quiroga en el CAPS culmina con la identificación de las deficiencias, entre las cuales destaca la escasa aplicación de la normativa; una concepción limitada a consulta y asesoría; insuficientes recursos para llevarla a cabo; falta de representatividad; falta de formación de profesionales y ciudadanos; poca evaluación y análisis y finalmente poca transcendencia de las críticas y de los acuerdos. Desde entonces el CAPS colabora directamente con el Ayuntamiento de Barcelona en el grupo de salud del consejo municipal de bienestar social que es el órgano participativo de la institución. Un eco de las experiencias y reflexiones sobre la participación ciudadana por parte del CAPS se recoge en una publicación reciente (63).

La iniciativa de desarrollar la nueva figura del gobierno territorial de salud, emprendida en Cataluña, pretende promover la participación de la administración local pero también fomentar la participación ciudadana, básica-

mente en la dimensión deliberativa, para lo cual destaca la importancia de la evaluación de los resultados de cada una de las reuniones del consejo de salud (64).

Probablemente el renovado interés en el fomento de la implicación de ciudadanos y pacientes en la escena de la política sanitaria tiene que ver con la necesidad de contención de los costes públicos y con la de compartir las responsabilidades en la utilización de los servicios sanitarios, lo cual no resta un ápice a la potencialidad de la participación para el desarrollo de unos servicios sanitarios más adecuados a las necesidades de los pacientes y las comunidades, si bien tales beneficios han de ser contrastados mediante una adecuada evaluación que todavía es muy insuficiente (65).

Sin embargo, los instrumentos de participación pueden utilizarse tanto desde una perspectiva ciudadana, de derechos y obligaciones civiles y sociales, como desde una perspectiva de consumidor que se presta mucho más a la promoción del consumismo y de la medicalización.

Algunas propuestas

Des del sistema sanitario una eventual contribución a la promoción de la participación ciudadana (66) requiere, en primer lugar, conocer mejor las expectativas y las motivaciones de la población, así como evaluar adecuadamente las experiencias locales propias y analizar y en su caso divulgar las experiencias ajenas. También es preciso no obstaculizar, de entrada, las iniciativas de participación aunque parezcan inadecuadas, propuesta que tal vez sea más realista formular como la necesidad de denunciar los obstáculos a la participación. Y un poco más allá, facilitar una futura participación mediante actividades “preparatorias” como proporcionar de manera ostensible información útil para que los ciudadanos puedan implicarse, siquiera optando y eligiendo con mayor conocimiento de causa –sin desdeñar la tendencia a delegar en el profesional, supuestamente más entendido, decisiones complejas o molestas– y que las actividades de gestión de los servicios sanitarios incluyan como elementos esenciales la transparencia y rendición de cuentas sobre lo que se hace, aunque no lo pida mucha gente. Porque siempre habrá quien se sienta estimulado a preguntar más o a protestar, con o sin razón. Lo que, entre paréntesis, explica también que les cueste hacerlo a las administraciones sanitarias. Pero en cualquier caso podrían aprovecharse mejor las encuestas de salud, las de valoración y las de satisfacción con los servicios sanitarios que el sistema ya lleva a cabo para fomentar la cultura de la participación.

En cuanto a los órganos más formales de participación que afectan a ámbitos sanitarios –área de salud, etc.– o administrativos –distritos municipales, etc.–, si se mantiene resulta imprescindible una evaluación adecuada de su funcionamiento y de sus resultados que se lleve a cabo con el propósito explícito de conocer las deficiencias y sus motivos, lo que debería permitir alguna mejora. Uno de los aspectos más controvertidos es el del alcance de la participación, si además de la información, la consulta y, desde luego, la supervisión, in-

cluye la toma de decisiones. Porque se supone que si lo que dicen y opinan los ciudadanos no sirve para modificar tangiblemente las cosas, la participación no es tal. El problema, naturalmente, es que lo que puedan decir los ciudadanos implicados en los órganos de participación no tiene por qué ser representativo, ni siquiera conveniente para el conjunto de la población. No obstante, cuando las decisiones se mantienen en el ámbito del gobierno, más que en el de la gestión –que requiere conocimientos y habilidades específicas–, asumir por parte de los responsables políticos de las administraciones sanitarias el “coste” de las aportaciones ciudadanas sería un estímulo directo para que la participación fuera lo más adecuada posible (a los intereses generales, no a los de la fuerza política que gobierne). Finalmente, en el ámbito local de las zonas básicas de salud o de los servicios sanitarios, las experiencias de abordaje y eventualmente solución de conflictos con la participación ciudadana podrían operar a modo de incentivo de generalización. En este sentido la panoplia de instrumentos y de procedimientos disponibles da cierto juego: puertas abiertas; audiencias públicas; grupos focales; construcción colectiva de consenso; encuestas; incluso referéndums. La cuestión es, sin embargo, a qué tipo de problema dedicamos nuestros esfuerzos conjuntamente. Por ejemplo, ¿es pertinente satisfacer la petición de los justificantes de asistencia al pediatra que piden las madres a petición de las escuelas de sus niños? ¿Vale la pena reunir a las AMPA y a la dirección de la escuela para analizar conjuntamente si esa demanda resulta adecuada? ¿Puede utilizarse el caso para facilitar un planteamiento compartido sobre la mejora de los determinantes de salud en las escuelas?

Desde luego pueden buscarse otros ejemplos que permitan poner sobre la mesa situaciones más serias: justificantes para las empresas y partes de incapacidad laboral; hiperfrecuentación; incomparecencia a las visitas programadas; incumplimiento de las prescripciones; problemas relacionados con medicamentos; consumo inapropiado; iatrogenia y efectos adversos, etc. Hasta los problemas dramáticos de la marginación social, que han llevado a algunos equipos de atención primaria del sistema nacional de salud a desarrollar iniciativas participativas de mucho calado como la mencionada del Progreso en Extremadura, o la del abordaje de los problemas de drogadicción que ha llevado a la creación de la fundación El Patio en el municipio de Telde en Gran Canaria gracias al proceso comunitario iniciado el 2001 en los barrios de las Remudas y la Pardilla. Experiencias que llevan a plantear la eventual modificación de los determinantes colectivos de la salud como culminación de un programa de emancipación o de empoderamiento sanitario de la población (67).

Parafraseando a Antonio Maceo, el héroe de Pinar del Río, el derecho a la participación no se pide, sino que se conquista, de manera que sin una decidida voluntad de los ciudadanos no ha lugar a su existencia. Sin embargo, no es indiferente la actitud del sistema sanitario al respecto; porque igual que la idea del derecho a la libertad le llega al revolucionario cubano gracias a las influencias culturales de la misma sociedad que comba-

te, el sistema sanitario puede contribuir al fomento de la participación ciudadana en la sanidad y en la salud o, por el contrario, a enajenarla.

Referencias bibliográficas

- (1) Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health promotion. Ottawa 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1 Accesible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- (2) Gadea Montesinos E. Las políticas de participación ciudadana. Tesis doctoral. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València, 2007:83.
- (3) Pratchett L. New Fashions in public participation: towards greater democracy? *Parliamentary Affairs*, 1999; 52: 617-33.
- (4) Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Obtaining public input for health systems decision making: past experiences and future prospects. *Canadian Public Administration*, 2002; 45: 70-97.
- (5) Font J. Participación ciudadana: una panorámica de nuevos mecanismos participativos. *Papers de la Fundació/128*. Barcelona: Fundació Rafael Campalans. Accesible en: <http://www.fundaciocampalans.com/papers.asp?Pagina=4>
- (6) Bourdieu P. El campo político. La Paz: Plural Editores, 2001.
- (7) Beck U, Giddens A, Lash S. Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno. Madrid: Alianza Editorial, 1997: 32.
- (8) Beck U. La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad: Barcelona: Paidós, 1998: 19.
- (9) Inglehart R. Changing values, economic development and political change. *International Social Science Journal* 1995; 47: 379-403.
- (10) Sandel M. Democracy's discontent: America in search of a public philosophy. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- (11) Putnam R. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. New Jersey: Princeton University Press, 1993.
- (12) Rowe G, Frewer LJ. Public participation methods: a framework for evaluation. *Science, Technology and Human Values*, 2000; 25: 3-29.
- (13) Rowe G, Frewer LJ. A typology of engagement mechanisms. *Science, Technology and Human Values*, 2005; 30: 251-90.
- (14) Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberation: issues in the design and evaluation of public consultation processes. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Research. Working paper 01-04, June 2001. Accesible en: <http://vcn.bc.ca/citizens-handbook/compareparticipation.pdf> Consultado el 12 de agosto de 2010.
- (15) Fearon JD. Deliberation as discussion. En: Elster J. (Ed). *Deliberative democracy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998: 44-68.
- (16) Dryzek JS. *Deliberative democracy and beyond*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- (17) Lewin K. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* 1946; 2: 34-46.
- (18) Chavis DM, Stucky PR, Wadersman A. Returning basic research to the community, A relationship between scientist and citizen. *American Psychologist* 1983; 38: 424-34.
- (19) Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *JAIP* 1969; 35: 216-24.
- (20) Wilcox D. *The guide to effective participation*. London: Joseph Rowntree Foundation, 1994.
- (21) Burns D, Hamilton R, Hogget P. *The politics of decentralisation*. Basingstoke: MacMillan, 1994.
- (22) Choguill G. A ladder of community participation for underdeveloped countries. *Habitat International* 1996; 20: 431-44.
- (23) Tritter JQ, McCallum A. The sakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy* 2006; 76: 156-68.
- (24) Ignatieff M. The myth of citizenship. En: Biner R (Ed). *Theorizing Citizenship*. Albany: Suny Press, 1995.
- (25) Marinker M (Ed). *Sense and sensibility in Healthcare*. London: BMJ Publishing Group, 1996.
- (26) European Centre for Health Policy: Gothenburg Consensus Paper. Brussels: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. Accesible en: <http://www.who.dk/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf> Consultado el 15 de julio de 2010.
- (27) Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83: 58-63.
- (28) Tritter J Q. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations* 2009; 12: 275-87.

- (29) Crawford M, Rutter D, Thelvall S. User involvement in Change Management: A review of the literature. London: National Co-ordinating Centre for Service Delivery and Organization, 2003.
- (30) Surrey and Sussex Strategic Health Authority. PPI Self-Assessment Framework. Redhill: Surrey and Sussex Strategic Health Authority, 2005.
- (31) Healthcare Commission. The annual health check 2008/09. Assessing and Rating the NHS. London: Healthcare Commission, 2008. Accesible en: <http://www.healthcarecommission.org.uk/serviceproviderinformation/annualhealthcheck.cfm>. Consultado el 20 de agosto de 2010.
- (32) Davies C, Wetherill M, Barnett E. Citizens at the Centre: Deliberative Participation in Healthcare decisions. Bristol: Policy Press, 2006.
- (33) London Ambulance Service. Patient and Public Involvement (PPI). The LAS Approach. 2004. Accesible en: <http://www.londonambulance.nhs.uk/talkingtous/ppi/media/PPI%20strategy.pdf> Consultado el 20 de agosto de 2010.
- (34) McIver S. Healthy debate? An independent evaluation of citizen's juries in health settings. London: King's Fund, 1998.
- (35) Dunkerley D, Glaser P. Empowering the public? Citizens' juries and the new genetic technologies. *Critical Public Health* 1998; 8: 181-92.
- (36) Accesible en: <http://blogs.crikey.com.au/croakey/2010/08/10/behind-the-scenes-of-a-citizens-jury-on-health-policy/>
- (37) Somerset health and social care NHS trust. Accesible en: http://www.somerset.nhs.uk/news_info/involvement/index.html. Consultado el 20 de agosto de 2010.
- (38) Lenaghan J. Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens' juries. *Health Policy* 1999; 49: 45-61.
- (39) Benach J, Alonso J. El plan de salud del estado de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. *Gac Sanit* 1995; 9:117-25.
- (40) Lorig K, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. A randomized trial. *Med Care* 1999; 37: 5-14.
- (41) Donaldson L. Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. *BMJ* 2003; 326:1279-80.
- (42) Griffiths C, Foster G, Ramsay J, Eldrige S, Taylor S. How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? *BMJ*, 2007; 334: 1254-6.
- (43) Agencia de Calidad del SNS. Instituto de información sanitaria. Resumen del barómetro sanitario de 2009:22. Accesible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Principales_resultados_2009.pdf Consultado el 28 de agosto de 2010.
- (44) Meneu R. Informació als pacients per a decidir. Més que un dret, una necessitat. *Annals de Medicina* 2009; 92: 102-3.
- (45) Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995; 9: 283-6.
- (46) De Koning K, Martin M. (Eds). Participatory research in Health: Issues and experiences. London: Zed Books, 1996.
- (47) Israel BA, Schutz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health* 1998; 19: 173-202.
- (48) Minkler M, Wallerstein N. (eds). Community Based Participatory Research for Health. San Francisco: John Wiley and Sons, 2003.
- (49) Ahmed AM, Beck B, Marrana ChA, Newton G. Overcoming barriers to effective community based participatory research in US Medical Schools. *Education for Health* 2004; 17: 141-51.
- (50) Steps. Strengthening Engagement in Public Health Research. www.steps-ph.eu Consultado el 21 de septiembre de 2010.
- (51) Bru Martín P, Basagoiti R. La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración sociocomunitaria. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria n.º 6. Barcelona; semFYC; 2003.
- (52) Proyecto Progreso. Un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del Modelo de Atención Primaria. Badajoz: Equipo de Atención Primaria, Centro de Salud El Progreso, 2010. Accesible en: http://www.area-saludbadajoz.com/at_pri_mapa_centros.asp?id_zona=20
- (53) Segura A. El proyecto AUPA Barceloneta. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 2004.
- (54) Cerezo JJ. Descripción de iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2006. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA>
- (55) Foro español de pacientes. La Declaración de Barcelona. Accesible en: <http://www.webpacientes.org/fep/> Consultado el 28 de agosto de 2010.
- (56) Universidad de los Pacientes. <http://www.universidadpacientes.org/> Consultado el 28 de agosto de 2010.
- (57) Department of Health. Patient and Public Involvement in the New NHS. London: Department of Health, 1999.
- (58) Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. London: Department of Health, 2006.
- (59) Tritter JQ, Koivusalo M, Ollila E, Dorfman P. Globalisation; Markets and Healthcare policy: redrawing the patient as consumer. London: Routledge, 2009.
- (60) Aguilar Idáñez MJ. La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- (61) Bleda JM, Santos A, Fernández C. Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005-2008). *Rev Admon Sanit.* 2008; 6: 699-714.
- (62) Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit* 2006; 20(Supl 1): 192-202.
- (63) Quadern CAPS. Participació ciutadana en salut. Barcelona:CAPS, 2009. Accesible en http://www.caps.cat/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=8&Itemid=14 Consultado el 30 de agosto de 2010.
- (64) Pascual JM, Pascual J, Torrents A. La participació ciutadana: els consells de salut, un instrument d'acció participativa. En: Armengol R (Dir). Els governs territorials de salut, un model de proximitat. Barcelona: Servei Català de la Salut Departament de Salut. Generalitat de Catalunya: 2010: 77-93.
- (65) Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin JP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science and Medicine* 2003; 57:239-51.
- (66) Segura A. Participació ciutadana en l'estratègia de desenvolupament de la salut pública a Catalunya 2010. En: Antó JM (coordinador). La reforma de la Salut Pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport tècnic i científic al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2005: 113-126. Accesible en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/lilibreprovi.pdf> Consultado el 1 de septiembre de 2010.
- (67) Grupo de trabajo EL PATIO. Proceso El Patio. Accesible en: <http://procesoelpatio.blogspot.com/> consultado el 2 de septiembre de 2010.

En verdad, en verdad os digo: Ved y escuchad para destapar a los falsos profetas del medicamento

Law M, Grépin K.

Is newer always better? Re-evaluating the benefits of newer pharmaceuticals. *J. Health Econ.* (2010), doi:10.1016/j.jhealeco.2010.06.007.

Contexto

Los medicamentos han contribuido, en las últimas décadas, a la mejora de la salud con una relación coste-efectividad aceptable. La productividad de un país, por otra parte, depende de la innovación que industrias intensivas en conocimiento, como la farmacéutica y biotecnológica, pueden aportar. Estimularía la innovación el que los precios estuvieran relacionados con el grado de innovación adicional de un nuevo fármaco, medido en resultados de salud, en relación con las alternativas existentes (no comparados con placebo). Sigue siendo, no obstante, más fácil tratar de demostrar el impacto de los nuevos medicamentos en la cantidad y calidad de vida, en los beneficios que pueda ocasionar fuera del sector sanitario (mejorando, por ejemplo, la productividad de los trabajadores), o en el gasto total. No ha de extrañar que en los últimos años hayan tenido mucha difusión los trabajos de Lichtenberg (L01) según los cuales los nuevos medicamentos suponen un ahorro neto pues el coste que representan vendría más que compensado por la disminución que posibilitan en otras partidas de gasto (hospitalizaciones, consultas...). El artículo comentado replica y valora esos estudios y concluye sobre la falta de validez de ese pretendido ahorro por efecto compensatorio.

Material y métodos

Los mismos datos de panel que en L01 pero para un período más largo: 22.601 entrevistados por el *Medical Expenditure Panel Survey* 1996, con características personales y utilización de servicios. Cada prescripción es la unidad de análisis y se trata de explicar los costes, farmacéuticos y de la utilización sanitaria restante, en función de 737 variables demográficas y clínicas así como de la antigüedad del medicamento empleado. Además de replicar, mejorándolo, el trabajo L01, los autores valoran la adecuación de los métodos observacionales utilizados estudiando los eventuales efectos compensatorios, entre gastos, en el tratamiento de la hipertensión esencial.

Resultados

Los resultados de L01 eran válidos suponiendo una prescripción al año, pero el promedio de prescripciones por paciente era de 4.79, con lo cual en lugar de tener unos ahorros de \$71.09 en gastos no farmacéuticos que compensaban sobradamente el aumento de \$18 del fármaco más novedoso, nos encontramos con unos gastos de $4.79 \times \$18 = \86.22 gastos farmacéuticos adicionales, mayores que el ahorro de \$71.09. Realizando, además, una mejor especificación del modelo y gozando de datos para un período temporal más largo, se concluye que los nuevos medicamentos se asocian no tan sólo con mayores gastos en medicamentos sino también con mayores gastos en otro tipo de utilidades sanitarias, exactamente lo contrario del pretendido efecto compensatorio de L01. La extensión del modelo observacional a la hipertensión permite, además, detectar una preocupante falta de consistencia entre los resultados del estudio observacional y el conocimiento clínico sólidamente establecido a partir de ensayos clínicos como ALLHAT y ASCOT, falta de consistencia indicativa de serios problemas de endogeneidad en los modelos observacionales empleados.

Financiación y conflicto de intereses: No consta.
Correspondencia: mlaw@chspr.ubc.ca

COMENTARIO

El coste-efectividad incremental, o relación entre valor terapéutico añadido y el coste de oportunidad, debe ser probablemente el criterio más importante para basar las decisiones colectivas sobre financiación pública de medicamentos y regulación de precios. El más importante pero no el único: El coste-efectividad puede intentar recoger bastantes de las cuatro dimensiones relevantes: 1/ Criterios clínicos del paciente (eficiencia, seguridad, tolerabilidad, calidad de vida, satisfacción, efectividad...); 2/ Criterios sociales del paciente (repercusión de la enfermedad en la vida cotidiana y capacidad de recuperación, grado de dependencia, personas a cargo, inexistencia de alternativas de tratamiento, proximidad a la muerte, disponibilidad del paciente a utilizar recursos en términos de tiempo, esfuerzo, dinero...); 3/ Criterios sanitarios (equidad, carga social de la enfermedad, impacto presupuestario, vacío terapéutico, sinergias con otros tratamientos...); 4/ Beneficios y costes que afectan a terceras partes: ni paciente, ni proveedor, ni financiador: Repercusión de la actividad en otros sectores y actividades sociales o impacto macroeconómico en actividad y ocupación (posiblemente la FDA prefiere fármacos de EE.UU. y la EMEA fármacos europeos). Mientras las sociedades debaten criterios como los señalados y se dotan de mecanismos que permitan valorar qué nuevas tecnologías se financian públicamente, habrá grandes espacios para afirmaciones contundentes sobre lo buenos que son y lo mucho que ahorran los nuevos medicamentos.

Jaume Puig y Anna Merino (1) analizaron la literatura médica sobre las ganancias aportadas por las innovaciones farmacéuticas (su productividad marginal) estimando que se requerían 13.000 euros de gasto sanitario público para ganar un año de vida adicional. Entre la literatura científica, las investigaciones de Lichtenberg –cuyos resultados cuestiona muy seriamente el artículo que comentamos– han tenido gran impacto al difundir la buena nueva de que los nuevos medicamentos podían incluso llegar a suponer un ahorro neto en la medida que sus costes quedarán más que compensados por ahorros en otros gastos no farmacéuticos. Ya Zhang y Soumerai (2), sin cuestionar el modelo empleado por Lichtenberg, redujeron a una sexta parte el ahorro neto señalado por éste.

La 'buena nueva' del efecto compensatorio, ahorro neto derivado del uso de medicamentos más nuevos y más caros, ha tenido amplísima difusión. ¿La tendrá su refutación pese a haberse publicado en una revista más exigente que la que publicó L01? ¿No le pasará al artículo comentado como al ALLHAT que utiliza? Legiones de científicos y abogados contratados para combatir el hallazgo de que los nuevos antihipertensivos no eran mejores ni, en este caso, menos costosos.

Vicente Ortún

CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Puig Junoy J, Merino A. Productividad marginal del gasto e innovaciones sanitarias. Resultados empíricos y lecciones para España. En: Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, editores. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Elsevier-Masson, 2004, p. 133-54.

(2) Zhang Y, Soumerai S. Do newer prescription drugs pay for themselves? A reassessment of the evidence. *Health Affairs* 2007; 26:880-6.

Variabilidad en el valor monetario del año de vida ajustado por calidad

Pinto-Prades JL, Loomes G, Brey R.

Trying to estimate a monetary value for the QALY. *Journal of Health Economics*. 2009; 28:553-562.

Objetivo

Estimar el valor monetario del año de vida ajustado por calidad relacionada con el estado de salud (AVAC) y verificar la robustez de las condiciones que serían necesarias para obtener un valor monetario único a partir de preguntas que implican diferentes combinaciones de calidad de vida, duración y riesgo.

Datos y método

Se emplean dos cuestionarios sobre disposición a pagar aplicados a población general española (n=892). El primer cuestionario se ha diseñado a fin de analizar la estabilidad del valor monetario respecto de variaciones en la gravedad de varias enfermedades, en la duración o permanencia en cada estado de salud y en la reducción del riesgo de enfermedades crónicas que suponen una pérdida importante de calidad de vida. Este cuestionario presenta once escenarios a los entrevistados, en el caso hipotético de padecer una determinada enfermedad crónica, que difieren en el tratamiento, el coste, el tiempo hasta que el tratamiento surte efecto, el período de duración de los síntomas, la gravedad de la enfermedad y el riesgo de padecer la enfermedad. Las utilidades de los estados de salud se obtienen mediante el método denominado *lotería standard*. La disposición a pagar se obtiene mediante un procedimiento de ordenación de tarjetas de pago mensual durante un determinado período (por ejemplo, 30 € durante un año). El primer cuestionario se aplica a 7 grupos de 80 personas (n=560).

El segundo cuestionario se diseña a fin de precisar algunos resultados obtenidos en el primer cuestionario y valorar ganancias en salud más pequeñas. Este cuestionario contiene 6 escenarios y se aplica a 4 grupos de 83 personas (n=332). El formato de las respuestas es múltiple (5 opciones) en lugar de ser binario (sí/no) como en el primer cuestionario.

Resultados

Los resultados del primer cuestionario indican que el valor monetario del AVAC es bastante sensible al orden de las preguntas, la duración de la mejora en el estado de salud, el método de obtención de las utilidades (directo versus encadenado) y la reducción del riesgo. Los resultados son, en cambio, poco sensibles a la duración del período de pago. Cuando se empieza ofreciendo al entrevistado la menor ganancia en salud, la disposición a pagar obtenida es más reducida. La volatilidad atribuida a violaciones de la invariancia respecto del procedimiento (efecto del orden de las preguntas, efecto del período de pago y efectos del procedimiento de obtención de las utilidades) conduce a valores monetarios que oscilan entre 18.000 € y 112.000 €. En el segundo cuestionario se observa que los valores monetarios estimados están influenciados de forma sistemática por la elección de los atributos y la variación de los niveles de cada escenario y por la magnitud de esta variación.

Conclusiones

Es dudoso que se pueda obtener un único valor monetario del AVAC debido a variaciones en las estimaciones del valor monetario del AVAC que violan el supuesto de que la disposición a pagar es proporcional a los AVAC ganados y que violan la invariancia respecto del procedimiento de obtención de los valores monetarios.

COMENTARIO

Existe literatura previa al artículo de Pinto, Loomes y Brey, tanto de carácter teórico como aplicado, que señala tanto dificultades inherentes a los procedimientos de obtención de valores monetarios de las ganancias en salud así como argumentos teóricos contrarios a la existencia de un valor único del AVAC.

Este artículo, ganador del premio al mejor artículo en economía de la salud concedido por la Asociación de Economía de la Salud el año 2010, tiene la virtud de presentar evidencia empírica rigurosa tanto sobre la existencia y la magnitud de la variabilidad de los valores monetarios asociada los atributos y niveles de los escenarios, así como sobre la falta de sensibilidad de los valores estimados respecto de niveles de los atributos respecto de los que deberían ser sensibles (el período de duración del pago, por ejemplo). Por primera vez se puede cuantificar la variabilidad (y la insensibilidad) de las estimaciones del valor monetario del AVAC.

¿Cuáles son las implicaciones de estos resultados para la investigación en economía de la salud y para la adopción de decisiones sobre innovaciones tecnológicas teniendo en cuenta la disposición social máxima a pagar basada en valores monetarios de los AVAC ganados?

En primer lugar, la investigación económica debe recorrer un camino, que se atisba bastante largo, que permita separar variabilidad derivada del método de estimación de variabilidad real de la disposición a pagar de los individuos por mejoras en el estado de salud.

En segundo lugar, es imprescindible profundizar en el conocimiento de los mecanismos y la magnitud de la variabilidad real, o sea la que se obtendría sin violar la invariancia respecto del procedimiento.

Y, en tercer lugar, trasladar de forma flexible pero a la vez objetiva y transparente la aplicación de límites a la disposición máxima a pagar a la toma de decisiones sobre adopción y grado de financiación de innovaciones sanitarias. Nótese que la estimación del valor monetario del AVAC es necesaria para saber si el valor de los beneficios sociales sobre la salud de una tecnología o medicamento es superior, igual o inferior a los costes sociales de la misma. Ahora bien, para las decisiones de inclusión y grado de cobertura pública no es suficiente con conocer que el valor del beneficio es superior al coste de la innovación; ésta es una condición necesaria para no excluir la innovación pero no es suficiente para garantizar su cobertura pública al 100% ya que ello depende también del coste de oportunidad de esta decisión y de la restricción presupuestaria (¿cuál es el coste de oportunidad derivado de los tratamientos a los que desplazaría la inclusión bajo la cobertura pública dado el presupuesto actualmente disponible?).

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra (UPF)

La racionalidad del gasto en tratamientos prolongadores de la vida de enfermos en fase terminal

Philipson TJ, Becker G, Goldman D, Murphy KM.

Terminal care and the value of life near its end. NBER Working Paper Series no. 15649. 2010.

(<http://www.nber.org/papers/w15649j>)

Objetivo

Cada vez es mayor el gasto sufragado por los sistemas sanitarios desarrollados en tratamientos que prolongan la vida de los pacientes en fase terminal, pese a su adversa relación coste-efectividad. El objetivo de los autores es intentar explicar el porqué de este fenómeno, ya que, arguyen, sin un análisis positivo de los determinantes que subyacen a la demanda de dicha asistencia sanitaria, no puede juzgarse cabalmente si su provisión es un despilfarro.

Enfoque y métodos

El estudio, eminentemente teórico, aborda las motivaciones del gasto en tratamientos para pacientes en fase terminal como el resultado de las elecciones racionales que efectúan los propios pacientes, sus familiares y, por extensión, las distintas generaciones que coexisten en la sociedad. Este análisis racional del comportamiento individual es coherente con la teoría microeconómica estándar, adaptada al caso extremo que representa valorar cambios en la esperanza de vida cuando se está al borde de la muerte.

Principales resultados

Cuatro son los determinantes racionales del valor que entraña el consumo de asistencia sanitaria para condiciones terminales; todos ellos justifican un valor superior al comúnmente aceptado:

- El coste de oportunidad de comprar asistencia sanitaria cuando se está al borde de la muerte es muy bajo, ya que el consumo carece de valor si no se sobrevive. En consecuencia, una persona para la que no tenga valor legar sus bienes, puede estar dispuesta a gastar todo su patrimonio en prolongar mínimamente su vida.
- La esperanza de poder sobrevivir a una amenaza vital revaloriza la vida del enfermo terminal. El valor de esa supervivencia futura puede interpretarse como el valor de la “opción” que ofrece la asistencia terminal a poder mantenerse con vida el tiempo suficiente como para recibir una nueva cura.
- Un paciente con una mala calidad de vida puede tener los mismos incentivos a prolongar su vida que un paciente con mejor calidad de vida, debido a que su efecto sobre el valor de la extensión de la vida es indeterminado.
- El valor social de la asistencia para enfermos terminales es mayor que su valor privado. Si la extensión de la vida de los enfermos terminales genera externalidades positivas sobre parientes y contribuyentes altruistas, entonces el nivel óptimo de gasto sanitario puede llegar a sobrepasar el nivel de riqueza promedio de la generación moribunda.

A modo de ilustración de uno de los determinantes (valor de opción), los autores estiman que el valor real de la monoterapia con zidovudina (AZT) aplicada a enfermos estadounidenses de SIDA diagnosticados entre 1995 y 1996 multiplica por cuatro el valor tradicionalmente asumido. Dicha diferencia se debe a que el 80% de esos pacientes sobrevivió hasta 1997, año en el que recibieron la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), tratamiento que aportó mejoras de esperanza de vida cercanas a la década.

Fuente de financiación: No se menciona.

Dirección para correspondencia: Tomas J. Philipson, t-philipson@uchicago.edu

COMENTARIO

A mediados de marzo de este año el *Rarer Cancer Forum* (1) inglés publicó un informe en el cual se denunciaba que el NICE había incumplido su compromiso (2) de ser más flexible a la hora de aprobar la compra de medicamentos prolongadores de la vida de pacientes con enfermedades incurables. Un diario calificó el suceso directamente de “engaño a 20.000 pacientes de cáncer” que podrían haberse beneficiado de medicamentos anti-tumorales disponibles en otros países y que, sin embargo, fueron rechazados por el NICE.

La controversia anterior ejemplifica el nudo gordiano trenzado entre el sistema sanitario que encuentra que medicamentos como los nuevos citostáticos o los anticuerpos monoclonales “no valen lo que cuestan”, y el anhelo de los pacientes y, en general, de la mayoría de los ciudadanos, de que ningún enfermo terminal deje de recibir un tratamiento, si éste está disponible en el mercado. De ahí la necesidad de, como hacen los autores del artículo, dilucidar primero cuál es el valor que racionalmente puede atribuirse a las ganancias de vida que proporcionan dichos tratamientos. De su análisis se deriva que el valor marginal de un año de vida adicional, lejos de disminuir en las inmediaciones de la muerte, aumenta. La implicación de este análisis para los supuestos habitualmente utilizados en la valoración monetaria de las ganancias de vida de la asistencia sanitaria es demoledora. El denominado enfoque del “valor del año de vida estadístico ganado” empleado por ciertas AA.PP. (3), que supone un valor marginal constante para cada año adicional de vida, simplemente sería incorrecto (como lo sería asumir un valor uniforme del Año de Vida Ajustado por la Calidad ganado). Los argumentos teóricos vertidos en este importante trabajo sugieren que el valor de la vida de un paciente en fase terminal, aun cuando la esperanza de vida sea muy pequeña, no tiene por qué ser inferior a la de personas más sanas, con una mayor expectativa de vida. Este artículo ofrece una motivación adicional a la realización de nuevos estudios empíricos que intenten dilucidar el tipo de relación no lineal entre el valor del año de vida ganado y la esperanza de vida (4).

José María Abellán Perpián

Universidad de Murcia y CeDEx – University of Nottingham
dionisos@um.es, jose.abellan@nottingham.ac.uk

(1) Rarer Cancer Forum. Exceptional progress? March 2010. (<http://www.rarer-cancers.org.uk/news/current/exceptionalprog.final.pdf>)

(2) Supplementary advice by NICE to its Appraisal Committees on appraising life-extending, end-of-life treatments. January 2009 (<http://www.nice.org.uk/media/88A/F2/SupplementaryadviceTACEoL.pdf>).

(3) FDA (1999). Food labeling: Trans fatty acids in nutrition labeling, nutrient content claims, and health claims: Proposed rule. Federal Register, November 17.

(4) Aldy J, Viscusi K. Adjusting the value of a statistical life for age and cohort effects. *The Review of Economics and Statistics* 2008; 90(3): 573-581.

Una gota para el paciente, una sangría para el gasto sanitario

Gomes T, Juurlink DN, Shah BR, Paterson JM, Mamdani MM.

Blood glucose test strips: options to reduce usage. CMAJ 2010; 182:35-38.

Introducción y objetivo

A pesar de que el autocontrol glicémico constituye un capítulo importante del gasto que las administraciones sanitarias destinan a la diabetes, su empleo no parece añadir un beneficio clínico claro en muchos pacientes. Este estudio canadiense realiza una revisión de las bases de datos administrativas y plantea posibles estrategias para reducir su empleo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo con los registros de pacientes mayores de 65 años consumidores de tiras de glucemia capilar, incluidos en las bases de datos Ontario Drug Benefit y Ontario Diabetes entre 1997 y 2008. Los pacientes se clasificaron en 4 grupos según la intensidad del tratamiento: 1) insulina, 2) hipoglucemiantes (H0) inductores de hipoglucemias, 3) H0 no inductores de hipoglucemias y 4) no tratados con fármacos. Para cada grupo determinaron el número anual de prescripciones y dispensaciones de tiras de glucemia. Sobre esta base construyeron 5 escenarios hipotéticos para limitar su empleo y proyectaron el ahorro económico que se habría generado en el año 2008.

Resultados

El 53% de los pacientes seleccionados eran usuarios de tiras de glucemia capilar. La asiduidad en su empleo y el porcentaje que supone del total oscila entre 2,08 tiras/día (36,7%) en el grupo tratado con insulina y 0,75 tiras/día (11,4%) en el grupo sin terapia farmacológica. En los 12 años que contempla el estudio el número de consumidores de tiras de glucemia se multiplicó por 3,4% y el consumo por 4,7, aun de manera desigual en cada grupo.

Cualquiera de los escenarios restrictivos supone un ahorro económico considerable. Incluso en el supuesto menos restrictivo que supone un uso ilimitado en los grupos 1 y 2 y un límite de una determinación cada dos días en los grupos 3 y 4, se lograría una disminución del 8,1% en el número de tiras.

Financiación: Ontario Drug Policy Research Network, Ontario Drug Innovation Fund, Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES).

Conflicto de intereses: Algunos de los autores trabajan en el ICES, que depende del Ministerio de Sanidad de Ontario.

Correspondencia: mamdanim@smh.toronto.on.ca

COMENTARIO

No hace falta indicar que las tiras de glucosa no son un problema exclusivo de Canadá. Habida cuenta de la efectividad incierta que sugieren muchos ensayos clínicos (que no hace falta citar) en casi todos los países de nuestra esfera sanitaria, el gasto que supone el autocontrol glicémico es, cuanto menos, preocupante. Por poner un ejemplo, en el año 2005 la Comunidad Valenciana invirtió en tiras reactivas el 27% de los recursos económicos destinados a la diabetes, por tan solo un 15,8% en personal sanitario o un 11% en hospitalización (1). Por ello, negociar precios o sacarlas de los canales comerciales comprando al *por mayor* ya ha demostrado en nuestro país ser una práctica ineficaz e ineficiente y a las cifras nos remitimos (2).

Frente a esta "sangría", caben dos enfoques: el propuesto en este estudio impulsado por el Ministerio de Sanidad de Canadá, que aboga por la simpleza de limitar su prescripción o la línea de trabajo impulsada hace ya tiempo por el NHS Diabetes Working Group que promueve su racionalidad (3). No cabe la menor duda de que la segunda no es un camino de rosas, pero la lógica y los hechos apuntan a que no es un asunto sencillo y que su utilidad depende fundamentalmente de la educación sanitaria del paciente (4).

Las políticas sencillas acaban por dar resultados simples, sobre todo si no se analizan a fondo sus consecuencias.

Pedro Cervera

Farmacéutico HACLE La Pedrera. Denia, Alicante

(1) Plan de diabetes de la Comunidad Valenciana 2006-2010. Conselleria de Sanitat. 2006. URL: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4928-2006%20bueno.pdf>

(2) Monitorización de la glucemia en diabéticos tipo 2. Hemos leído Vol 2(7) 2007. URL: <http://www.hemosleido.es/wpcontent/uploads/2008/02/hemosleido2julio-agosto2007.pdf>

(3) Self monitoring of blood glucose in non-insulin-treated Type 2 diabetes. NHS diabetes 2010. URL: <http://www.diabetes.nhs.uk/document.php?o=1023>

(4) Peel E, Douglas M, Lawton J. Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: longitudinal qualitative study of patients' perspectives. BMJ 2007;335:493. <http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7618/493.pdf>

DE LA TECNOLOGÍA EMERGENTE A LA OBSOLETA: EL CICLO DE LA EVALUACIÓN



Información e inscripciones en:
www.aeets.es; info@aeets.es

Secretaría Técnica: M^a Jesús Cano,
Fundación Gaspar Casal.
mjesus.cano@fgcasal.org
Tel: 91 401 62 19.

A Coruña,
11 y 12 de noviembre de 2010

Auditorio Fundación Caixa Galicia
Cantón Grande, 21-24



<http://www.aeets.es>

 XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de
Saúde Pública e Planificación

avalia-t
Axencia de Avaliación de
Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

El analfabetismo estadístico generalizado es malo para la salud y para el sistema sanitario

Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S, Yang Lu y Goldman D.

Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest* v8 n2 2008: 53-96.

Resumen

Ensayo sobre la falta generalizada de comprensión de datos estadísticos básicos relacionados con la salud, sus causas, consecuencias y soluciones.

Empieza constatando, con una numerosa base documental, que muchos médicos, pacientes, periodistas y políticos son *analfabetos para la estadística*, incapaces de entender el significado de los números, y extraen sin darse cuenta conclusiones erróneas. Por ejemplo, creen que las mayores tasas de supervivencia de cáncer de próstata en los países donde hay cribado implican menor mortalidad. En realidad pueden deberse a un aumento del denominador (casos diagnosticados), por *sobrediagnóstico*, o por detección temprana (*lead time bias*), siendo iguales las tasas de mortalidad, que son las que en definitiva importan.

A las personas les cuesta entender los riesgos relativos y las probabilidades condicionadas (especificidad, sensibilidad), pero entienden los riesgos absolutos ("una mujer de cada 1.000 morirá de tal enfermedad") y las *frecuencias naturales* ("89 de cada 990 mujeres sin cáncer darán positivo en una mamografía").

El analfabetismo estadístico generalizado resulta de un marco de información no transparente. El primer sospechoso de sesgar interesadamente la información estadística es el *malvado oficial*, la industria farmacéutica, que magnifica los beneficios de sus tratamientos, expresándolos en *riesgos relativos* ("esta medicina reduce el riesgo de morir de infarto en 5 años a la mitad"), sin mencionar que el riesgo absoluto es muy bajo. Los efectos adversos, en cambio, se dan en *números pequeños*, en riesgos absolutos (ej. "uno de 1.000 pacientes tendrá sofocos").

Pero la industria farmacéutica no es el único culpable. Ese marco ses-

gado de información lo emplean también intencionadamente algunos organismos públicos de prevención. Ni la *US Preventive Task Force* ni el *National Institute of Cancer* pueden tirar la primera piedra. La prensa y las revistas científicas también informan mal, aunque éstas han mejorado gracias a los acuerdos de consenso, como el CONSORT.

Para que sea transparente, la información debe ser ecuánimemente simétrica y llegar a personas alfabetizadas. Si se da el NNT (número necesario para tratar: a cuántos pacientes hay que medicar para que uno se cure), debería también darse el Número Necesario para Dañar (NND: a cuántos pacientes hay que medicar para que uno tenga un efecto adverso).

Que los médicos sean analfabetos estadísticos es consecuencia del analfabetismo general de la población y del sesgo cognitivo, pero también de los estilos de práctica predominantes hasta hace relativamente poco tiempo, en los que sobraba la estadística: el médico-artista, para el que cada paciente es un caso que su ojo clínico modela, y el médico determinista, para el que la ciencia no tiene secretos ni incertidumbres.

El artículo argumenta que el analfabetismo estadístico es malo para la salud, porque las manipulaciones tienden a sobreestimar los beneficios e infraestimar los riesgos de las intervenciones, y es malo para el sistema porque se gasta innecesariamente.

Para solucionarlo, proponen enseñar estadística desde la más tierna infancia, por profesores que pongan ejemplos motivadores y *discretos* (en el sentido estadístico, opuesto a *continuo*) que interesen a los pupilos (¡ya es hora de dejar el dado!). Con ello, la *democracia tecnológica* ganará, y no solo la salud.

Financiación: No consta.

Correspondencia: gigerenzer@mpib-berlin.mpg.de

COMENTARIO

Al principio, yo no daba crédito a lo que leía. ¿Cómo puede ser tan prevalente el analfabetismo estadístico en los países ricos y listos, incluso entre los universitarios y los médicos? Los economistas nos criamos en un vivero de números, convertir la frase "un paciente de cada mil" a un 0.1%, es un cálculo primario, inmediato, casi instintivo para nosotros. De ahí mi sorpresa: ¡uno de cada cuatro médicos contesta mal!

El artículo vende la psicología cognitiva como la ciencia que sacará a la humanidad de ese oscurantismo. Otras disciplinas, como la Economía, también tienen mucho que aportar, porque hay que cuantificar el coste atribuible al analfabetismo, en términos de pérdida de bienestar social y el sobrecoste, para así calcular el beneficio potencial del plan de choque. Hemos avanzado más en la metodología para cuantificar el coste social de la incertidumbre (1) que el de la ignorancia.

El conocimiento estadístico es una acción preventiva eficaz contra la manipulación. No es preciso conseguir super-pacientes con super-poderes mentales, sino ciudadanos con habilidades numéricas básicas, que los inmunizarán contra sesgos y falsas percepciones de riesgos y de beneficios, no sólo relacionados con la salud sino en todos los órdenes de la vida.

El analfabetismo estadístico contradice el axioma económico sacrosanto de la racionalidad del consumidor, que la nueva Economía trata de conciliar con la evidencia, en una vuelta a los oríge-

nes psicológicos de la teoría de la utilidad (2). Pero tal vez otra vuelta de tuerca podría sugerir que los componentes emotivos de la curación son tan potentes, comparados con los racionales, que lo racional consiste precisamente en ser emotivamente ciego a la evidencia, cuando esta es pesimista.

La falta de comunicación de riesgos entre médico y paciente es un mal generalizado que impide al paciente elegir. El analfabetismo es un impedimento para ejercer el derecho al consentimiento informado del paciente, y su libre elección. Pero muchos médicos no pueden comunicar porque no entienden ellos mismos los números, lo que alerta sobre la necesidad de reformar la formación médica. ¡Otra Bioestadística es posible en las facultades!

A grandes males, grandes remedios. Según los autores, la comprensión estadística básica debería adquirirse a la vez que se aprende a leer y a escribir. Desvincularla de las matemáticas, presentándola como una forma de resolver problemas de la vida diaria. El artículo es suficientemente convincente para iniciar un uso prudente de experimentos a pequeña escala de *numerización* de la infancia.

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de GC

(1) Phelps, CE. Information diffusion and best practice adoption, en Culyer y Newhouse, *Handbook of Health Economics*, cap.5:224-61 Elsevier, 2000.

(2) Kahneman, D. A psychological perspective on economics. *American Economic Review* 2003; 93, 2: 162-8.

Las políticas de medicamentos genéricos en Europa: mucho de análisis de situación y poco de análisis de impacto

Dylst P, Simoens S.

Generic Medicine Pricing Policies in Europe: Current Status and Impact. *Pharmaceuticals* 2010, 3, 471-481; doi:10.3390/ph3030471 (<http://www.mdpi.com/1424-8247/3/3/471/>).

Objetivo

Realizar un análisis de la situación actual e impacto de las políticas de precios de los medicamentos genéricos en atención primaria en Europa.

Métodos

Revisión de la literatura en varias bases de datos para el periodo 2000-2009, utilizando como los idiomas de publicación de los estudios inglés, alemán, francés, holandés o italiano. Adicionalmente, se realizó una encuesta que aporta información acerca de si los países tenían una política de precios libres o de precios regulados (y si era así, cuál era el enfoque para la fijación de los precios), encuesta que fue gestionada por los miembros de la Asociación Europea de Medicamentos Genéricos (European Generic medicines Association - EGA).

Resultados

De la búsqueda

Si bien se encontraron 688 referencias en la literatura, una vez eliminados los duplicados y excluidos los que no cumplieron los criterios seleccionados (no incluían a países europeos, descripción sin evaluación, etc.). Al final 23 artículos fueron seleccionados.

De la revisión

Varios fueron los capítulos en los cuales se han dividido los resultados: diferenciación de precios, sistema de precios libres v. precios regulados, regulación de precios, competencia de precios y descuentos y, por último, concursos públicos.

Discusión

El interés de los países por las políticas de precios de los medicamentos genéricos viene motivado, entre otras razones, por el objetivo de garantizar medicamentos asequibles a la población y mantener el aumento del gasto farmacéutico bajo control. Sin embargo, no existe un enfoque único en el desarrollo de estas políticas ya que cada país ha realizado una implementación distinta, con poca evidencia del impacto en los países de estas políticas.

Conclusiones

La competencia desde fuera de Europa en los precios de los medicamentos genéricos (principalmente desde la India), así como la competencia entre los propios productores europeos de medicamentos genéricos a través de, por ejemplo, descuentos, plantean potenciales ahorros para los sistemas sanitarios. En los países donde los precios de los medicamentos genéricos no están regulados parece que los precios pueden bajar si se dan ciertas circunstancias. En los países con precios regulados, esta regulación puede disminuir el precio de los medicamentos genéricos e innovadores, pero parece que suprime los incentivos para reducir los precios más allá de donde está la regulación. A día de hoy no existe evidencia del impacto de los procedimientos de compra pública de medicamentos para el sistema ambulatorio, a pesar de las diversas experiencias existentes.

Conflicto de interés: Declaran que no existe.

Correspondencia: pieter.dylst@pharm.kuleuven.be

COMENTARIO

El análisis de las políticas de medicamentos genéricos ha sido uno de los temas más estudiados dentro de las políticas farmacéuticas europeas, aunque su análisis ha sido más descriptivo que de evaluación o impacto. El presente artículo presenta un buen resumen del análisis de situación de las políticas de medicamentos genéricos, como resumen de un conjunto de informes publicados recientemente (1,2), planteando algunos de los problemas clave en estas políticas farmacéuticas como son, por ejemplo, la transparencia de precios (y todos los aspectos relacionados con esta transparencia como son los descuentos, los precios reales de transacción, etc), o algunos de los temas de más reciente actualidad como son los concursos de compras de medicamentos genéricos para atención primaria, con interesantes experiencias en Alemania, Holanda y Dinamarca.

Siendo un buen artículo de divulgación de estas políticas farmacéuticas, el enunciar en el título la referencia al tema de impacto abre ciertas expectativas que no se llegan a cumplir. Por ello, hubiera sido interesante contar con más datos de impacto de algunas de las diversas políticas farmacéuticas utilizadas en medicamentos genéricos. En este sentido, resulta interesante una reciente revisión realizada por Puig-Junoy (3), mencionada en el artículo, acerca del impacto de la regulación del precio y reembolso, en este segundo caso principalmente a través de precios de referencia. Y más interesante aún hubiera sido citar alguno de los pocos informes realizados por los países (que son, al fin y al cabo, los que diseñan y ejecutan las políticas) que han tenido la "osadía" de evaluar y publicar algunas de estas políticas, como el realizado por

Suecia acerca de la política de sustitución de medicamentos genéricos (4).

Sin duda alguna, uno de los mayores aciertos del artículo es la clasificación de resultados de la revisión de la literatura (diferenciación de precios, sistema de precios libres v. precios regulados, regulación de precios, competencia de precios y descuentos y, por último, concursos públicos en atención primaria) que nos enmarca perfectamente en la clasificación temática que han seguido los estudios acerca de las políticas de genéricos, pasando de ya clásicos (regulación de precios) a los más recientes (concursos públicos). Queda, por tanto, sin cubrir la necesidad de que las autoridades apuesten por evaluar el impacto (y publicación de resultados) de las diversas políticas farmacéuticas que llevan a cabo para evitar así la continuidad del "efecto pingüino" que tan acertadamente fue anunciado hace tiempo (5).

J. Espín

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

(1) Simoens S, De Coster S. Sustaining generic medicines markets in Europe. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 2006.

(2) Espín J, Rovira J. Analysis of Differences and Commonalities in Pricing and Reimbursement Systems in Europe. DG Enterprise and Industry of the European Commission: Brussels, Belgium, 2007.

(3) Puig-Junoy J. Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition. A review. *Pharmacoeconomics* 2010; 28 (8): 649-663.

(4) Sharp drop in prices after the introduction of generic substitution. June 2006. LFN (Pharmaceutical Benefit Board). Sweden.

(5) Guillén AM, Cabiedes L. Reforming pharmaceutical policies in the European Union: A "penguin effect"? *International Journal of Health Services* 2003; 33(1): 1-28.

Los precios de referencia con copagos evitables no comprometen la equidad

Vrijens F, Van de Voorde C, Farfan-Portet M-I, Polain M, Lohest O.

The reference price system and socioeconomic differences in the use of low cost drugs. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2010. KCE reports 126C. D/20101/10.273/20.

Objetivo

El objetivo de este informe consiste en analizar la elección de medicamentos bajo el sistema belga de precios de referencia. Los objetivos específicos son dos: (i) qué características de los médicos y de los pacientes que, en Bélgica, se asocian a la elección entre presentaciones del mismo principio activo cuando existe la marca y genéricos de precio inferior; así como (ii) cuáles son las mismas características asociadas con la elección de la presentación de precio más bajo.

Datos y método

Se trata de un estudio retrospectivo que analiza todas las prescripciones a pacientes adultos en el año 2008 cubiertas por el seguro público de una muestra del 10% de los médicos de atención primaria y el 5% de los especialistas. La muestra incluye 1,5 millones de prescripciones correspondientes a 66 principios activos, relacionando los datos individuales del paciente y del prescriptor. La información sobre renta y nivel educativo, no disponible a nivel individual, se suple por la media de la zona de residencia. Se emplean regresiones logísticas para cada uno de los 12 grupos de medicamentos.

Resultados

Los copagos evitables o suplementarios como resultado del pago de la diferencia entre el precio de referencia y el precio de venta al público de los medicamentos prescritos y dispensados bajo financiación pública en Bélgica en 2008 equivalen al 10,2% del copago total a cargo de los pacientes (copago obligatorio y copago evitable). El 34% de este copago evitable corresponde a medicamentos cardiovasculares, el 19% a medicamentos del sistema nervioso y el 17% a medicamentos sistema musculoesquelético. El 52,2% de las prescripciones corresponde a un medicamento de precio no superior al de referencia.

Las variables asociadas a las prescripciones de precio bajo (precio igual o inferior al de referencia, sin copago adicional evitable) son las siguientes: (i) los pacientes de más edad tienen una probabilidad ligeramente menor de utilizar una alternativa de precio bajo; (ii) los pacientes con límite máximo al copago evitable no utilizan más los medicamentos de marca; (iii) los pacientes de zonas con menor nivel medio de formación reciben más medicamentos de precio bajo, excepto para la acetilcisteína; (iv) la existencia de una historia clínica integrada se asocia con mayor uso de medicamentos de precio bajo; y (v) las variables con mayor influencia son las del médico: en 7 de los 12 grupos de medicamentos los médicos de medicina general prescriben más medicamentos de precio bajo que los especialistas (lo contrario ocurre con quinolona, piroxicam y tramadol); asimismo, el pago presupuestario global al centro se relaciona con una mayor prescripción de precio bajo.

El 72% de los pacientes reciben el inhibidor de la bomba de protones más barato, cifra que es del 60% en el caso de las estatinas y del 66% en los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y en los sartanes. La edad de los pacientes también se asocia de forma positiva con la probabilidad de utilizar el medicamento de menor precio. Los médicos de medicina general prescriben inhibidores de la bomba de protones y estatinas de menor precio con mayor frecuencia que los especialistas (lo contrario ocurre con los sartanes y IECA's).

Conclusiones

Los resultados del estudio apuntan la ausencia de problemas de equidad de acceso relacionada con los copagos evitables de los precios de referencia ya que el uso de alternativas de precio bajo es incluso ligeramente superior en los grupos de población menos favorecida.

COMENTARIO

En la mayoría de países que aplica un sistema de precios de referencia (siendo España la excepción) el paciente paga la diferencia que pueda existir entre el precio de venta del medicamento dispensado y su precio de referencia (copago evitable). A excepción de algún estudio con población de más de 65 años en Canadá, el impacto distributivo según nivel socioeconómico de la población de los copagos evitables asociados a los precios de referencia como sistema de financiación pública de medicamentos ha recibido escasa atención en la investigación hasta ahora publicada.

Una preocupación relativa a los copagos evitables, hasta ahora casi no verificada, reside en el hecho de que laboratorios, médicos y farmacias podrían "explotar" la información imperfecta y asimétrica de que dispone el paciente a fin de hacerle pagar la diferencia de precio por supuestos aspectos diferenciales entre medicamentos bioequivalentes.

Los resultados de este estudio belga ponen de relieve dos hechos muy interesantes al respecto: (i) el copago evitable pagado por los grupos socioeconómicos menos favorecidos no es más elevado sino que es incluso inferior al del resto de la población, por lo que, dado el nivel de copago evitable global, éste no actúa como una barrera de acceso diferencial entre grupos de población según renta y formación; y (ii) el nivel de copago evitable, y por tanto la percepción de que el medicamento más barato no es un buen sustituto, es desigual: es más elevada en unos medicamentos que en otros (por ejemplo, los cardiovasculares) y es más elevada para ciertos medicamentos en los médicos de atención primaria y para otros medicamentos es más elevada para los especialistas.

Más allá de las características particulares del sistema de precios de referencia aplicado en cada país, resulta necesario adoptar medidas complementarias que afecten el comportamiento de los pacientes (información transparente sobre la existencia de sustitutos de menor precio y sin copago evitable, así como de su carácter bioequivalente), el de los médicos (incentivos relacionados con la prescripción utilizando la denominación común internacional y prescripción de medicamentos de menor precio dentro de los del mismo grupo terapéutico o del mismo principio activo) y de las oficinas de farmacia (políticas de sustitución con las mínimas restricciones).

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra (UPF)

¿Ayuda el monopolio intelectual a la innovación?

Boldrin M, Levine DK.

Does Intellectual Monopoly Help Innovation? Review of Law & Economics: 2009; 5 (3): 991-1023. DOI: 10.2202/1555-5879.1438.

Resumen

Aunque el título es genérico, la trascendencia del tema ofrece múltiples aristas una de las cuales afecta de lleno al mundo de la big pharma, cercano pues a la política y gestión sanitaria. La cuestión enfatizada por los autores es que una cosa es la necesidad de compensar a los innovadores por su esfuerzo, y otra muy distinta es garantizar derechos de propiedad y patentes por un período determinado de un modo exclusivo y excluyente. Con el estado de cosas actual, ¿no es entonces peor el remedio (otorgar el monopolio intelectual) que la enfermedad (necesidad de auspiciar la innovación)?

Según los autores la idea inicial de patentes y derecho de propiedad no era limitativa 'para que se enriquezcan unos pocos a expensas de unos muchos' sino limitadora sólo en la medida en que como resultado, en la práctica, todos resultasen beneficiarios de la medida. ¿Sirven por tanto los instrumentos actuales (patentes y derechos de propiedad) para promover el progreso social general? El monopolio de explotación de una idea no es a juicio de Boldrin y Levine tener 'el derecho a vender copias' sino a compensar el esfuerzo que conseguir la innovación supone. Limitar supone, en general, inhibir futura creatividad e innovación secuencial, al aumentar los costes de sus incrementos. Con ello se compensa a unos y encarece el acceso a otros con más que dudosa aportación, a juicio de los autores, al progreso social.

Tras un repaso de situaciones –una especie de metaanálisis bibliográfico– se concluye que el monopolio intelectual ha dificultado más que facilitado la innovación. Así, se valora el antes y el después de cuando, ahora hace 220 años, bajo distintas formas, se empezaron a implementar medidas de protección de derechos limitativos de la propiedad intelectual, se compara entre distintos regímenes de protección de derechos y en su variación a lo largo del tiempo, para afirmar que no existe evidencia de la contribución que puede suponer el monopolizar derechos de propiedad intelectual en favor de la innovación. Por el lado contrario, tampoco el falseamiento de las anteriores prerrogativas limitadoras, por ejemplo, en el campo musical, parece haya afectado a la creación ni a los incentivos a la composición artística.

Reconocen sin embargo los autores que las empresas tenderán naturalmente a situarse donde la protección de la propiedad intelectual sea mayor. Aunque la valoración empírica es discutible, ya que el movimiento lo puede también provocar el propio PIB como indicador del tamaño del mercado, cita el artículo que aumentar en un grado la protección de la propiedad intelectual aumenta el peso de la inversión en I+D entre el 0.6 y 1.0% del PIB. El texto no especifica sin embargo qué compone el grado ni la razón del supuesto de linealidad.

Sin financiación identificada ni conflictos de interés.

Correspondencia: mboldrin@artsci.wustl.edu

COMENTARIO

Tras múltiples y poco específicas consideraciones, los autores abogan por la abolición de la propiedad intelectual por razones de responsabilidad social. Piensan que ello debiera hacerse pausadamente para acompañarla con una 'buena regulación' alternativa (no definida). El tránsito se reconoce complicado ya que la potencial ganancia social es escasa, aunque para muchos y por consiguiente menos percibida, mientras que las pérdidas se concentran en agentes con elevada capacidad de reacción ante las nuevas políticas públicas propuestas. La política recomendada consiste en permitir que las patentes sean cuestionadas antes de ser garantizadas, y en su caso compensar al innovador de acuerdo con una estimación de los costes en I+D incurridos (como se hace en las compensaciones judiciales, dicen) o incluso con una transferencia públicamente subsidiada por utilización variable efectiva.

Sorprende al lector poco avezado que quienes abogan efectiva y argumentadamente por la abolición de los derechos de propiedad intelectual son los liberales –neos y viejos (entre los que se cuentan los autores)– y no los que llama Quim Monzó los 'de la Internacional papanatas de buenistas'.

En resumen, artículo para reflexionar, poco concluyente y que muestra la dificultad del análisis en el tema. Ciertamente si un país es muy fuerte en investigación el no apoyo público al I+D vía subsidios y deducciones fiscales, la falta de una protección efectiva fuerte de derechos de propiedad, o el maltrato en la determinación de precios también de los productos innovadores puede que no sea decisivo. Pero países con el pedigree de pulmón de acero para la investigación hay pocos y entre ellos no se encuentra el nuestro. De modo que atento a apuntarse a un bombardeo!

Guillem López

CRES, Universidad Pompeu Fabra

GCS EN LA RED
<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

Una receta sencilla: educar el paladar en la niñez

Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, Goldman L.

Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2010; 362:590-9.

Antecedentes

La dieta de EE.UU. es alta en sal, la mayoría procedente de alimentos procesados. Reducir la sal en la dieta es un objetivo potencialmente importante para la mejora de la salud.

Métodos

Modelización matemática para cuantificar los beneficios de una potencial reducción en la ingesta de sal de hasta 3 g por día (1.200 mg de sodio diarios). Se estimaron las tasas y los costes de las enfermedades cardiovasculares en subgrupos definidos por edad, sexo y raza, se compararon los efectos de la reducción de la sal con los de otras intervenciones y se determinó el costo-efectividad de cada una de las intervenciones con especial atención al tratamiento de la hipertensión con fármacos.

Resultados

La reducción de sal en la dieta de 3 g por día prevé que disminuya el número anual de nuevos casos de cardiopatía isquémica entre 60.000 y 120.000, el accidente cerebrovascular entre 32.000 y 66.000, el infarto de miocardio entre 54.000 y 99.000, y el número anual de muertes por cualquier causa entre 44.000 y 92.000. Todos los segmentos poblacionales se beneficiarían, la población negra se

beneficia proporcionalmente más, las mujeres en particular, de la reducción de accidentes cerebrovasculares, los adultos mayores de la reducción de eventos coronarios, y los adultos más jóvenes de tasas de mortalidad más bajas. Los beneficios cardiovasculares de la reducción en ingesta de sal están a la par con los beneficios poblacionales de la reducción del consumo de tabaco, la obesidad y los niveles de colesterol. Una intervención diseñada para lograr una reducción en la ingesta de sal de 3 g al día se ahorraría de 194.000 a 392.000 AVACs y entre 10 y 24 mil millones de dólares. Incluso con una modesta reducción gradual de 1 g al día se ahorrarían costes siendo más rentable que el uso de fármacos en hipertensos.

Conclusiones

Una reducción modesta de sal en la dieta podría reducir los eventos cardiovasculares y los gastos sanitarios por lo que debe considerarse un objetivo de salud pública.

Financiación: American Heart Association Western States Affiliate y Universidad de California, San Francisco Clinical and Translational Sciences Institute.

Conflicto de intereses: No declarados.

Dirección para correspondencia: Dr. Bibbins-Domingo at the University of California, San Francisco, Box 1364 UCSF-SFGH, San Francisco, CA 94143-1364.

COMENTARIO

El aparato asistencial con su rápida introducción de innovaciones terapéuticas, está demasiado enfocado hacia el tratamiento de enfermedades –a veces de dudosa etiqueta– y muy poco orientado hacia la prevención y promoción de la salud. Si recordamos los determinantes de salud, a la carga genética se suman factores ambientales, estilos de vida y el propio servicio sanitario. Así, la combinación de la carga genética y la obesidad, la falta de ejercicio y la urbanización favorecen la diabetes. El sistema sanitario se encarga posteriormente de poner remedio farmacológico olvidando que la expresión popular “menos plato y más zapato” reduce la progresión a diabetes, está exenta de efectos secundarios, 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 (1).

El sedentarismo, conducta reciente a raíz de la industrialización, se asocia a gran morbimortalidad (hipertensión, cardiopatía isquémica, osteoporosis...). Pero lo más preocupante es que sedentarismo, tabaquismo, obesidad e hipertensión comienzan a despuntar entre la población más joven y a la hora de priorizar esfuerzos, la fracción atribuible poblacional se antoja más acertada. A los 3 primeros se les atribuye más del 75% de incidencia ajustada de enfermedad coronaria en hombres, y en mujeres, el 36,5% de los casos de cardiopatía isquémica al sobrepeso (2). Se avecina una epidemia de enfermedad cardiovascular (exposición más prolongada a elevación de marcadores inflamatorios íntimamente ligados al daño cardiovascular) que solo en costes hará un poco más inviable nuestro sistema sanitario. De ahí las políticas de salud públicas del tipo Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obe-

sidad (NAOS), recargo impositivo a bebidas azucaradas, ley del tabaco, acuerdo UE con reducción en un 16% de la cantidad de sal, que en el caso de España incluye el pan, los embutidos y el queso. Ostentamos la segunda posición de la UE, después de Portugal, en ingesta de sal en comidas con 10,7 gramos/día cuando la OMS aconseja 5, equivalentes a 2 g de sodio al día. Y aunque la mayor parte de sal proviene de los alimentos procesados –lugar donde debe incidir el regulador–, reducir esta en la mesa y aumentar el consumo de frutas y verduras también ha demostrado ser efectivo. Nuestra labor como médicos de cabecera, además de tomar decisiones diarias en condiciones de incertidumbre, es tomar decisiones de efectividad probada en los campos de promoción y prevención de la mano de la salud pública. El problema es que, a pesar de que más del 80% de la población frecuenta los centros de salud, la transferencia de conocimiento efectivo a la práctica no llega a más del 30% de los que se podrían beneficiar y la evidencia empírica en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria suele ser de baja efectividad comparada con la prevención secundaria (3).

Francisco Hernansanz Iglesias

Equipo de Atención Primaria Nord. Sabadell

Alejandro Marín Ibáñez

Fundación para la Investigación sobre Hipertensión Arterial (FIHA)

(1) 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.

(2) Medrano MJ et al. Riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en población española. *Rev Esp Cardiol*. 2007; 60:1250-6.

(3) Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*. 2008 Dec; 54(12):1706-13.

El aumento de precios disminuye el consumo de alcohol: evaluación de 18 políticas de precios para la toma de decisiones

Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R.

Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 2010; 375:1355-64.

Objetivo

Si bien se conoce que las políticas de precios sobre el alcohol son efectivas, hay poca evidencia sobre el efecto de intervenciones específicas en los costes sanitarios y en los resultados de salud de calidad de vida para distintos tipos de personas bebedoras. El objetivo de este artículo es evaluar el efecto de varias políticas de precios en varios grupos de población.

Métodos

Se construyó un modelo epidemiológico matemático para evaluar 18 políticas de precios, utilizando la información sobre consumo del alcohol (tipo de bebedor, cantidad consumida, precio pagado) del "Expenditure and Food Survey" y del "General Household Survey". A partir de las elasticidades precio estimadas se calcularon los efectos de las políticas. Se aplicaron las funciones de riesgo encontradas en revisiones sistemáticas y meta-análisis, o fracciones atribuibles, para modelizar el efecto de cambios en el consumo de alcohol en la mortalidad y en la prevalencia de 47 enfermedades, así como en los costes y la calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados

Aumentos generalizados del precio del alcohol fueron efectivos para disminuir el consumo, los costes sanitarios y las pérdidas de calidad

de vida relacionada con la salud de todos los grupos de población; las personas bebedoras de riesgo son las que tuvieron una mayor ganancia en salud y un mayor gasto de resultados de esta política. Políticas de precios mínimos (p. e. una unidad de alcohol (10 ml) no puede ser vendida por debajo de € 0,50) pueden tener la misma efectividad en las personas bebedoras de riesgo, pero reduciendo los efectos sobre el gasto de las bebedoras moderadas. La prohibición de descuentos es efectiva, pero la prohibición sólo de grandes descuentos tiene muy poco efecto. Las personas bebedoras de entre 18 y 24 años son muy sensibles a políticas de aumentos de precio en bares.

Conclusiones

Serían recomendables políticas de precios mínimos y restricciones a los descuentos ya que reducen el consumo de alcohol, los costes sanitarios y los efectos negativos sobre la salud, dejando los aumentos de precio para los bebedores de riesgo.

Fuentes de financiación: Policy Research Programme del UK Department of Health.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: r.purshouse@she.eld.ac.uk

COMENTARIO

Quizás este sea uno de los artículos que más me ha gustado de los que he tenido oportunidad de leer en los últimos años. Parece además que el artículo, que podría estar publicado sin problemas en cualquier revista de economía de la salud, también interesó a los editores de *Lancet*, con mucho mayor impacto en todos los aspectos. Aparte de estar impecablemente realizado, a la par que con instrumentos econométricos relativamente sencillos (el parámetro principal es el cálculo de la elasticidad precio), se trata de un ejemplo excelente de investigación en servicios sanitarios aplicada a la toma de decisiones. Los autores estiman el impacto de diversas (18) políticas de precios sobre el consumo de alcohol en la población inglesa, en términos de mejoras de salud y de disminución de los costes sanitarios. El artículo presenta resultados tan claros de transmitir a un consejero de salud como que "si se aumentan los precios del alcohol de manera general un 10%, habrá 1.460 muertes menos cada año, lo que representará 11.200 AVAC ganados y un ahorro en costes sanitarios de 148 millones de libras, en una población de 44 millones de habitantes".

El contexto del artículo es que la creciente preocupación por los efectos negativos del consumo de alcohol en la sociedad está haciendo que la atención de las administraciones se dirija hacia la puesta en marcha de intervenciones de salud pública para reducir su consumo. El consumo de alcohol a largo plazo es causa de diversas enfermedades, y tiene implicaciones en términos de costes

sanitarios y de efectos en la calidad de vida de las personas bebedoras, sus familias y la sociedad. Las políticas de aumentos de precios se conocen efectivas, con elasticidades precio de entre -0.497 i -0.510 .

Es de loar las representaciones gráficas de los resultados. Además de diversas tablas muy informativas y claras, el artículo tiene unas excelentes figuras mostrando la reducción de alcohol, los AVAC ganados, el aumento en gasto de las personas bebedoras y la reducción de costes sanitarios conseguida con cada una de las políticas.

El análisis está realizado "ceteris paribus", es decir, sin tener en cuenta la respuesta de la oferta ante aumentos de precio. El modelo tampoco tiene en cuenta los costes que una política de aumento de precios pudiera acarrear para la industria productora, ni los beneficios del consumo (en algunas enfermedades, o los puramente hedonistas), ni los efectos sobre terceros (familias, empleadores, etc.). En particular, no se analizan los efectos sobre las personas bebedoras de menores ingresos, ni los efectos sobre los menores de edad.

Ahora que el consumo de tabaco está muy limitado en la mayoría de países desarrollados (vergonzosamente, en nuestro país todavía no es el caso), el alcohol será el próximo factor de riesgo a combatir por las administraciones sanitarias. Artículos como este facilitan que el debate y las políticas estén informados.

Anna García-Altés
Fundación IISS

En ausencia de diferencias en gravedad, coste o efectividad de los tratamientos, los noruegos no muestran una mayor disponibilidad a pagar en las enfermedades raras

Desser AS, Gyrd-Hansen D, Olsen JA, Grepperud S, Kristiansen IS.

Societal views on orphan drugs: cross-sectional survey of Norwegians aged 40 to 67. *BMJ*. 2010; 341:c4715.

Objetivo

Conocer si la sociedad noruega tiene unas preferencias por el tratamiento de las enfermedades raras sobre las frecuentes que justifiquen la aceptación de umbrales coste-efectividad más altos para fármacos huérfanos.

Diseño

Encuesta transversal, mediante cuestionario web, a una muestra aleatoria de 1547 noruegos (n=6000; tasa de respuesta del 26%) de 40 a 67 años de edad.

Medida de resultado principal

Elección, ante dos escenarios, entre financiar el tratamiento de una enfermedad rara y una frecuente (coste idéntico del tratamiento por paciente para ambos tipos de enfermedad y coste de las raras cuatro veces más alto que el de las frecuentes).

Resultados

En el escenario de igual coste de tratamiento por paciente, el 11,2%

(IC95%: 9,6-12,8) de los encuestados escogieron tratar las enfermedades raras, 24,9% (21,7-26,0) las frecuentes, y 64,9% (62,6-67,3), se mostraron indiferentes. Las actitudes expresadas (escala Likert de 1 a 5; 5 = completamente de acuerdo) revelaron un fuerte respaldo a las afirmaciones *los pacientes con enfermedades raras tienen derecho a tratamiento incluso si éste es más caro* (media=4,5; DS=0,86) y *deben destinarse recursos para proporcionar los mayores beneficios posibles para la salud* (3,9; DS=1,23).

Conclusiones

A pesar de la opinión general de que el derecho al tratamiento de los pacientes con enfermedades raras es el mismo que el de aquellos con enfermedades frecuentes, la preferencia social por las raras se debilita si su tratamiento se financia a expensas de las frecuentes.

Financiación: Norwegian Research Council y Health Economics Research Programme (HERO) de la University of Oslo.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Correspondencia: a.s.desser@medisin.uni.no.

COMENTARIO

El debate en torno a las enfermedades raras aumenta y se acalora. La comercialización de un número creciente de fármacos huérfanos, el notable incremento del gasto y su impacto presupuestario lo espolean. Cabe esperar que se intensifique: se desarrollan y pretenden comercializar más métodos de diagnóstico genético, aunque pocas solicitudes de autorización alcanzan estándares mínimos de validez analítica, validez clínica y utilidad clínica, y muchas pruebas incumplen los criterios para ser aceptadas como métodos de cribado (1); con fármacos comercializados para enfermedades frecuentes se encuentran nuevas indicaciones para raras; varias enfermedades frecuentes se fragmentan en diversos trastornos cuya menor prevalencia las convierte en huérfanas; se investigan tratamientos encaminados a una medicina personalizada; mejora el conocimiento de las más de 6.000 enfermedades raras existentes. En países que disponen de sistemas razonablemente sólidos y transparentes de aprobación y financiación de medicamentos crece la presión por establecer umbrales de coste-efectividad más altos que para el resto de medicamentos apelando a la regla del rescate, a la escasez de tratamientos, y a su gravedad y rareza. Los que se oponen a conferir estatus especial a estas enfermedades sugieren, por añadidura a su grávido argumentario, que sólo puede justificarse dicho estatus si se demuestra una preferencia expresa de la sociedad por priorizarlas y tratarlas (2-4). Pero desconocemos esas preferencias que, hasta la fecha, sólo se han podido barajar como supuestos.

Este estudio se halla entre los primeros que intentan conocerlas y en ello estriba su principal aportación a la controversia, no obstante sus limitaciones (los métodos usados para exteriorizar preferencias y encuadrar el problema pueden dirigir las respuestas; el borroso campo semántico del término *indiferente*; es difícil discernir preferencia por rareza de preferencia por justicia en el segundo escenario planteado, al igual que extrapolar las preferencias de los noruegos a las de personas de otros países; la baja tasa de respuesta pone en entredicho la representatividad de la muestra; el coste del tratamiento de muchos medicamentos huérfanos supera con mucho en 4 veces el de las frecuentes, y otras). Pero queda claro que, en au-

sencia de otras diferencias (gravedad, efectividad de los tratamientos, coste) no han detectado preferencia social por la rareza.

Ni esperar resultados de más estudios sobre preferencias ni el creciente gasto en medicamentos huérfanos, su escasa eficacia (y altas razones de coste-efectividad), el riesgo global de insolvencia del sistema, ni la resolución del servido debate justifican la inacción. Como medidas a corto plazo se ha propuesto mejorar los mecanismos de fijación de precios, que los fármacos huérfanos se excluyan de los esquemas de financiación especial (el retorno de inversión ya lo garantizan sus indicaciones para enfermedades frecuentes), que la efectividad como uno de los criterios rectores de la práctica clínica deje paso a las razones de coste-efectividad y a la dimensión social de la eficiencia, y que la mejora de variables intermedias como criterio de aprobación de fármacos (muchas son bioquímicas en ensayos clínicos para medicamentos huérfanos) haga lo propio con las de resultado clínico.

A largo plazo, urge que las enfermedades raras se adapten a los modelos ya empleados con las *enfermedades olvidadas (neglected)* de asociación entre los sectores público y privado y la sociedad civil, y a fomentar el diálogo preventivo (5). Por imperativos de equidad, eficiencia y de orden moral, no deben tomarse decisiones haciendo caso omiso de su coste de oportunidad. Lo inadmisiblemente sería que, *ceteris paribus* (o *mutatis mutandis* con fines precipitados y reformistas que yerran el tiro) el coste del tratamiento de pocas *víctimas identificables* absorbiera los recursos destinados a sufragar el de muchos desconocidos.

Carlos Campillo Artero

Servei de Salut de les Illes Balears

(1) Annes JP, Giovanni MA, Murray MF. Risks of presymptomatic direct-to-consumer genetic testing. *NEJM*. 2010;363:1100-1.

(2) McCabe C, Claxton K, Tsuchiya A. Orphan drugs and the NHS: should we value rarity? *BMJ*. 2005;331:1016-9.

(3) Hughes DA, Tunnage B, Yeo ST. Drugs for exceptionally rare diseases: do they deserve special status for funding? *QJM*. 2005;98:829-36.

(4) National Institute for Health and Clinical Excellence. Response to Sir Ian Kennedy's Report Appraising the value of innovation. London: NICE; 2009.

(5) McCabe C, Stafinski T, Menon D. Is it time to revisit orphan drug policies? *BMJ*. 2010;341:c4777.

La fragilidad y sus metáforas

Max Blecher

Corazones cicatrizados. Traducción de Joaquín Garrigós. Valencia, Pre-Textos, 2009.

–Si no es indiscreción, ¿a qué ha venido a Francia? –preguntó el doctor mientras lo reconocía–. Observo por su acento que es usted extranjero.

–En efecto –contestó Emanuel–. He venido aquí a estudiar.

–¿Y qué estudia?

–Química.

–¡Ah, química! ¿Le gusta la química, le interesa?

“Ahora sólo me interesa la vida”, quiso contestar Emanuel, pero se calló.

Cuando en una novela de, digamos, hace ochenta años, leemos la descripción de un reconocimiento médico, o de una operación, tenemos la sensación de encontrarnos en la prehistoria de una ciencia en la que el cálculo de probabilidades estadísticas, de supervivencia, de recidivas, de éxitos y de fracasos, se ha convertido en su piedra de toque por excelencia. Quizás estoy exagerando, pero es una exageración calculada. La estadística en nuestro tiempo se ha convertido inexplicablemente en la ciencia por antonomasia, y la medicina, que durante siglos se reclamó también del arte, no ha tenido más remedio que rendirse ante ella. Nada mejor entonces que forzar un matrimonio de conveniencia, que, como se sabe, son los más estables y fructíferos, para dar ese salto cualitativo del que tanto hablaba la trasnochada dialéctica del siglo pasado. Cuando un error se convierte en una probabilidad estadística, parece menos error.

Empezar con una digresión es una de las más recurridas fórmulas de escribir una reseña, y hay que reconocer que muchas veces la digresión llega a tener más interés que la propia novela reseñada. No es el caso evidentemente. *Corazones cicatrizados* es la segunda de las tres novelas que escribiera Max Blecher, un absoluto desconocido hasta hace pocos años, y hoy considerado como una de las voces más originales y lúcidas de la literatura rumana del siglo pasado. Las otras dos novelas: *Acontecimientos de la irrealidad inmediata* y *La guarida iluminada (diario de sanatorio)*, fueron publicadas en 2006 por la editorial Aletheia, en excelente traducción, como también lo es la que aquí comentamos, de Joaquín Garrigós. Max Blecher vivió solamente veintinueve años, y los diez últimos, es decir desde los diecinueve, los pasó en distintos sanatorios de Francia, Suiza y Rumanía, aquejado de una tuberculosis ósea que no conseguiría rendir su férrea voluntad de escribir. En los años treinta colaboró en distintas revistas surrealistas, carteándose con André Breton, Gide, Heidegger o Mihail Sebastian, entre otras celebridades de la época. Muere en 1938, y a partir de ese momento, como se suele decir, el silencio se cernió sobre su figura. Habrá que esperar a los años setenta, en que finalmente se publicarían sus obras completas en Rumanía, siendo al poco tiempo traducidas al francés y al alemán, con lo que se iniciaría su recuperación definitiva, que le situará, junto a Mihail Sebastian, en lo más alto de la literatura rumana del siglo pasado.

Corazones cicatrizados, que por cierto empieza con la descripción de

un reconocimiento médico –el del protagonista, claramente el propio autor y claramente la misma enfermedad: tuberculosis ósea, es decir, describe algo por lo que debió de pasar innumerables veces, aunque no siempre el diagnóstico fuera el mismo– es una espléndida novela, a la vez que emocionante y, si me permiten la expresión, una novela demoledora. Una de esas novelas que conmueven algo en nuestro interior; que nos zarandean por dentro. Tolstói (nueva digresión) nunca estuvo en la guerra, y sin embargo su descripción de la misma en *Guerra y paz* está considerada como una de las descripciones más vividas y convincentes de la literatura de todos los tiempos, superando con mucho los relatos de los propios protagonistas de las contiendas. Pero Tolstói era Tolstói, y no es habitual que alguien describa tan perfecta y convincentemente algo que no ha experimentado en sus propias carnes. En el caso de Blecher se da la coincidencia en la misma persona de un grandísimo escritor y un enfermo grave. Y un escritor que decide, tal vez para exorcizarla, aunque yo creo que su intención va más allá, hacer de la enfermedad el tema de su novela. Blecher observa no sólo el progreso de la enfermedad y su efecto en él mismo, sino también su efecto en los demás. Observa cómo cambia el mundo a su alrededor. Porque el mundo de un enfermo no es el mismo que el de una persona sana. Y éste es precisamente uno de los méritos indiscutibles de esta novela. Blecher retrata fielmente ese mundo que tan bien conoció y a sus moradores, uno de los cuales fue él mismo. Retrata sus ilusiones, sus esperanzas y desesperaciones en un mundo donde se sigue haciendo una vida aparentemente normal, un mundo en el que también se leen los periódicos, se habla de política, se coquetea con la vecina de mesa, o de cama generalmente, se bebe, se compite, se escucha música o se toma el sol: “La paradoja residía en existir y, sin embargo, en no estar completamente vivo”.

Blecher, como los grandes novelistas, sabe captar en un detalle, aparentemente nimio, en un gesto apenas esbozado, en una frase banal, en una escena intrascendente –por ejemplo la de la fiesta en la habitación de uno de los enfermos–, todo el dramatismo de la enfermedad. Y lo hace sin cargar las tintas, con la misma naturalidad que si estuviese describiendo una escena cotidiana a la que asistimos a diario. La secuencia siguiente al reconocimiento y al establecimiento del diagnóstico, con el protagonista saliendo a la calle y encontrándose con el mismo mundo cotidiano que había dejado hacía unos instantes, pero ahora tan diferente, tan a punto de desvanecerse, es realmente soberbia, como lo son también las de su recibimiento en el sanatorio y su paulatina entrada en el mundo de la enfermedad. Y es que: “Cuando a uno lo sacan una vez de la vida y ha tenido el tiempo y la calma necesarios para hacerse una sola pregunta esencial acerca de ella, una sola, se queda envenenado para siempre. Desde luego el mundo sigue existiendo, pero alguien les ha borrado a las cosas su importancia con un borrador...”.

Manuel Arranz

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