

Número coordinado por María José Rabanque y Luis Palomo

Editoriales	
El cuaternario de la atención sanitaria: seguridad del paciente y prevención	3
SESPAS ante las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios	6
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Benzodiazepinas en ancianos: La pastilla para dormir no me la quite	7
Las redes profesionales: relaciones que crean valor	8
La inercia clínica necesita moverse, pero no se sabe en qué dirección	9
El volumen también importa: Si se hace mucho se hace mejor	10
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Diabetes mellitus tipo I: aún no ha llegado el momento de los tratamientos preventivos	11
Dudas sobre las ventajas de los test de troponina de alta sensibilidad	12
Poliquimioterapia en cáncer de mama precoz: las diferencias importan	13
Modos de ver	
Las funciones de riesgo cardiovascular podrían ser útiles, se asocie o no el colesterol total con más mortalidad	14
¡Que no!: ni colesterol, ni tablas de riesgo, ni estatinas en personas sanas	15
Elementos para un debate	
Crisis económica, política sanitaria y salud	16
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Sensibilidad de los médicos a las emociones de sus pacientes: un área donde es necesario mejorar	20
La incidencia de reinfartos y la mortalidad a 30 días se asocian al nivel socioeconómico en los hombres del País Vasco	21
Evaluación económica, eficiencia, costes	
La reconstrucción del ligamento cruzado anterior es coste-efectiva frente al tratamiento conservador	22
Utilización de servicios sanitarios	
El análisis de los determinantes sociales debe incluirse en las recomendaciones preventivas	24
La asistencia a centros de día no influye en la utilización posterior de servicios sanitarios	25
Incremento de los antipsicóticos en el tratamiento de la depresión entre 1996 y 2005 en EE.UU.	26
Gestión: instrumentos y métodos	
La eficiencia de la incorporación de la enfermería en las consultas depende del modelo organizativo	27
Política sanitaria	
Gasto hospitalario, calidad y resultados. No es solo cuestión de financiación, también de uso efectivo de recursos	28
Legislación sobre genéricos y marcas en Canadá. Aspectos a evitar en el contexto español	29
Evaluar las crisis sanitarias. Utilidad o ejercicio de investigación	30
Políticas de salud y salud pública	
Comer fritos parece no ser tan malo para la salud cardiovascular	31
La reducción de la mortalidad coronaria en el Este de Europa es más explicada por la reducción de riesgos que por los tratamientos	32
Riesgos y desencadenantes de discapacidad para la movilidad en ancianos: espacio para la investigación	33
Avanzando en el análisis del impacto en salud de las políticas públicas sectoriales no sanitarias	34
Redefinición de la enfermedad	
El cribado de cáncer de próstata no reduce la mortalidad. Resultados de un ensayo clínico en población española con 15 años de seguimiento	35
Conflictos, intereses y conflictos de intereses en los editoriales favorables a la terapia hormonal sustitutiva	36
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
No hay enfermedades, sino enfermos. Con preferencias dispares	37
Los pacientes tienen un buen conocimiento sobre errores e incidentes y quieren participar en su reducción	38
Informes de las agencias	
Los valores de las personas mayores sobre la prevención son muy variables y resistentes a la generalización	39

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

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)
Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
Lluís Bohigas (Barcelona)
Bonaventura Bolivar (Barcelona)
Francisco Bolumar (Alcalá)
Eduardo Briones (Sevilla)
Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
Juan Cabasés Hita (Pamplona)
Carlos Campillo (Mallorca)
Jesús Caramés (Santiago)
David Casado Marín (Barcelona)
Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
Enrique Castellón (Madrid)
Xavier Castells (Barcelona)
Jordi Colomer (Barcelona)
Indalecio Corugedo (Madrid)
José Expósito Hernández (Granada)
Lena Ferrús (Barcelona)
Anna García Altés (Barcelona)
Fernando García Benavides (Barcelona)
Joan Gené Badía (Barcelona)
Juan 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 Casanovas (Barcelona)
Susana Lorenzo (Madrid)
Manuel Marín Gómez (València)
Javier Marión (Zaragoza)
Juan Antonio Marqués (Alicante)
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.

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud.

GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

El cuaternario de la atención sanitaria: seguridad del paciente y prevención

Carlos Aibar Remón

Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

Seguridad del paciente y prevención cuaternaria: terreno de juego compartido

La historia natural de la enfermedad es la evolución que sigue desde que se inicia por interacción de diferentes factores causales hasta que finaliza, en ausencia de intervenciones de prevención, diagnóstico, cuidados o tratamiento.

A lo largo de dicho proceso se diferencian las siguientes fases (1): un período prepatogénico, que transcurre desde que comienza la interacción de los factores causales hasta que se inicia la enfermedad y un período patogénico, en el que pueden diferenciarse dos fases: uno subclínico, en el que la enfermedad no se puede detectar y uno de evidencia clínica, en la que los signos y síntomas sobrepasan el umbral de detección y la enfermedad se hace aparente. Finalmente la evolución concluye siempre de tres modos, bien con la curación, bien con la cronificación, o bien con el fallecimiento del paciente.

El conjunto de intervenciones sociales, médicas, de cuidados, ... dirigidas a erradicar, reducir la probabilidad de aparición o bien interrumpir la progresión y el impacto de la enfermedad, constituye la prevención. En función de la etapa de la historia natural de la enfermedad en que se aplican, las intervenciones preventivas se agrupan clásicamente en tres categorías: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria precede al inicio de la enfermedad, tiene por objetivo evitar la aparición de nuevos casos de la misma e incluye todas aquellas actividades que incrementan la salud y aquellas dirigidas a reducir potenciales factores de riesgo: medidas legislativas, medioambientales, de promoción de la salud, ... La prevención secundaria actúa en las fases iniciales del desarrollo de la enfermedad y su finalidad es mejorar el pronóstico, retardar el desarrollo de la misma y sus consecuencias. El diagnóstico y el abordaje terapéutico precoces son sus instrumentos más conocidos. Por último, la prevención terciaria actúa cuando la enfermedad ya está bien establecida y su finalidad, al igual que la secundaria, es retardar su evolución, además de reducir las consecuencias de la enfermedad (incapacidad, dolor, complicaciones, recurrencias y secuelas).

Este didáctico planteamiento desarrollado por Leavell y Clark (2) hace más de cincuenta años y repetido hasta la saciedad en textos y manuales de salud pública se complementó posteriormente con la referencia a la necesidad de un nuevo nivel de las actuaciones preventivas, la prevención cuaternaria. El término, fundamentado en el aforismo *primum non nocere*, fue ideado por el médico belga M. Jamouille para designar el conjunto de actividades que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Se trata de un concepto de utilidad clínica, bien establecido y ampliamente aceptado en el ámbito de la atención primaria y, de modo particular en lo referido a cues-

tiones de prevención clínica, medicalización de procesos vitales y uso excesivo de pruebas diagnósticas y de tratamientos innecesarios (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Por otro lado, la seguridad del paciente que comparte con la prevención cuaternaria el aforismo citado y los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía del paciente, se ha definido como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, en función de los conocimientos disponibles, los recursos y el contexto en el que se presta la atención, ponderados frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro menos adecuado (9).

Muy ligado en sus inicios al ámbito hospitalario aunque posteriormente se extendería a otros niveles asistenciales, el inicio del interés por la seguridad del paciente puede situarse en la publicación de resultados del Harvard Medical Practice Study (10, 11) estudio sobre la incidencia de eventos adversos en la atención hospitalaria, seminal de muchos otros realizados posteriormente y el informe *To err is Human* (12).

De su trascendencia da idea el elevado número de publicaciones en los últimos años (13, 14) y el hecho de que se haya incluido como término Mesh independiente en la última revisión de PubMed (15, 16, 17).

Seguridad del paciente: ¿tratamiento preventivo, curativo o paliativo?

El *primum non nocere* es reflejo del buen hacer de cualquier profesional. Sin embargo a la preocupación primitiva por no dañar se han añadido nuevas inquietudes relacionadas con el incremento de posibilidades preventivas, diagnósticas y terapéuticas de la medicina actual y que acertadamente han sido resumidas por Gawande en tres palabras: falibilidad, misterio e incertidumbre (18) las cuales dan entrada a las secciones de un libro sobre las complicaciones de la asistencia sanitaria.

En una oportuna reflexión, Gervás ha llamado la atención acerca de la imperiosa necesidad de introducir la prevención cuaternaria en la práctica clínica diaria, proponiendo recetas de muy probable eficacia (19) para evitar el mal uso y el abuso de procedimientos fundamentalmente preventivos, pero también diagnósticos y terapéuticos. No obstante, la prevención de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y eventos adversos ocasionados por la atención sanitaria requiere, además, actuaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria establecidos en función de la historia natural de aquellos.

Un evento adverso, además de ser la parte visible de los problemas de seguridad del paciente, es la última fase de un proceso complejo que ha comenzado con la interacción de factores organizativos del sistema, errores de los profesionales y características del paciente. Esencialmente, en la historia natural de un evento adverso pueden diferenciarse una

serie de etapas clave para plantear intervenciones preventivas: antes y después de que actúen las barreras físicas, funcionales, simbólicas o inmateriales del sistema; y antes y después de que los profesionales cometan errores.

En conjunto, la prevención de los eventos adversos tiene una triple finalidad: disminuir el riesgo de que aparezcan, abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias y, por último, evitar su reaparición y reducir su impacto (20).

La prevención primaria de los eventos adversos precede a su aparición y tiene como finalidad reducir su incidencia, incrementando aquellos factores que mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores y fallos de las barreras del sistema. A tal fin debe destacarse la importancia del fomento de una cultura de la seguridad proactiva ante el riesgo y favorecedora del aprendizaje a partir de los errores y fallos acaecidos, la formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos, las dirigidas a evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios y sin evidencia de su valor para el paciente o la erradicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas efectivas más seguras.

Detectar y abordar precozmente los eventos adversos es el propósito de la prevención secundaria. A tal fin son precisos sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes y sistemas de monitorización de algunos eventos adversos, tales como infecciones asociadas a la atención sanitaria, úlceras por presión, errores de medicación y reacciones adversas a medicamentos y la mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales, servicios y niveles asistenciales, a fin de detectar, lo más precozmente posible, situaciones de riesgo.

Cuando el evento adverso ha ocurrido y sus consecuencias clínicas y de otro tipo son ya manifiestas, el objetivo de las actuaciones a desarrollar es doble: reducir el impacto y las consecuencias derivadas del evento adverso tales como incapacidad, dolor, complicaciones clínicas, litigios y evitar su reaparición. A tal fin, las actividades más apropiadas son el análisis retrospectivo detallado y profundo de las causas que han contribuido a la aparición del evento adverso, el diálogo, cuidadosamente planificado, con el paciente que ha sufrido el efecto adverso, y una atención clínica y personal esmerada con el mismo y la actuación de comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que, en su caso, hubiera lugar.

Seguridad del paciente: dos reflexiones desde la literatura española

El conceptismo es una corriente literaria del siglo XVII caracterizada por la concisión de la expresión y la intensidad semántica de las palabras, las cuales se cargan de significados, adoptando varios sentidos, siendo uno de sus representantes más avezados el aragonés Baltasar Gracián (1601-1658), autor del libro titulado *Oráculo Manual y Arte de la Prudencia*, el cual incluye un conjunto de aforismos dirigidos a proporcionar normas y orientaciones para guiarse en una sociedad compleja y en crisis, entre las que cabe destacar, entre otras,

algunas muy recomendables para practicar una medicina más compleja que la practicada entonces y que requieren pocos comentarios adicionales (21):

“Piensa dos veces antes de actuar”.

“Para curar la enfermedad, no busques un remedio que produzca dos”.

“Actúa por reflexión y no por obstinación”.

“No te dejes llevar de lo último que te dicen”.

“Si sabes poco, sigue el camino de lo seguro”.

Años más tarde, pero siglos antes de la expansión de uno de los pilares de la práctica clínica segura y efectiva –la medicina basada en la evidencia– y de que se establecieron debates políticos y académicos sobre las competencias profesionales o la libre elección de centros y profesionales, el P. Benito Jerónimo de Feijoo (1676-1764), llamaba la atención sobre el riesgo y la incertidumbre de la atención médica en unos párrafos que permanecen de actualidad (22):

“Y para precaver desde luego toda equivocación, debemos distinguir en la Medicina tres estados, estado de perfección, estado de imperfección y estado de corrupción. El estado de perfección en la Medicina, es el de la posibilidad; y posibilidad, a lo que yo entiendo, muy remota. Poca, o ninguna esperanza hay de que los hombres lleguen a comprender, como se necesita, todas las enfermedades, ni averiguar sus remedios específicos, salvo que sea por vía de revelación. Pero por lo menos hasta ahora estamos bien distantes de esa dicha. El estado de imperfección es el que tiene la Medicina en el conocimiento y práctica de los médicos sabios. Y el de corrupción, el que tiene en el error y abuso de los idiotas”.

“Novísimamente nuestro ingeniosísimo español D. Martín Martínez en sus dos Tomos de *Medicina Escéptica*, doctísimamente dio a conocer al mundo la incertidumbre de la Medicina; donde impugnando muchas máximas muy establecidas entre los Profesores, si sus argumentos no son siempre concluyentes para convencerlas de falsas, lo son por lo menos para dejarlas en el grado de dudosas, y a veces de arriesgadas”.

“A esta inconstancia de la Medicina, por la oposición de dictámenes, se añade lo que alteran las modas; las cuales no tienen menos imperio sobre el arte de curar, que sobre el modo de vestir. Al paso que van cobrando crédito unos medicamentos, le van perdiendo otros. Y a la Medicina le sucede, con los remedios que propone, lo que a Alejandro con los Reinos que conquistaba, que al paso que adelantaba sus empresas, iba perdiendo mucho de lo que dejaba a las espaldas”.

“Y concluyo exhortando a todos, que en la elección de Médico, tengan presentes las siguientes circunstancias. La primera, que sea buen Cristiano; porque teniendo presente la estrecha cuenta que ha de dar a Dios de sus descuidos, atenderá con más seriedad al cumplimiento de su obligación, y se aplicará con más conato al estudio de su facultad. La segunda, que sea juicioso, y de temperamento no muy ígneo; porque aun en los más discretos el fuego del natural suele llenar de humo la razón. La tercera, que no sea jactancioso en ostentar el poder, y seguridad de su arte; porque siendo cierto que no hay tal seguridad en ella, es fijo que el que la propone tal, o es muy ignorante, o muy engañador. La cuarta, que no sea adicto a sistema alguno filosófico, de modo que regle por él la práctica; porque este está, sin comparación, más expuesto a errar, que el que se gobierna por la experiencia, así

suya, como de los mejores Autores prácticos. La quinta, que no sea amontonador de remedios, especialmente mayores, salvo en caso de una urgencia apretadísima, que no conceda tregua alguna: teniendo por cierto que todo Médico que decreta, y receta mucho, es malísimo Médico, aun cuando supiese de memoria todo cuanto se ha escrito de la Medicina”.

Por último: una metáfora geológica

El Periodo Cuaternario o Neozoico es el último periodo en que los geólogos han dividido la evolución del planeta y se divide a su vez en dos periodos: el Pleistoceno o época de las glaciaciones y el Holoceno que se corresponde con la época actual. Es en este periodo en el que aparece el homo sapiens y en el que se extinguen casi todas grandes especies animales.

Progresar hacia el cuaternario de una atención efectiva, segura y adecuada a las necesidades de los pacientes, en un contexto de crisis y de limitación de recursos, requiere tener conciencia de lo que ocurre a través de la identificación del riesgo clínico, aplicar los principios y métodos de la gestión del mismo consistentes en reducir la aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos y mitigar su impacto cuando ocurren, así como aplicar la mejor evidencia sobre efectividad y seguridad.

Es en este espacio de trabajo conjunto de gestores, profesionales y pacientes, donde confluyen la prevención cuaternaria y la seguridad del paciente y en el que la aplicación de dos valores profesionales: la prudencia y la perseverancia, puede convertir intervenciones eficaces en efectivas, eficientes, adecuadas y seguras.

(1) Delgado M, Llorca J. Concepto y funciones de la salud pública. En Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolívar F. et al. Manual de epidemiología y salud pública 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2011.

(2) Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in his community. An Epidemiologic approach 2ª ed. New York: Mac Graw-Hill; 1958.

(3) Ray Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harm-

ing the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502 [Epub ahead of print].doi: 10.1136/bmj.e3502.

(4) Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. 11th Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brazilia, 2011 June 23- 26. Disponible en http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf

(5) Gervás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl 1:127-34.

(6) Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2003;5:47-53.

(7) Gervás J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Med Bilbao.* 2006;103:46-7.

(8) Bentzen N. (ed.) *Wonca dictionary of general/family practice, Maanedsskrift for Praktisk Laegegering.* Copenhagen; 2003.

(9) Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

(10) Brennan TA, Leape LL, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6.

(11) Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324(6):377-84.

(12) Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press; 1999.

(13) Stelfox HT, Palmisani S, Scurluck , Orav EJ, Bates DWThe “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:174-178.

(14) A K Jha, N Prasopa-Plaizier, I Larizgoitia, et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010;19:42-47.

(15) National Center for Biotechnology Information NCBI. [acceso 4 de junio de 2012]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=%20patient%20safety%22>

(16) US National Library of Medicine. Introduction to MeSH 2012. [acceso 4 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/introduction.html>

(17) Biblioteca virtual blog. Seguridad del Paciente en los términos MeSH. [acceso 4 de junio de 2012]. Disponible en: <http://bibliovirtual.wordpress.com/2011/10/11/seguridad-del-paciente-en-los-terminos-mesh/>

(18) Gawande A. Complicaciones: Confesiones de un cirujano sobre una ciencia imperfecta. Barcelona: Antoni Bosch editor; 2010.

(19) Gervás J. Prevención cuaternaria para principiantes. Breve recetario para un sano escepticismo sanitario. [acceso 4 de junio de 2012]. Disponible en <http://www.equipoescsa.org/wp-content/uploads/2011/11/QP-principiantes.pdf>.

(20) Aibar C, Rabanaque MJ, Sangrador LA. Prevención de los efectos adversos. En Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ eds. *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes.* Madrid: MAPFRE-Díaz de Santos; 2008;265-270.

(21) Gracian B. El arte de la prudencia. Madrid: Ariel; 2012.

(22) Feijoo. BJ. Teatro crítico universal: tomo primero, discurso quinto.1726. [acceso 4 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.filosofia.org/bjf/bjft105.htm>

GCS EN LA RED

<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ante las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios

Junta y Asamblea SESPAS

El discurso de la superioridad de la gestión sanitaria privada frente a la pública se ha instalado como un lugar común en muchas de las declaraciones realizadas por responsables sanitarios. Con la experiencia acumulada en España, a estas alturas el debate debería haber dejado de ser una cuestión con elevados tintes ideológicos y poder ser abordada de manera empírica, a la vista de los resultados relevantes aportados sobre el funcionamiento de las diversas configuraciones de gestión de carácter privado ensayadas.

Sin embargo, la retórica, que insiste en afirmaciones del tipo “se ha comprobado que el modelo de concesión es más eficiente” y “da buenos resultados clínicos”, pese a su reiteración aun no se ha dotado de evidencia que la sustente. Quienes en nuestro país aplican sus saberes e instrumental analítico a la evaluación de políticas sanitarias apenas pueden ir más allá de constatar que no se dispone de evidencia que apoye esas aseveraciones. En buena medida por la insistencia demostrada por nuestras autoridades sanitarias en no hacer pública la información necesaria para verificarlas, lo que parece traducir un importante desinterés por evaluar estos modelos y un claro déficit democrático.

La limitada información disponible sobre este tipo de experiencias en nuestro país hasta ahora sólo ha permitido alertar del riesgo verosímil que la excesiva proximidad entre autoridades y concesionarios puede suponer al reducir la eficacia de la supervisión sobre los servicios prestados. La conveniencia política de declarar acertada la decisión adoptada exacerba el enorme riesgo de “captura del regulador”, fenómeno que describe la influencia de las empresas de un sector sobre la agencia gubernamental a cuyo control están sometidas, pudiendo, en casos extremos convertirse el regulador en defensor de los intereses de la empresa dominante antes que de los propios encomendados. Así, los expertos extranjeros con experiencia acumulada en este tipo de modelos, tras visitar el centro con más larga trayectoria comunicaron su “fuerte impresión de que el detalle de estas relaciones contractuales era demasiado negociable” como para resultar admisible en una administración pública como la británica. (1)

En este sentido abunda la afirmación, contenida en reclamaciones formuladas por las empresas contratadas para las concesiones ya operativas en otra Comunidad Autónoma, respecto a que “transcurridos tres años desde la apertura de los nuevos 7 hospitales, no hay acuerdo ni en cómo medir las intervenciones quirúrgicas reales ni mucho menos en cómo medir o estimar las intervenciones quirúrgicas que el hospital no puede registrar de forma codificada y por tanto, mostrar en estadística”. (2)

También la revisión encargada por el Consejo Económico y Social de la Región de Murcia a expertos independientes del ámbito académico (3) considera que “de los modelos de concesión administrativa sanitaria apenas se dispone de otros «estudios» que los publicados desde el entorno de las propias entidades implicadas, más cercanos a la propaganda que al análisis”. El único intento serio de evaluación del denominado “modelo Alzira” (4), recurriendo al enfoque denominado “narrativa y cifras”, concluye que el proyecto original –muy similar a los ahora propuestos– jamás habría sido viable de no ser por la renegociación del contrato de concesión que supuso un elevado coste a la administración pública, con lo que resulta difícil afirmar que haya tenido lugar verdaderamente una transferencia de riesgos.

En definitiva, las estrategias de gestión sanitaria privada, especialmente las cada día más propugnadas de colaboración público-privada, contrariamente a lo que publicitan sus defensores, no han demostrado en la práctica ventajas que aconsejen su adopción. De un lado, las fórmulas de concesión de obra pública han dado lugar a notables problemas financieros derivados de los mayores costes de financiación (Reino Unido) o a disfunciones asociadas a restricciones en la competencia en el mercado (Italia). Por otra parte, los modelos de concesión administrativa sanitaria (“modelo Alzira”) presentan más sombras que luces.

Queda pues como único dato incuestionable la reiteración hasta la saciedad por parte de los decisores públicos empeñados en implantar un modelo de indemostrada eficiencia, del reconocimiento explícito de que cualquier forma de gestión externa es mejor que la que ellos son capaces de llevar a cabo. Algo que puede ser cierto, pero resulta contingente y aconseja otras soluciones. Inicialmente sustituir a quienes reconocen tales limitaciones antes que reformular sin evidencia todo el modelo de prestación asistencial para suplir dichas incompetencias confesadas.

Antes de adoptar medidas de elevado riesgo, largo compromiso y resultados inciertos, debe exigirse la inmediata aportación a los actores sociales, investigadores con capacitación en disciplinas políticas, económicas y sanitarias y a la ciudadanía en general, de la información que permita juzgar si son ciertos los beneficios aducidos y correctas las medidas ya adoptadas. Su contumaz ocultación supone un atropello flagrante al incuestionable derecho de los ciudadanos a la información y el incumplimiento de la obligación de los decisores públicos a rendir cuentas.

Las sociedades firmantes de este documento no proponen nada insólito, por tanto. Únicamente nos remitimos al cumplimiento del contrato social pactado entre los ciudadanos y sus representantes en los programas electorales, cuando en ellos se alude al énfasis en promover la transparencia, la evaluación de las políticas y la rendición de cuentas a la ciudadanía.

La cuestión clave es cómo mejorar la gestión existente. Dicho objetivo no se consigue meramente por el cambio en la titularidad del gestor. Se logrará, en todo caso, introduciendo fórmulas de financiación capitativas debidamente ajustadas por riesgo y no mediante presupuestos históricos o contratos de gestión ficticios y revisables a conveniencia. Se logrará evaluando y retribuyendo desempeño en función de los resultados de salud obtenidos y no sobre la base de actividad y procesos. Y ello se puede hacer con fórmulas de gestión pública. El camino equivocado es prejuzgar que las concesiones administrativas a empresas privadas, sin más, garantizan una gestión más eficiente. Esto aún está por demostrar en España.

(1) NHS GLOBAL: The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model from the region of Valencia. The NHS Confederation. Bruselas, 2011

(2) DOCUMENTO SEOPAN. Asociación de Empresas Constructoras de Ámbito Nacional: Escrito de su Presidente al Consejero de Sanidad de la CAM. <http://estaticos.elmundo.es/documentos/2011/05/06/cartahospitales.pdf>

(3) Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JE, Méndez Martínez I, Sánchez Martínez FI, Garrido García S. Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Consejo Económico y Social. Colección Estudios Número 32. Murcia, 2011.

(4) Acerete B, Stafford A, Stapleton P. Spanish healthcare Public Private Partnerships: the ‘Alzira model’ Critical Perspectives on Accounting. 2011;22(6):533-549.

Benzodiacepinas en ancianos: La pastilla para dormir no me la quite

Velert Vila J, Velert Vila MM, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L.

Adecuación de la utilización de benzodiacepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Aten Primaria. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.018.

Objetivo

El trabajo se refiere al uso de benzodiacepinas (BZD) en el insomnio y ansiedad en población mayor de 65 años. Su objetivo es evaluar si la intervención del farmacéutico en colaboración con el médico puede mejorar la adecuación de la prescripción de BZD conforme a las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos (AGEMED), en cuanto a la duración del tratamiento (insomnio 1 mes, ansiedad 3 meses) y las características metabólicas de las personas mayores (acumulación de BZD por deterioro de la vía de eliminación).

Método

Participaron 11 farmacias. Los pacientes se asignaron aleatoriamente: 143 al grupo control (GC) y 150 al grupo intervención (GI). Mediante entrevista se identificaron los pacientes en los cuales no se cumplían los criterios de adecuación del uso de BZD conforme a las recomendaciones de la AGEMED. El GI fue objeto de seguimiento (cada 3 meses hasta completar un año) e intervención por parte del farmacéutico (IF). La IF fue con el paciente o con el médico. Se derivó al médico si se pretendía finalizar el tratamiento, disminuir la dosis, cambiar a una BZD más segura (lorazepam), por interacción con otros medicamentos y ante sospecha de reacciones adversas. Cuando el paciente se negó a la intervención con el médico, por miedo a que le retirase el medicamento, solo se realizó la intervención con el paciente.

En el GC solo se realizó la entrevista inicial y final, al año.

Se consideró resultado satisfactorio cuando el paciente consiguió disminuir la dosis, pasó a consumo esporádico o dejó de utilizarla, y cuando el médico cambió la prescripción a lorazepam.

Resultados

El 67% utilizaba BZD durante más de 1 año para cualquiera de las indicaciones. El consumo de BZD superaba en más del 80% de los casos el tiempo indicado. Solo el 5% de los pacientes con insomnio conocía que la duración del tratamiento debía ser inferior al mes. El 73% de los pacientes afirmó que les iba bien el tratamiento y un 5% reconoció no notar mejoría o irle mal. El 64% de los pacientes utilizaba 4 o más medicamentos. Se detectaron reacciones adversas al medicamento e interacciones en 157 y 83 pacientes, respectivamente.

Se realizaron 426 IF en el grupo intervención. 26 IF con el médico no fueron aceptadas y de las 30 aceptadas, 25 (83.3%) tuvieron un resultado positivo. En 234 ocasiones los pacientes no aceptaron la IF y de las 136 aceptadas 53 tuvieron un resultado positivo.

El resultado fue satisfactorio en el 30% del grupo intervención y el 11% del grupo control.

Conclusiones

Se puso de manifiesto que en esta población no se cumplían los criterios indicación/duración de tratamiento establecido por la AGEMED para salvaguardar la efectividad y seguridad de la BZD. La interacción con el médico, cuando se produjo, obtuvo resultados que alientan a dicha colaboración. La percepción de efectividad y escaso riesgo puede ser un factor negativo en la colaboración del paciente para adecuar el uso de BZD a lo recomendado, incluso después de haber sido informado por el farmacéutico. La intervención del farmacéutico proporcionó mejores resultados (adecuación del tratamiento) frente a la no intervención.

Financiación: Gobierno Valenciano. Consellería de Empresa, Universidad y Ciencia.

Conflicto de intereses: No consta.

Dirección para correspondencia: lmoreno@uch.ceu.es

COMENTARIO

En la última década se han realizado estudios en diversas áreas de la farmacoterapia para medir el impacto sanitario y económico de la Atención Farmacéutica (1). Se postula que la oficina de farmacia es un buen lugar para captar personas con consumo de medicación crónica. Con un seguimiento estructurado de estos pacientes es posible detectar distintos problemas relacionados con los medicamentos por necesidad, efectividad o seguridad. La intervención farmacéutica sobre el paciente aporta al médico datos adicionales para la toma de decisiones.

Este estudio muestra el consumo abusivo e inadecuado de BDZ según las recomendaciones de la AGEMED y delata la discordancia entre las recomendaciones clínicas de las guías y las preferencias del paciente. A éstos se les mostraron posibles reacciones adversas, que ellos mismos identificaron. Aun así, en un alto porcentaje de casos, en base a su autonomía, decidieron no aceptar la intervención y mantener el tratamiento. Este rechazo fue claramente mayor que el visto en otros estudios con medicamentos de otros grupos terapéuticos. Algo similar ocurrió cuando la intervención farmacéutica se hizo mediando el médico.

Es probable que el paciente asuma sus riesgos por el confort que le da el tratamiento. Este aspecto debería tenerse en cuenta en la elaboración de guías de práctica clínica, contemplando la autonomía del paciente una vez informado. Asimismo, el consumo adictivo de BZD debe diagnosticarse y tratarse empleando los medios necesarios, como con cualquier otra adicción, y con la particularidad del mayor consumo en personas mayores.

El estudio muestra el desconocimiento de los pacientes de la duración de su tratamiento. Hay que insistir, por tanto, en la prevención primaria de esta adicción, informando al paciente del tiempo limitado de uso según la indicación, tanto en la consulta médica como en la farmacéutica, y planificar seguimiento y retirada con el paciente según objetivos propuestos.

Los efectos adversos del consumo de BZD incluyen caídas, fracturas de cadera y accidentes de tráfico que implican mortalidad. Es un problema de salud pública al que se dedica poca atención, posiblemente por el escaso gasto primario que supone individualmente el uso de estos productos, normalmente menor a 25 euros por consumidor y año.

Teresa Eyaralar Riera
Francisco Abal Ferrer

Farmacéutica y Médico de Carbayín Alto (Asturias).
Red Española de Atención Primaria (REAP)

(1) Arroyo L, Puche M, Ramos R, March JC. Diez años de atención farmacéutica en España: explorando la realidad. *Pharm Care Esp.* 2011;13:289-95.

Las redes profesionales: relaciones que crean valor

Cunningham FC, Ranmuthugala G, Plumb J, Georgiou A, Westbrook JI, Braithwaite J.

Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. BMJ Qual Saf 2012; 21:239-249.

Contexto

Se sabe que en la transmisión de las innovaciones médicas influyen de forma determinante los contactos con colegas locales y la información canalizada a través de redes de relación socio-profesionales. Sin embargo, pese a los avances en el conocimiento sobre la estructura y funcionamiento de dichas redes en otros ámbitos, se sabe poco de las características que condicionan su efectividad en el sector sanitario y, en particular, su contribución a la mejora de la calidad y de la seguridad de los pacientes.

Objetivo

Identificar los elementos clave que determinan la efectividad y sostenimiento de las redes de profesionales sanitarios en relación con la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Métodos

Revisión sistemática de estudios entre 1995 y 2009 con investigación empírica sobre características estructurales de redes socio-profesionales sanitarias. Fuentes de datos: MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Web of Science y Business Source Premier. Dos revisores independientes extrajeron los datos y evaluaron la pertinencia y calidad de los estudios utilizando criterios explícitos.

Resultados

Se seleccionaron 26 artículos de los 1.560 inicialmente identificados. Se agruparon en temas que tenían que ver con la estructura de relaciones entre y dentro de las organizaciones, de los profesionales sanitarios con su contexto social, de las redes de colaboración en calidad y entre asociaciones sanitarias y de las utilizadas para compartir conocimientos.

Las redes que cuentan con una buena estructura jerárquica y con agentes de intermediación entre partes distanciadas se asocian con mejores resultados de calidad y seguridad. Para ello es vital el papel de determinadas personas clave, gestores o líderes, que tracen puentes y faciliten la comunicación entre los diferentes grupos que integran la red. La influencia social de los médicos en una red se relaciona con sus mejores resultados. El capital social que uno tiene en su red de relaciones es un buen predictor de la satisfacción en el trabajo, previene el "burnout" y evita los cambios de puesto de trabajo.

Las principales debilidades de las estructuras de red son la sobredependencia de determinadas personas u organismos, la homofilia profesional o de género (aislamiento de afinidad) y la formación de grupúsculos o camarillas cerradas.

Conclusiones

Las redes de relación representan un sustrato social sobre el que se construye la efectividad de las organizaciones, también de las sanitarias. Varios de sus rasgos estructurales (actores clave, intensidad y jerarquía de las relaciones, intermediadores, capital social, etc.) pueden influir en su mayor o menor efectividad. El estudio de esas características y su adecuación puede ser una herramienta con la que mejorar el funcionamiento general las organizaciones sanitarias y, en particular, sus resultados de calidad y seguridad de pacientes, aunque no existen garantías absolutas.

Financiación: Australian Research Council Discovery Project & National Health and Medical Research Council Program Grant.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: f.cunningham@unsw.edu.au

COMENTARIO

El trabajo aquí comentado trata de averiguar cuáles son los elementos clave de la estructura de relaciones socio-profesionales que subyacen en ese entramado social que hacen que su funcionamiento sea más efectivo y perdurable, sobre todo con respecto a su contribución a la mejora de la calidad y la seguridad. Aunque los datos son escasos y sólo de tipo empírico, parecen entreverse algunos rasgos que pueden ser determinantes para esa mayor efectividad. Entre ellos, que son preferibles las redes con una buena estructura de jerarquías y con personas (gestores o líderes) que hagan la función de coordinación y transmisión de la comunicación entre partes, que aquellas de gran densidad donde todos están conectados a todos. Para ello podría considerarse que el prestigio y la influencia social de un profesional afecta más al comportamiento y resultados de sus colegas que el número de contactos y relaciones que este pueda tener, aunque fomentar que las personas tengan una nutrida red de contactos puede ser un buen antídoto para evitar el "burnout" y mejorar la satisfacción laboral.

Por otro lado, la tendencia a comunicarnos sólo o mayoritariamente con nuestros propios afines (médicos con médicos, enfermeras con enfermeras, etc.), la creación de grupos de relaciones muy cerradas, donde son pocos los que se enteran de mucho y muchos los que se enteran de poco, o la excesiva dependencia de determinadas personas o agentes clave, que pueden marcharse interrumpiendo los flujos de comunicación, son las principales debilidades encontradas.

La metodología del análisis de redes sociales ya se ha usado en el ámbito sanitario para diseñar la composición de equipos de mejora (1) o estudiar las relaciones entre profesionales (2). También podría tener utilidad como herramienta para mejorar la efectividad de las iniciativas de mejora de la calidad y de seguridad del paciente, facilitando el análisis y adecuación de la estructura de las redes socio-profesionales sobre las que se sustentan para que la comunicación y las interacciones sean más ricas y fluidas. Aunque sin garantías absolutas, algunas primeras claves nos da este estudio.

José Ignacio Barrasa Villar

Unidad de Calidad. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

(1) Meltzer D, Chung J, Khalili P, Marlow E, Arora V, Schumock G, Burt R. Exploring the use of social network methods in designing healthcare quality improvement teams. *Soc Sci Med*. 2010;71:1119-30.

(2) Boyer L, Belzeaux R, Maurel O, Baumstark-Barrau K, Samuelin JC. A social network analysis of healthcare professional relationship in a French hospital. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;13:460-9.

La inercia clínica necesita moverse, pero no se sabe en qué dirección

Tejedor Varillas A, León Vázquez F, Lora Pablos D, Pérez Martín A, Vargas Negrín F, Gómez de la Cámara A.

Estudio ARTRO-PRO: percepción del beneficio clínico y calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera y rodilla. Aten Primaria. 2012; 44:65-72.

Objetivo

Evaluar si una intervención, dirigida a médicos de familia, de corte motivador con el fin de vencer la inercia clínica, consigue al cabo de 6 meses mejorar resultados en salud en pacientes con gonartrosis y coxartrosis (dolor, funcionalidad y calidad de vida relacionada con la salud -CVRS-) respecto a la práctica clínica habitual.

Tipo de estudio

Ensayo con asignación aleatoria, de grupos paralelos aglomerado por centro de salud.

Contexto

Múltiples Centros de Atención Primaria españoles.

Población

Pacientes consecutivos atendidos por sus médicos de familia y que cumplieran criterios del *American College of Rheumatology* de artrosis de rodilla o cadera. Se excluían aquellos con prótesis de dichas articulaciones, artrosis exclusivamente de otras localizaciones y concurrencia con otras enfermedades reumatológicas.

Intervención

Los médicos de familia recibieron una sesión de cerca de una hora en la que se buscaba generar una actitud proactiva que motivara a los facultativos a ampliar y actualizar sus conocimientos en la valoración y tratamiento de la artrosis.

Principales variables de interés y cómo se miden

Cada médico incluía a 3 pacientes en los que se medía el dolor (escala visual analógica), la funcionalidad física y la CVRS (cuestionarios WOMAC y SF-12). Se registraron también variables secundarias, como percepción global de salud, examen físico, uso concomitante de medidas farmacológicas y no farmacológicas y consumo de recursos (derivación a especialistas, cirugía, petición de pruebas complementarias y evaluaciones médicas inducidas).

Resultados

Las variables dolor, CVRS y funcionalidad mejoraron en los dos grupos estudiados en la misma medida, sin que existieran diferencias entre el grupo de intervención y el control salvo en las derivaciones al segundo nivel asistencial (menor en el grupo de intervención) y en el porcentaje de evaluaciones médicas (mayor en el grupo de estudio).

Conclusión

Por sí sola, una intervención dirigida a motivar a los médicos a tener una actitud más proactiva en la evaluación y tratamiento de sus pacientes con artrosis no parece modificar su salud percibida, calidad de vida ni nivel de funcionalidad física.

Financiación: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Merck Sharp and Dohme Spain.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: atejedorv@telefonica.net.

COMENTARIO

El concepto de inercia terapéutica ha sido utilizado como sinónimo de mala calidad asistencial. Se da por hecho que las tendencias terapéuticas que surgen de las guías basadas en la evidencia deben ser aplicadas sin más, y el que no lo haga es culpable de inmovilismo. Sin embargo, las guías de práctica clínica tienen multitud de limitaciones, sobre todo por su falta de aplicabilidad en determinadas subpoblaciones, y porque proponen a veces soluciones poco realistas y escasamente adaptadas a las necesidades reales de los pacientes. Algunos entienden que la inercia clínica es una forma de proteger al paciente del intervencionismo agresivo que propugnan muchas guías y del uso de novedades terapéuticas con perfiles de seguridad desconocidos, siendo incluso considerado como una conducta clínica adecuada en determinadas circunstancias (1, 2). Otros van más allá y llaman la atención sobre su reverso oculto, que lleva a muchos profesionales a insistir de forma obstinada en la prescripción “de por vida” de medicamentos que en el día a día demuestran ser inútiles o dañinos (lo que podríamos llamar “pertinacia terapéutica”).

En el artículo se llega a la conclusión de que determinadas intervenciones sobre la inercia terapéutica no parecen modificar la conducta profesional ni tener repercusión alguna sobre resultados en salud, aunque sí que parece disminuir el número de derivaciones, lo cual es consistente con los resultados de otro estudio (3). La confirmación de este último hallazgo puede abrir los ojos de más de un gerente, pero la escasez de estudios que evalúen el impacto de las intervenciones para mejorar la adhesión a las guías nos aconseja echar el freno. Aprovechar la coartada de la eficiencia para redoblar los esfuerzos en la lucha contra la inercia clínica

puede llevarnos a considerar que la aplicación de las guías es un fin en sí mismo y no un mero instrumento. Otro pecado en el que es posible caer es pensar que el origen del problema recae exclusivamente en el comportamiento del profesional y que su solución es incrementar la oferta de información o implantar estrategias de motivación. Recientes teorías inciden en que la inercia clínica pudiera tener un origen común con el incumplimiento terapéutico, siendo ambos fenómenos mucho más complejos que una simple cuestión conductual (4).

En definitiva, la corta vida de este concepto plantea muchas más incógnitas que dudas ha despejado: ¿mejorar la adherencia a las guías es un objetivo deseable en sí mismo? ¿Qué efectos adversos puede acarrear? ¿Qué ventajas tiene la inercia terapéutica? ¿Qué riesgos supone la “pertinacia clínica”? ¿Cuál de ambas es preferible en según qué procesos y circunstancias?

Enrique Gavilán Moral

Médico de Familia. Centro de Salud Montehermoso, Cáceres

(1) Crowley MJ, Smith VA, Olsen MK et al. Treatment intensification in a hipertensión telemanagement trial. Clinical inertia or good clinical judgement? Hypertension. 2011;58:552-8.

(2) Safford MM, Shewchuk R, Qu H et al. Reasons for not intensifying medications: differentiating “clinical inertia” from appropriate care. J Gen Intern Med. 2007;22:1648-55.

(3) Lineker SC, Husted JA. Educational interventions for implementation of arthritis clinical practice guidelines in primary care: effects on health professional behaviour. J Rheumatol. 2010;37:1562-9.

(4) Reach G. Patient non-adherence and healthcare-provider inertia are clinical myopia. Diabetes Metab. 2008;34:382-5.

El volumen también importa: Si se hace mucho se hace mejor

Hernández-Boussard T, Downey JR, McDonald K, Morton JM.

Relationship between patient safety and hospital surgical volume. *Health Services Research*. 2012;47:756-69.

Contexto y objetivo

Los hospitales que realizan mayor número de intervenciones quirúrgicas específicas presentan menor morbilidad asociada, como consecuencia de una mayor experiencia. Se examina la asociación entre volumen de actividad y calidad asistencial, utilizando como medida de resultados los eventos adversos (EA).

Método

En una muestra representativa de pacientes hospitalizados en Estados Unidos se calculan los indicadores de seguridad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), desde 2005 hasta 2008, en tres procedimientos: reparación de aneurisma aórtico abdominal (AAA), revascularización coronaria con injerto (CABG) y bypass gástrico en Y de Roux (RNYGB).

Para medir el volumen quirúrgico (alto, medio o bajo) se utilizaron los terciles de volumen, definidos como el promedio de los terciles de los 4 años estudiados, para cada uno de los tres procedimientos.

Los Indicadores de Seguridad del Paciente (PSI) utilizados expresan condiciones potencialmente evitables: "Úlcera por presión", "Reanimación fallida", "Bacteriemia relacionada con catéter", "Hemorragia o hematoma postoperatorio (PO)", "Fallo respiratorio PO", "Trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar PO", "Sepsis PO", "Dehiscencia de sutura" y "Laceración o punción accidental".

Se calcularon las tasas ajustadas por riesgo, edad, sexo, interacciones edad-sexo, Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y comorbilidades.

Resultados

El volumen de actividad quirúrgica se relacionó inversamente con los resultados adversos y los hospitales con alto volumen de actividad tuvieron menores tasas de mortalidad ajustada, seguidos de los de medio y bajo volumen.

En general, se observó un efecto dosis-respuesta volumen-resultados. Este efecto fue claro en pacientes intervenidos de AAA: en hospitales con alto volumen las tasas eran más bajas para los indicadores de bacteriemia relacionada con catéter venoso central, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar postoperatoria, y sepsis postoperatoria. Igual ocurrió en el procedimiento CABG, en el que las tasas en los hospitales de alto volumen fueron significativamente menores que las de los hospitales de menor volumen para los indicadores muerte entre pacientes quirúrgicos, bacteriemia relacionada con catéter venoso central, hemorragia o hematoma postoperatorio, fallo respiratorio postoperatorio, sepsis postoperatoria, laceración y punción accidental. En el procedimiento RNYGB, todos los PSI tenían tasas ajustadas por riesgo estadísticamente más bajas en hospitales de alto volumen, con excepción de la sepsis postoperatoria, que fue más baja en hospitales de volumen medio.

La diferencia del riesgo según volumen de actividad fue diferente según procedimiento. Los pacientes intervenidos de RNYGB en los hospitales con bajo volumen de actividad, tenían cuatro veces más EA que los de hospitales de alto volumen. En las intervenciones de AAA existían relativamente grandes diferencias en EA por volumen de actividad (8,84 vs. 7,23), mientras que la diferencia, aunque existió, fue menor en intervenciones de CABG (4,4 frente a 4,1).

Conclusión

Este estudio apoya la relación entre el volumen de actividad de determinados procedimientos quirúrgicos y la calidad asistencial, en términos de seguridad del paciente.

Financiación: Parcialmente por AHRQ.

Conflicto de intereses: No declarados.

Correspondencia: boussard@stanford.edu.

COMENTARIO

El estudio proporciona evidencia sólida de la relación entre indicadores de calidad y volumen de actividad quirúrgica en tres procedimientos de alto riesgo, coincidentes con la evidencia de estudios previos (1) y aporta datos que apoyan la hipótesis de que realizar un elevado número de procedimientos específicos es más efectivo (mejores tasas de mortalidad ajustadas por riesgo) y más eficiente (menores estancias y costes totales más bajos).

La aportación más interesante es que la mayor experiencia contribuye a la seguridad del paciente. Además, abre nuevos interrogantes ¿hacer un número determinado de intervenciones salva vidas? Cabe preguntarse si hay que normar un mínimo/año para estar acreditado.

Los PSI de la AHRQ (2), que permiten medir resultados adversos, son de cálculo sencillo a partir de bases de datos clínico-administrativas, constituyendo una excelente oportunidad para que el benchmarking permita mejorar la calidad asistencial incrementando la seguridad del paciente.

Contar con cuadros de mando que contemplen indicadores de seguridad es absolutamente inaplazable, a la luz de los resultados de este trabajo. A pesar de sus limitaciones es posible reordenar la asistencia sanitaria y mejorar la calidad de los cuidados, después de sencillos análisis como los realizados.

Los PSI para identificar potenciales EA en poblaciones de riesgo mediante bases de datos de gestión hospitalaria, que se basan en códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y de los GRD, de la AHRQ, han sido recientemente validados para nuestro país, ofreciendo un grupo de indicadores para la monitorización y comparación entre centros y otro para el análisis profundo de eventos centinela (3).

Este análisis de benchmarking es especialmente necesario para mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a procedimientos que están incorporando nuevas tecnologías con rapidez. Estudios de este tipo pueden tener amplias implicaciones en política sanitaria (macrogestión) más allá de garantizar la investigación sobre la causalidad de estas relaciones en la meso y microgestión, porque no debemos olvidar que además del volumen de actividad existen multitud de factores, incluyendo la selección de pacientes, el liderazgo clínico o la tecnología, que sin duda influyen en la calidad de la asistencia.

Se necesitan más investigaciones en este nuevo campo de mejora de la calidad y seguridad del paciente para comprender mejor los factores específicos de la relación volumen-resultados, pero el camino ya ha sido abierto.

María Teresa Gea

Jesús M. Aranaz

Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández

(1) Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. *New England Journal of Medicine* 2002;346:1128-37.

(2) Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Department of Health and Human Services;2003.

(3) Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Validacion_indicadores_calidad.pdf.

Diabetes mellitus tipo I: aún no ha llegado el momento de los tratamientos preventivos

Ludvigsson J, Krisky D, Casas R, Battelino T, Castaño L, J Greening, et al.

GAD65 antigen therapy in recently diagnosed type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2012;366:433-42.

Contexto

La diabetes tipo I es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de las células productoras de insulina: las células beta de los islotes pancreáticos. Durante décadas se han buscado tratamientos que evitara la progresión de la enfermedad. Se intentó con inmunosupresores, pero los efectos adversos eran peores que la propia enfermedad. Las terapias para inducir tolerancia inmunológica con péptidos resultaban muy tentadoras. Sin embargo los primeros ensayos con insulina o con péptidos del shock térmico (DiaPep277) no tuvieron éxito.

Recientemente los autores de este estudio tuvieron resultados prometedores en un ensayo clínico en Fase II. Utilizaron uno de los antígenos de las células beta: la decarboxilasa del ácido glutámico (GAD). Resultó eficaz en los casos de diabetes con menos de 6 meses de evolución desde el diagnóstico.

Objetivo

Evaluar, en diabetes autoinmune de reciente comienzo, la eficacia de "vacunar" con uno de sus autoantígenos: GAD65.

Tipo de Estudio

Ensayo clínico fase III, multicéntrico, con asignación aleatoria y doble ciego. Compara dos pautas de tratamiento frente a placebo.

Pacientes y Métodos

Se estudiaron 334 pacientes en los que habían pasado menos de 3 meses desde el diagnóstico. Todavía tenían una cierta capacidad de producción de insulina, medida por los niveles de péptido C en ayunas. Tenían edades

comprendidas entre los 10 y 20 años y niveles detectables de autoanticuerpos antiGAD65.

Intervención

Tres brazos de tratamiento: 4 dosis de GAD (preparado con aluminio) frente a 2 dosis o placebo. La eficacia de la vacuna se medía como la capacidad de producción de péptido C tras la comida y de manera secundaria, medianamente la hemoglobina glicosilada, dosis media de insulina, tasa de hipoglucemia y niveles máximos de péptido C tras estímulo o en ayunas. El seguimiento se realizó durante 15 meses.

Resultados

Los niveles de péptido C tras estímulo empeoraron de manera similar en los tres grupos. La vacuna no afectó a la dosis necesaria de insulina, la hemoglobina glicosilada o la tasa de hipoglucemias. Apenas se apreciaron efectos adversos y fueron muy leves en los tres grupos.

Conclusión

El tratamiento con GAD65 no permitió observar un enlentecimiento en la disminución de péptido C en pacientes con diabetes mellitus tipo I de reciente comienzo.

Financiación: Diamyd Medical y Swedish Child Diabetes Foundation.

Conflicto de intereses: Disponible en NEJM.org.

Correspondencia: johnny.ludvigsson@liu.se

COMENTARIO

La diabetes tipo I es uno de los mayores problemas de salud en los países desarrollados. En la actualidad solo existe el tratamiento sustitutivo con insulina exógena. Sin embargo ésta no consigue evitar una considerable morbilidad a lo largo de la vida del paciente y un aumento de la mortalidad. Ello conlleva enormes gastos sanitarios, en cuidados y personales. Más si tenemos en cuenta su aparición mayoritaria en la infancia. Por ello, cualquier avance en el tratamiento etiopatogénico de la enfermedad, aunque solo represente un retraso en la destrucción de las células productoras de insulina, sería de una enorme importancia sanitaria, económica y social. Es más, incluso abriría el paso a tratamientos preventivos, dada la existencia de marcadores de alta predisponibilidad a la enfermedad (HLA y presencia de autoanticuerpos).

Después de numerosos estudios, recientemente han aparecido ensayos clínicos en Fase II con abordajes inmunológicos (1) (2). Los autores de este estudio habían conseguido resultados muy prometedores con GAD65. Se sostienen en trabajos experimentales sólidos (3), y en un ensayo clínico en fase II que mostraba un retraso en la pérdida de péptido C en pacientes con menos de 6 meses de evolución (4). Todo ello con una metodología impecable y publicado en magníficas revistas. Sin embargo, al realizar este ensayo en fase III, en 63 hospitales de 9 países europeos, con un número mayor de pacientes y tan sólo 3 meses de evolución, no consiguieron observar ninguna mejoría. Los propios autores son los más sorprendidos. Aducen algunas hipótesis poco convincentes sobre las causas: varia-

bilidad estacional, concomitancia de una epidemia de gripe, etc. Al final reconocen, algo decepcionados, que el camino es largo y que es necesario explorar combinaciones de tratamientos, distintas dosis, vías de administración y sobre todo una mejor comprensión de los mecanismos de tolerancia inmunológica. Su honestidad es de agradecer. Por el contrario, esto debe llamar la atención sobre los atajos en Medicina, como los que ofrecen en la actualidad algunos países en rápido desarrollo o esporádicamente clínicas privadas, que con resultados muy preliminares, se lanzan a comercializar tratamientos experimentales sin seguir todos los pasos en investigación clínica.

Luis Fernández Pereira

Laboratorio de Inmunología y Genética Molecular.
Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres

(1) Sherry N, Hagopian W, Ludvigsson J et al. Teplizumab for treatment of type 1 diabetes (Protege study): 1-year results from a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2011;378:487-97.

(2) Bach JF. Anti-CD3 antibodies for type 1 diabetes: beyond expectations. *Lancet.* 2011; 378:459-60.

(3) Axelsson S, Cheramy M, Hjorth M et al. Long-lasting immune responses 4 years after GAD-alum treatment in children with type 1 diabetes. *PLoS One.* 2011;6:e29008.

(4) Ludvigsson J, Faresjo M, Hjorth M et al. GAD treatment and insulin secretion in recent-onset type 1 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;359:1909-20.

Dudas sobre las ventajas de los test de troponina de alta sensibilidad

Aldous S, Richards M, Cullen L, Troughton R, Than M.

Diagnostic and prognostic utility of early measurement with high-sensitivity troponin T assay in patients presenting with chest pain. CMAJ. 2012, doi:10.1503/cmaj.110773.

Objetivo

Analizar si el test de alta sensibilidad para la troponina, en la atención al síndrome coronario, sirve para confirmar el infarto e identificar a los pacientes con peor pronóstico.

Métodos

Estudio de observación con seguimiento durante un año de 939 pacientes que acudieron a urgencias con síntomas recientes (< 12 horas) de síndrome coronario pero sin infarto establecido. La intervención consistió en añadir a las pruebas habituales la determinación de troponina T de alta sensibilidad, a la llegada a urgencias, a las 2 y 6 horas. El resultado de interés es la capacidad del test para detectar infarto de miocardio sin elevación del segmento ST, y como resultados secundarios durante el primer año: muerte por cualquier causa, ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca o infarto de miocardio.

Resultados

De los 939 pacientes el test fue positivo en 338 (36%). De estos, 189 tenían realmente un infarto (el 56% de los positivos y el 20% del total). También tenían infarto otros 16 con test inicial negativo. En conjunto, la sensibilidad es del 92%, pero la tasa del 8% de fal-

sos negativos sugiere que deben seguir realizándose análisis serios de troponinas. En los pacientes que habían iniciado los síntomas en las 4-6 horas antes de llegar a urgencias, la sensibilidad fue del 100%, pero si los síntomas habían empezado hacía menos de 2 horas bajaba al 75%, y si eran más de 6 horas era inferior al 90%. Con el nuevo test se identifican más pacientes que van a sufrir un evento grave en el año siguiente, pero el test antiguo sigue siendo mejor para detectar el riesgo de sufrir un infarto en el año siguiente.

Conclusión

El test tiene una alta sensibilidad para detectar el infarto agudo, a partir de las dos primeras horas desde el inicio de los síntomas, aunque se necesitan estudios aleatorizados para confirmarlo. Parece que con un test positivo no sería necesaria una segunda toma a las 4-6h, pero este punto también requiere estudios posteriores.

Financiación: National Heart Foundation y Health Research Council de Nueva Zelanda. Los fabricantes de los test proporcionaron el material necesario.

Conflicto de intereses: Una autora ha sido patrocinada por Abbott, fabricante de uno de los test de troponina empleados en el estudio.

Correspondencia: sally.aldous@cdhb.govt.nz

COMENTARIO

La determinación de troponina forma parte del diagnóstico inicial del síndrome coronario desde hace años. Los nuevos tests se han introducido recientemente, con el argumento de mejor capacidad de detección de lesión miocárdica y más rapidez. Los inconvenientes aceptados son los falsos positivos y los falsos negativos.

El estudio pone números a estos "falsos". En población con alto riesgo de infarto (20%), el valor predictivo positivo de la prueba es del 56%, sólo la mitad de los positivos son realmente infartos. Los autores son prudentes y concluyen que antes de recomendar los test de forma rutinaria se requieren nuevos estudios, incluso en los pacientes con resultados mejores.

La reciente guía de la Sociedad Europea de Cardiología (1) incluye estos test de alta sensibilidad entre la práctica adecuada, con un nivel de recomendación alto (nivel IB, que significa "acuerdo general, sobre evidencia basada en un ensayo aleatorizado o en grandes estudios no aleatorizados"). Los estudios en que se basa ese "rating" IB de la guía (2-4) no dejan claro el porqué de esa calificación: no miden los resultados en nuevos casos respecto a los test tradicionales, no son estudios de diseño aleatorizado, están patrocinados por los fabricantes, no se realizan en medios similares al nuestro, etc.

Cabe preguntarse si el test también demuestra una efectividad superior cuando se combina con el resto de las pruebas necesarias para el diagnóstico y seguimiento del paciente, ya que ante sospecha de síndrome coronario agudo el diagnóstico y valoración pronóstica no gravita exclusivamente sobre una analítica.

El estudio ayuda a reflexionar sobre la excesiva confianza en los marcadores de isquemia miocárdica en el diagnóstico del infarto. El diagnóstico y sobre todo el tratamiento precoz deben basarse en la clínica y el ECG, sin

demorar el inicio del tratamiento en espera de la elevación de la troponina, ya que en la atención al síndrome coronario agudo el tiempo es oro.

Este puede ser un ejemplo de cómo, en ocasiones, se introducen nuevas técnicas sin la necesaria evidencia. El test de alta sensibilidad ya está siendo usado en nuestros hospitales, antes de tener datos próximos de efectividad y sin discutir su eficiencia (el coste del nuevo test supera en un 50% al anterior).

La evaluación de tecnologías tiene oportunidades diarias para ponerse en práctica, sea evaluando grandes equipos o test de laboratorio. Las multinacionales fabricantes no han sido partidarias de esa evaluación (recuérdese el caso de la *Office of Technology Assessment*: "the OTA legacy" en cualquier buscador), pero otros ejemplos como el NICE británico (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) nos demuestran que sí se puede.

Francisco Javier Moliner Lahoz

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Lozano Blesa. Zaragoza

(1) Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:173.e1-e55.

(2) Keller T, Zeller T, Peetz D, Tzikas S, Roth A, Czyn E, et al. Sensitive troponin I assay in early diagnosis of acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2009;361:868-77.

(3) Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S, Steuer S, Stelzig C, Hartwiger S, et al. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. *N Engl J Med.* 2009;361:858-67.

(4) Weber M, Bazzino O, Estrada JN, Miguel R, Salzberg S, Fuselli JJ, et al. Improved diagnostic and prognostic performance of a new high-sensitive troponin T assay in patients with acute coronary syndrome. *Am Heart J.* 2011;162:81-8.

Poliquimioterapia en cáncer de mama precoz: las diferencias importan

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group.

Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100.000 women in 123 randomised trials. Lancet. 2012;379:432-4.

Objetivo

Se conoce la existencia de diferencias moderadas en la eficacia de distintas alternativas de quimioterapia adyuvante para el cáncer de mama, lo que condiciona la elección de tratamiento.

Identificar estas diferencias de eficacia entre los regímenes de quimioterapia adyuvante.

Método

Metanálisis de datos individuales de pacientes incluidos en ensayos con asignación aleatoria iniciados entre 1973 y 2003, que comparaban: cualquier régimen basado en antraciclinas más taxanos frente a no-taxanos (n = 44.000), un régimen basado en antraciclinas frente a otro (n = 7.000) o frente a ciclofosfamida (C), metotrexato (M) y fluorouracilo (F) (n = 18.000), y poliquimioterapia frente a ninguna quimioterapia (n = 32.000). Se excluyeron los estudios con rescate de células madre, o los que solo estudiaban diferentes dosis, o no aportaban los datos detallados necesarios. Los resultados de interés fueron recurrencia, mortalidad por cáncer de mama y mortalidad por cualquier causa. Se realizó análisis de subgrupos para la mortalidad por cáncer de mama.

Resultados

En los ensayos que añaden 4 ciclos extra de taxanos a un régimen basado en dosis de antraciclinas fijas se redujo la mortalidad por cáncer de mama (RR 0.86; CI 95% 0.78- 0.94; p = 0.0005). En los que sustituyen 4 ciclos extra de taxanos frente a ciclos extra de dosis doble de no-taxanos no hubo diferencias significativas (RR 0.94; CI 95% 0.82- 1.06; p = 0.33). Ensayos controlados con CMF mostraron que el tratamiento estándar con 4AC (doxorubicina, ciclofosfamida) y CMF son equivalentes en la mortalidad por cáncer de mama, pero el régimen con dosis acumuladas substancialmente superiores, por ejemplo, CAF (ciclofosfamida, doxorubicina, fluorouracilo) o CEF (ciclofos-

famida, epirubicina, fluorouracilo) fue superior en la reducción de la mortalidad (RR 0.78, CI 95% 0.66-0.90; p = 0.0004). Los ensayos frente a no quimioterapia también sugirieron una mayor reducción de la mortalidad con CAF (RR 0.64; CI 95% 0.46-0.82; p < 0.0001) que con 4AC estándar (RR 0.78; CI 95% 0.60-0.96; p = 0.01) o CMF (RR 0.76; CI 95% 0.66-0.86; p < 0.0001).

En metanálisis basados en regímenes con taxanos o antraciclinas las reducciones proporcionales de riesgo se vieron poco afectadas por la edad, estado ganglionar, diámetro del tumor, diferenciación del estado del receptor de estrógeno o el uso de tamoxifeno. Independientemente de la edad o las características del tumor algunos regímenes basados en antraciclinas más taxanos o en dosis acumuladas superiores de antraciclinas (sin necesidad de células madre) redujeron la mortalidad por cáncer de mama alrededor de un tercio.

Conclusión

A los 10 años, la reducción de la mortalidad por cáncer de mama en un tercio depende de los riesgos absolutos sin quimioterapia. Un bajo riesgo absoluto implica bajo beneficio absoluto, pero se carece de información acerca de los marcadores tumorales de la expresión génica o inmunohistoquímica cuantitativa que podría ayudar a predecir el riesgo, la quimiosensibilidad, o ambas cosas.

Financiación: Cancer Research UK; British Heart Foundation; UK Medical Research Council. Conflicto de intereses: Declaran conflictos de intereses de miembros del Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) en relación a compañías farmacéuticas y de genética (conferencias, consultoría, participación en ensayos, etc.), así como participación en ensayos clínicos financiados por entidades sin ánimo de lucro y el gobierno. Correspondencia: bc.overview@CTSU.ox.ac.uk.

COMENTARIO

En un gran metanálisis publicado en 2006 del EBCTCG de 194 ensayos clínicos sobre quimioterapia o tratamiento hormonal adyuvante en el cáncer de mama precoz, se revisaron los avances en el tratamiento del cáncer de mama en los últimos 20 años (1). Este nuevo metanálisis incluye el primer metanálisis del EBCTCG de tratamiento adyuvante con taxanos y se revisan tanto los ensayos de quimioterapia moderna comparada con las pautas más antiguas, como los ensayos de 25 años de quimioterapia comparados con no quimioterapia.

Los resultados confirman una reducción de la mortalidad por cáncer de mama con la adición de 4 ciclos de taxanos-extra, que se reduce con NNT de 30 (IC 95% 20-60), pero esta ventaja no se consigue al sustituir estos ciclos por dosis extra de dosis dobles de no taxanos. Además se muestra la reducción más intensa de la mortalidad total con regímenes CAF o CEF con un NNT de 20 (IC 95% 13-44), frente a regímenes más antiguos. Así mismo, frente a no quimioterapia, el régimen CAF también logró reducir la mortalidad total con un NNT de 7 (IC 95 % 7-14). El valor de NNT calculado a partir de la calculadora de la Oficina de Evaluación de Medicamentos (2), muestra la gran relevancia clínica de estos resultados, y por tanto la importancia de su aplicabilidad a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de los regímenes más modernos. Sin embargo, tal y

como argumenta en el editorial que acompaña, es necesario estudiar la seguridad a corto y largo plazo, así como los efectos sobre la calidad de vida de los taxanos (3).

Un hallazgo inesperado fue que la reducción de la mortalidad por cáncer de mama con estas pautas fue igual en las neoplasias de mama receptor estrogénico (RE) tanto positivo como negativo, tanto en mujeres jóvenes como mayores, que contrasta con estudios que cuestionan el beneficio de quimioterapia en cánceres RE positivos. Es claro que la poliquimioterapia salva vidas, el siguiente paso es determinar qué aspectos condicionan su efectividad para poder comparar beneficios y riesgos de manera personalizada.

Elena Candela Marroquín

Farmacéutica. Servicio Extremeño de Salud

(1) Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet. 2005;365:1687-717.

(2) Disponible en <http://evalmed.es/>

(3) Palmieri C, Jones A. The 2011 EBCTCG polychemotherapy overview. Lancet. 2012; 379:390-2.

Las funciones de riesgo cardiovascular podrían ser útiles, se asocie o no el colesterol total con más mortalidad

Petursson H, Sigurdsson JA, Bengtsson C, Nilsen TIL, Getz L.

Is the use of cholesterol in mortality risk algorithms in clinical guidelines valid? Ten years prospective data from the Norwegian HUNT 2 study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18:159-68.

Objetivo

Valorar si el colesterol total se comporta como factor de riesgo cardiovascular y de mortalidad total.

Diseño

Estudio longitudinal, prospectivo, de seguimiento durante 10 años de una cohorte.

Población de estudio

Cohorte formada por 52.087 ciudadanos noruegos, de 20-74 años de edad, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), incluidos en el Nord-Trøndelag Health Study (HUNT 2, 1995-1997). Participaron el 74% de las 34.786 mujeres y el 65% de los 30.575 varones residentes en el condado de Nord-Trøndelag. Se excluyeron del análisis los sujetos con ausencia de información en alguna de estas variables (colesterol total, presión arterial sistólica o consumo de tabaco).

Medición de resultados y análisis

La variable independiente principal fue el nivel de colesterol total. Los resultados que se valoraron fueron la mortalidad total, la mortalidad de origen cardiovascular y la mortalidad por cardiopatía isquémica. Para el análisis se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados

En mujeres, el colesterol total tuvo una asociación inversa con la tasa de mortalidad total [hazard ratio (HR) de 0,94; intervalo de confianza al 95% (IC 95%): 0,89-0,99] y cardiovascular (HR: 0,97; IC95%: 0,88-1,07) y presentó una asociación con morfología de curva en U con la mortalidad por cardiopatía isquémica (HR: 1,07; IC95%: 0,92-1,24), con tasas más elevadas de mortalidad para valores de colesterol total <5,0 y ≥7,0 mmol/l (<193 y ≥270 mg/dl). En los varones, la asociación del colesterol con la mortalidad también siguió un patrón de curva en U, tanto para mortalidad cardio-

COMENTARIO

Está ampliamente aceptado que el colesterol total constituye un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) potente e independiente. La asociación se considera lineal, lo que significa que los niveles de colesterol son mejores cuanto más bajos. De ahí que la prevención cardiovascular esté marcada por una tendencia a bajar el nivel de colesterol, en paralelo con la disminución de umbrales diagnósticos de otros FRCV como hipertensión y diabetes. Las tablas de cálculo de riesgo cardiovascular son un método más adecuado de aproximación a la prevención primaria cardiovascular, al incluir no solo el colesterol total sino otros FRCV como edad, sexo, consumo de tabaco y presión arterial. Algunas tablas incluyen otros FRCV como diabetes, obesidad, historia familiar de enfermedades cardiovasculares y subfracciones del colesterol (HDL-colesterol). Muchas de estas tablas están construidas con datos de población anglosajona y sobreestiman el riesgo cardiovascular (1), lo que supone la utilización innecesaria de fármacos, principalmente estatinas, a pesar de las dudas del fundamento científico de la prevención primaria cardiovascular con estatinas (2).

Los resultados de este estudio cuestionan la relación lineal entre cifras de colesterol y tasas de enfermedades fatales y también la aceptación del límite de colesterol generalmente propuesto (5 mmol/l, aproximadamente 200 mg/dl) de separación entre cifras "buenas" y "malas", que implicaría considerar como candidatos a medidas de actuación a casi dos tercios de la población adulta.

Las tablas de riesgo cardiovascular no son un instrumento diagnóstico (nadie está "enfermo de riesgo cardiovascular"), sino una herramienta que permite identificar pacientes de alto riesgo y facilitar la gradación de intensidad de las actividades pre-

ventivas. Tal es la presión de la industria farmacéutica, medios de comunicación, sociedades médicas o pacientes y tal la incrustación del colesterol como FRCV entre sanitarios que es difícil evitar el automatismo del tratamiento con estatinas (fármacos más usados a nivel mundial), ante unas cifras elevadas de colesterol. Y aunque no exista evidencia respecto a si la toma de decisiones en función de los valores en tablas de riesgo cardiovascular mejora los resultados en morbimortalidad, tampoco la hay respecto a si su no utilización facilita, por ejemplo, un uso más racional de las estatinas. La elaboración de funciones de riesgo con cohortes representativas de cada país, que incluyesen más variables (antecedentes familiares, clase social, índice de masa corporal, toma de medicación, etc.), como hace la ecuación QRISK (3), podría mejorar su rendimiento.

Francisco Buitrago Ramírez

Centro de Salud Universitario "La Paz", Badajoz.
Servicio Extremeño de Salud

(1) Buitrago F, Calvo JL, Cañón L et al. Original and REGICOR Framingham functions in a non-diabetic population of a Spanish health care center: a validation study. *Ann Fam Med*. 2011;9:431-8.

(2) Ray JKK, Seshasai SR, Erqous S et al. Statins and all-causes mortality in high risks primary prevention. *Arch Intern Med*. 2010;170:1024-31.

(3) Collins GS, Altman DG. An independent external validation and evaluation of QRISK cardiovascular risk prediction: a prospective open cohort study. *BMJ*. 2009;339; doi: 10.1136/bmj.b2584.

¡Que no!: ni colesterol, ni tablas de riesgo, ni estatinas en personas sanas

Petursson H, Sigurdsson JA, Bengtsson C, Nilsen TIL, Getz L.

Is the use of cholesterol in mortality risk algorithms in clinical guidelines valid? Ten years prospective data from the Norwegian HUNT 2 study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2012;18:159-68.

vascular (HR: 1,06; IC95%: 0,98-1,15) como para mortalidad total (HR: 0,98; IC95%: 0,93-1,03). Las tasas más bajas de mortalidad (total, cardiovascular y por cardiopatía isquémica) aparecieron en varones con colesterol entre 5,0-5,9 mmol/l (193-228 mg/dl). La asociación curva tipo U también persistió para la mortalidad total cuando se realizó un análisis con inclusión del colesterol como variable continua, sin que el ajuste por otros factores de riesgo (índice cintura-cadera, diabetes, actividad física y antecedentes familiares de ECV) alterase los resultados.

La comparación de las tasas de mortalidad entre quienes tenían niveles bajos (<5,5 mmol/l, <213 mg/dl) y altos de colesterol (≥5,5 mmol/l, 213 mg/dl) no reveló diferencias significativas en las tasas de mortalidad (total, cardiovascular o por cardiopatía isquémica) ni en varones ni en mujeres. Incluso en mujeres los niveles de colesterol > 5,5 mmol/l (>213 mg/dl) se asociaron con menor riesgo de mortalidad total en las no fumadoras (HR: 0,74; IC95%:0,60-0,91).

Conclusión

Las cifras de colesterol total no se asocian con mayor riesgo de mortalidad total ni cardiovascular en población noruega de 20-74 años de edad y resulta por tanto cuestionable su inclusión en las tablas de predicción de riesgo cardiovascular.

Financiación: Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología de Trondheim, y asociaciones profesionales médicas.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: halfdanpe@gmail.com

COMENTARIO

Si bien se piensa, es esclarecedor que más de cincuenta años después de los pioneros estudios de epidemiología cardiovascular (CV), Twin Cities y Framingham Heart Study, aún permanezca la polémica acerca del significado y utilidad clínica del colesterol en relación a la enfermedad CV. En efecto, la asociación lineal y creciente entre colesterol total y mortalidad, que perezosamente se acepta como tal, a despecho de una evidencia compleja y controvertida (1, 2) –en concreto en las tablas para la estimación del riesgo CV–, sufre un nuevo desmentido en el estudio HUNT 2.

La insistencia general de las guías de práctica clínica en recomendar la utilización de tablas de riesgo CV para tomar decisiones terapéuticas en personas sin enfermedad CV, contrasta con las, a la vez, reconocidas e importantes limitaciones de estas herramientas, derivadas principalmente del insatisfactorio modelo epidemiológico causal basado en el concepto 'factor de riesgo' (1). A ellas hay que añadir las limitaciones propias de cada instrumento particular; una nada desdeñable de las tablas SCORE es que sobrestiman el riesgo en población española cuando se utilizan en personas mayores de 65 años, y probablemente también en la franja de edad recogida en las tablas (40-65 años) (1).

Sin embargo, las tablas, una vez introducidas en la práctica clínica, junto a las recomendaciones ligadas a los arbitrarios dinteles para clasificar el riesgo CV, funcionan con vida propia, y la inercia hace olvidar las consecuencias clínicas. Por ejemplo, si la próxima edición de la guía europea de prevención CV en la práctica clínica, que en España adapta el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC), adoptase las últimas recomendaciones de The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) (3), sería susceptible de tratamiento de por vida con estatinas toda persona sana con LDL-colesterol supe-

rior a 100 mg/dl y con puntuación SCORE igual o superior a 1. Si se observan las tablas SCORE, esta puntuación se asigna a todo varón mayor de 50 años y prácticamente a toda mujer mayor de 55 años. No es de extrañar que los autores del estudio HUNT 2 calcularan en 2005, sin atisbo de ironía, que en su cohorte serían candidatos a intervención farmacológica entre el 85 y el 91% de los varones y el 22,5 y 84% de las mujeres, en función de la edad (1).

Aparte de con el sentido común, estas derivas en las recomendaciones chocan con las evidencias procedentes de los ensayos clínicos con estatinas en prevención primaria. La reducción de episodios coronarios a 5 años se sitúa alrededor del 1.5% (NNT 70) sin afectar francamente a la mortalidad (depende del metaanálisis que se cite) (2, 4). Sin olvidar que se trata de resultados obtenidos en las óptimas condiciones de un ensayo clínico, que están realizados en personas residentes en países con un riesgo CV basal superior al de España entre 3 y 5 veces y que las estatinas no son inocuas.

Félix Miguel García

Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

(1) Miguel F, Maderuelo JA, García A. Riesgo cardiovascular: concepto, estimación, usos y limitaciones. *AMF.* 2008;4:423-33.

(2) Miguel F, Merino A, Montero MJ. Prevención primaria de la enfermedad cardiovascular con fármacos. *AMF.* 2009; 5:375-85.

(3) ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal.* 2011;32:1769-1818.

(4) Taylor F, Ward K, Moore THM et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1. Art. No.: CD004816. DOI: 10.1002/14651858.CD004816.pub4.

Crisis económica, política sanitaria y salud

Luis Palomo. Unidad Docente. Servicio Extremeño de Salud. Cáceres

M^a José Rabanaque. Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza

En los últimos años, pero de forma más importante en los últimos meses, con la agudización de la crisis económica, ayudada con las opiniones de políticos y expertos al respecto, ha ido calando en la sociedad la idea de que los servicios públicos, especialmente educación y sanidad, presentan deficiencias importantes y no son sostenibles financieramente. Una parte de la población podría estar de acuerdo con medidas como el recorte del sueldo de los trabajadores del sector público, el incremento de horas de trabajo o la introducción de sistemas privados de gestión, sin llegar a valorar las consecuencias que para el sistema y para la sociedad pueden tener estas medidas.

Se ha extendido la duda sobre la viabilidad del Sistema Nacional de Salud, y se considera con frecuencia que es un sistema caro e ineficiente. Este ambiente de duda se ha creado sin llevar a cabo un análisis serio y objetivo sobre la efectividad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. En realidad esta opinión no es nueva. Ya en los años ochenta del siglo pasado, coincidiendo con el apogeo de las ofensivas neoliberales, el Banco Mundial recomendaba a los sistemas sanitarios trasladar a los usuarios los gastos en la utilización de las prestaciones, ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales riesgos, incrementar la utilización de recursos privados y descentralizar los servicios sanitarios públicos (1). Desde entonces, no son pocos los países que han introducido reformas en ese sentido, entre otras 1) la cofinanciación directa de la atención sanitaria por parte de la población (copagos, tickets moderadores, pagos hosteleros,...); 2) la autonomía hospitalaria, como medio de introducir competitividad entre hospitales (fragmentando los servicios, seleccionando a los pacientes más rentables, devaluando la función de la atención primaria y tomando como indicadores de calidad asistencial la disminución del gasto, en lugar de la modificación positiva del estado de salud de la población); 3) el establecimiento de "acuerdos cooperativos", "mercados internos" y "libre elección"; 4) la gestión privada de servicios públicos y 5) la introducción de diferentes medidas para contener el gasto farmacéutico.

Estas medidas tienen efecto en la organización asistencial, en la empleabilidad del sector, en la eficiencia de la atención sanitaria, y, en última instancia, en la economía real. No obstante no se puede olvidar que también tienen repercusión en los indicadores sanitarios y en la salud de los individuos y de las poblaciones y que este impacto tiene que ser evaluado.

La experiencia en muchos países en desarrollo de diferentes latitudes es desalentadora. Algunos, como Sri Lanka y China, con sistemas de salud fuertes y satisfactorios, están promoviendo la privatización o la autonomía de sus hospitales. Otro ejemplo son la mayoría de los países africanos, que están facilitando la descentralización de los servicios, obteniendo peores resultados sanitarios, con un aumento de la injusticia y de la ineficacia. La experiencia latinoamericana ha demostrado que la privatización no es mejor que el mantenimiento de sistemas públicos unificados. Desde que la India aceptó someterse al ajuste estructural, en 1990, su presupuesto para salud pública ha sido amputado en

un 30 %, y el programa antimalaria en un 40 %. Se agravan viejos problemas, como el hambre, la malaria, la tuberculosis; surgen otros nuevos: SIDA, psicosis, adicciones, violencia en todas sus formas; y se mantienen las desigualdades de género y de etnia y los problemas de abastecimiento básico: agua y alimento. La infancia y la vejez se debilitan y se feminiza la pobreza (2). Se ha descrito que cuando se reduce la financiación del conjunto de los servicios sociales públicos de un país, las previsiones indican que por cada 80 € recortados la mortalidad general puede incrementarse casi un 1% (0,99%); la debida a problemas relacionados con el alcohol puede subir un 2,8%, las muertes por tuberculosis aumentarían un 4,3% y la mortalidad cardiovascular un 1,2% (3).

En España, se están poniendo en marcha algunas medidas, en todo el país o en algunas CCAA, como el copago, fundamentalmente de fármacos, y la gestión privada de servicios públicos, como es el caso de la Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Castilla la Mancha o Galicia. El efecto de estas medidas, tanto en términos de eficiencia como de efectividad o equidad se observarán en el futuro pero parece probable que, puesto que su aplicación va a ser diferente entre CCAA, aumenten las diferencias interregionales en términos de coste para el individuo o accesibilidad a algunos servicios.

Los efectos del copago

En relación al copago hay opiniones diversas, desde autores que valoran positivamente la medida, si se promueven mecanismos de protección de los más débiles y los más enfermos (4), hasta otros que plantean que es una medida que puede suponer reducir la demanda de servicios sanitarios, perjudicando a las personas que más necesitan los servicios y cuestionando la equidad del sistema (5). Algún autor plantea que el sistema de copago no es equitativo y que sería más eficiente, eficaz y equitativo que el pago se hiciese vía impositiva con orientación finalista (6).

Es bien conocido que los países con más sistemas de copago tienen un mayor gasto sanitario total. Un buen ejemplo es el caso de Portugal: en 1990 se implantaron copagos sobre las consultas y las pruebas diagnósticas (ya los tenía sobre farmacia) y en 2007 sobre los ingresos hospitalarios. En 1990 el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB era del 5,9% en Portugal y del 6,5% en España. Según los últimos datos, el gasto sanitario en Portugal alcanza el 10,6% y en España está en el 9%, lo que supone que ha crecido en Portugal un 4,7% sobre el PIB y en España solo el 2,5%. Es decir los efectos de los copagos han supuesto en Portugal un crecimiento del gasto sanitario casi el doble del producido en España, además en Portugal un 6,4% de la población con ingresos menores a la mediana no puede acudir a recibir atención sanitaria cuando lo precisa, frente al 0,4% de España (7).

Por otro lado el copago puede tener costes indirectos no considerados inicialmente. En un reciente estudio, el efecto de aumentar el copago produjo una disminución del número de consultas, pero

a la vez un aumento de los ingresos hospitalarios, con un resultado final de un aumento de los costes en 240 \$/habitante/año, de lo que parece deducirse que lo que se produjeron fueron menos visitas necesarias, con un empeoramiento de las enfermedades que acabaron en ingresos que podrían haberse evitado (8).

El copago farmacéutico que se va a implantar en España, ajustando, supuestamente, por poder adquisitivo, utilizando como indicador de nivel socioeconómico la declaración de la renta, supone para el sistema una complejidad y un gasto que no es evidente sea claramente compensado por los ingresos esperables. Por otra parte presenta serios problemas para la población. En este país la declaración de la renta no siempre es un buen indicador de poder adquisitivo, por lo que la medida podría no ser equitativa y podría afectar de forma más importante a las personas con patologías crónicas y menor poder económico. También se ha cuestionado la legalidad de la medida, en cuanto a la utilización de datos fiscales para este fin. No resulta fácil la implantación de medidas de copago que sean socialmente equitativas. Mientras esa equidad no pueda garantizarse debería optarse por otro tipo de medidas que consigan mayor eficiencia del sistema y la reducción de la utilización no necesaria. Estas medidas no siempre tienen que estar centradas en el usuario, podrían ir dirigidas a los profesionales, que son los que recetan o prestan los servicios, o a los gestores de las instituciones.

El aseguramiento privado y el mito de la libre competencia en salud

En cuanto a la privatización de la gestión de los servicios y al aseguramiento privado, la experiencia holandesa muestra que la competencia de seguros no ha producido los beneficios esperados y, de hecho, ha creado nuevos problemas. Antes de 2006, Holanda tenía un sistema de seguro de salud mixto, con más del 60% de la población cubierta por el seguro social obligatorio y el resto tenía seguro privado, voluntariamente adquirido, y la tasa de no asegurados era del 1,5%. En 2006 se sustituye este equilibrio por un sistema de seguros privados similar al de Suiza. Sus características eran: todos los residentes legales de los Países Bajos están obligados a comprar el seguro básico de las aseguradoras privadas; los planes privados están fuertemente regulados, de forma que no pueden rechazar candidatos, independientemente de su estado de salud (un esquema varía el pago según los perfiles de riesgo de la población inscrita); los planes de seguro compiten sobre la base del precio y la calidad la contratación con las redes de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica. En 2011, las primas de seguros fueron en promedio de 1.200 € por persona. Los trabajadores contribuyen además con un 7,75 % de su salario. Los impuestos estatales contribuyen a la asistencia, por ejemplo pagando las primas de todos los menores de 18 años. La odontología y la fisioterapia se compran a parte.

Los defensores de este sistema argumentaban que la competencia entre las aseguradoras privadas reduciría los gastos de salud, y mejoraría la elección del consumidor, la calidad de la atención y la capacidad de respuesta del sistema de salud. La realidad ha sido otra.

En primer lugar, la competencia no ha disminuido la tasa de crecimiento del gasto sanitario. Los gastos de salud continúan superando la inflación general, que aumentó a una tasa promedio anual del 5% desde 2006. Al mismo tiempo, el costo total del seguro de salud para las familias holandesas, incluidas las primas y deducibles, aumentó en un 41%. Además, mantener la competencia y la gestión produce costos administrativos. En segundo lugar, sigue habiendo holandeses sin seguro (150.000) y crece el número de morosos (319.000 en 2010). En conjunto éstos representan el 3 % de la población.

En tercer lugar, la libre elección del consumidor no ha funcionado según lo previsto. Desde 2007, sólo el 4% de la población holandesa, en promedio, ha cambiado los planes de cada año; en el 80 % de los casos condicionada por las empresas más que por decisiones individuales. Además la elección está restringida por la concentración del mercado de seguros, ya que, actualmente, cuatro consorcios controlan cerca del 90 % del mercado de seguros de salud holandés. La situación es tal que el 65 % de los asegurados están insatisfechos con los planes privados.

En cuarto lugar, la libre competencia es más retórica que real, porque se necesitan medidas reguladoras a nivel de gobierno central. Se precisa un control burocrático de la atención médica sobre aspectos como los presupuestos generales, la fijación de precios y el reparto de costes al paciente (honorarios de los médicos, costes de los servicios de hospital). La libre competencia en salud a menudo puede ser un mito porque no tiene en cuenta una realidad crucial: los sistemas de salud de Europa, Canadá y Japón gastan mucho menos que los EEUU en servicios médicos porque se basan en la regulación de precios, en los pagos coordinados, en presupuestaciones generales y en la contención de tecnologías costosas. En este contexto, las reformas holandesas se quedaron muy por debajo de las expectativas, porque las intenciones políticas no pueden confundirse con los resultados, y porque la competencia no es la panacea (9).

Aunque el contexto español es otro, especialmente en cuanto al modelo de sistema sanitario, es probable que las consecuencias sean similares, si éstas no se han previsto y si no se ponen en marcha medidas dirigidas a evitar algunas de las posibles consecuencias negativas.

Primeros datos tras los recortes y respuestas profesionales

Las consecuencias de las políticas de recortes en la financiación y en las prestaciones sanitarias se reflejan enseguida en las personas, porque también la sanidad pública salva vidas, sobre todo

en contextos de empeoramiento de las condiciones económicas de los que menos tienen, como ocurrió en Rusia con la destrucción del sistema sanitario público por la ofensiva capitalista posterior a la caída del muro de Berlín. Una parte importante de este deterioro, probablemente, estuvo asociado, fundamentalmente, al empeoramiento en las condiciones de vida, pero no puede obviarse la influencia de la asistencia sanitaria.

Según datos del INE la esperanza de vida al nacer de los residentes en España ha caído ligeramente entre julio de 2010 y junio de 2011 (ocho centésimas menos de media para ambos sexos). Si esta tendencia se confirmase en cálculos futuros estaríamos ante una situación preocupante, porque llevamos 50 años de aumento de la esperanza de vida. No es sencillo relacionar esta inflexión en la tendencia con causas inmediatas anteriores, porque puede haber habido pequeños incrementos de mortalidad por algunas causas, pero también se ha observado un descenso importante de mortalidad por accidentes de tráfico, una de las causas cuya reducción más contribuye a la esperanza de vida. Será necesario vigilar y analizar la evolución de estos datos e intentar identificar, si la tendencia se mantiene, cuáles pueden ser las causas de la misma.

En cuanto a algunas medidas tomadas recientemente en este país, según la información aportada por el Consejero de Salud de Cataluña en su comparecencia en el Parlamento de Cataluña, de enero a octubre del 2011 se suspendieron una media de 70 intervenciones quirúrgicas diarias, lo que supone un 6,5 % menos de actividad que el mismo periodo del año anterior. Los hospitales que prestan servicio público en Cataluña operaron a 21.535 personas menos (Ferran Balsells. *El País*, 18-01-12; pág. 34).

Es esperable que las medidas puestas en marcha y las que se tomen en el futuro tengan efectos. Unos han sido expuestos por los políticos (recaudar dinero, reducir la demanda, mejorar la eficiencia del sistema), pero podrían observarse otros que no han sido debatidos, como el incremento de las desigualdades, el empeoramiento de la accesibilidad y, sobre todo, el empeoramiento de la salud. Puede ser que las medidas que se adopten, amparadas en el supuesto gasto excesivo, en la ineficiencia del sistema y en su cuestionable sostenibilidad, supongan o no el inicio de un cambio de modelo de sistema sanitario, pero lo que no sería aceptable es que acarreasen un empeoramiento de los niveles de salud de la población.

Si bien es cierto que el gasto sanitario, como el resto de gastos públicos, debe ser analizado, no debe olvidarse cuál es el centro de atención, y éste siempre deben ser los resultados obtenidos en términos de salud (10).

Diversas sociedades científicas han elaborado documentos en los que se reflexiona sobre la situación de crisis en la eurozona y posibles efectos de la misma en los servicios sanitarios y en la salud de la población, aportando ideas que pueden ayudar a poner en marcha cambios que mejoren la eficiencia y garanticen la sostenibilidad del sistema sin romper el modelo actual.

Así por ejemplo, la Junta y la Asamblea de la Sociedad Española

de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) planteaba en diciembre de 2011 que “La extraordinaria gravedad de la situación económica que atraviesa la eurozona en general y España en particular, supone una seria amenaza a las prestaciones asociadas al estado del bienestar y entre ellas las que corresponden a nuestro Sistema Nacional de Salud, cuyas cobertura, actividad y calidad, corren peligro de deterioro” (11).

La Asociación de Economía de la Salud (AES) ha difundido un dossier elaborado por siete expertos, titulado “La sanidad pública ante la crisis: recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable”, en el que se recogen diecisiete recomendaciones que pretenden ayudar a orientar las actuaciones del sector público, en un periodo de contención del gasto público (12).

Por su parte la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) ha elaborado otro documento titulado “Para salir de la crisis económica, garantizando el sistema nacional de salud, hay que apoyar la investigación en epidemiología y salud pública” (13).

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) también hace un seguimiento pormenorizado de la política sanitaria y de sus repercusiones, recurriendo con frecuencia a análisis históricos y a comparaciones con los efectos de las crisis en otros países (<http://www.fadsp.org/>).

Es evidente que el sistema tiene margen para mejorar la efectividad y eficiencia, y que existe un coste-oportunidad de lo gastado en atención sanitaria, pero no es menos cierto que el coste de la sanidad pública española es uno de los más bajos de los países de la Unión Europea de nivel de desarrollo semejante, obteniendo unos buenos indicadores de salud. Resulta necesaria una revisión del funcionamiento del sistema, pero sin dejar de lado la valoración de los resultados alcanzados. Es evidente que se necesitan cambios, pero estos deben estar basados en una seria evaluación de lo existente y en una propuesta explícita de objetivos a alcanzar, fundamentalmente en términos de salud de la población. Este debate no puede tener lugar sin la participación de los ciudadanos y de los profesionales, y debe ser motivo de un pacto social entre los diferentes grupos políticos, para garantizar su estabilidad en el futuro. Las medidas tomadas con visión de corto plazo pueden tener efectos irremediables a largo plazo.

La crisis económica está afectando a las personas menos favorecidas de la sociedad. Lo que sería muy preocupante es que los cambios introducidos en los sistemas sanitarios también les castiguen a ellos, reduciendo la accesibilidad, bien por negarles prestaciones o por que sufran un copago que por sus circunstancias económicas no lo puedan asumir. Debe garantizarse que los cambios que se produzcan en los sistemas sanitarios no perjudiquen a los que ya perjudica la crisis (14). Si no se garantiza esto, la crisis económica se habrá transformado en una auténtica crisis social.

En nuestro país, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones puede suponer una menor accesibilidad a los más débiles

(inmigrantes y personas en paro de larga duración) y ha propuesto un sistema de copago farmacéutico en el que pensionistas de bajos niveles de ingresos tendrán que, al menos adelantar, unas cuantías económicas que pueden ser relevantes en relación a sus ingresos. Parece imprescindible analizar las consecuencias de su aplicación y proceder a su revisión en los aspectos que afecten a la equidad del sistema.

Ante la crisis algunos retos para el sistema sanitario

A modo de síntesis se puede considerar que en los últimos años se viene observando, por una parte la agudización de la crisis económica, y por otra, elementos de ineficiencia del sistema sanitario, como utilización innecesaria de algunos servicios, aumento incontrolado del uso de tecnologías que suponen un gasto importante para el sistema o rendimientos mejorables de recursos humanos y materiales. Ante esta situación es evidente que hay que introducir cambios en el sistema. En esta toma de decisiones parece necesario tener en cuenta algunas cuestiones como:

–Aplicar medidas con visión de futuro, que no pongan en riesgo la financiación pública de los servicios y garanticen la prestación de servicios necesarios y de calidad en un tiempo razonable, según necesidad.

–Decidir y explicitar el objetivo de las medidas ¿cuál es el principal objetivo del copago: aumentar ingresos económicos, reducir demanda...?, y valorar si otras medidas podrían conseguir el mismo objetivo.

–Aprender de otras experiencias y explorar los resultados de medidas nuevas antes de generalizarlas.

–Introducir valores en el sistema y en sus profesionales. Para mejorar la efectividad y la eficiencia de los servicios es imprescindible trabajar mejor y a menor coste, cuando sea posible. Esto requiere el reconocimiento del trabajo bien hecho y desarrollar sistemas de motivación y reconocimiento.

–Valorar y priorizar el uso de tecnologías de elevado coste ¿el sistema se puede permitir el aumento de servicios de superespecialización? A menudo las prestaciones de mayor impacto en medios de comunicación son las menos trascendentes en términos de impacto en la salud en la población.

–Reducir la demanda y la utilización de servicios no necesarios, lo que requiere la formación de la población en general, de pacientes y de profesionales.

–Tender a desarrollar una auténtica asistencia socio-sanitaria puesto que el envejecimiento poblacional y la alta prevalencia de patologías crónicas han dado lugar a perfiles de pacientes en los que la asistencia tiene que estar integrada.

–Intentar no afectar a la equidad entre CCAA ni entre diferentes colectivos.

–Garantizar que las medidas no castiguen a los ya castigados por la crisis económica.

Quizá ha llegado el momento de transformar la tecnoestructura del sistema sanitario con medidas como: 1) Crear un sistema donde las capacidades, recursos y competencias de los profesionales de la salud sean acordes con la función de desempeño y con el grado de complejidad de los procesos; 2) Invertir menos dinero en tecnología sofisticada y más en innovaciones que simplifiquen los problemas complejos; 3) Crear nuevas organizaciones donde prospere la disrupción y el cambio tecnológico; y 4) Vencer la inercia de la regulación y de los procesos burocráticos. Para realizar esto se necesita un nuevo liderazgo y una alianza creativa entre los agentes principales del sistema sanitario (15).

Bibliografía

- (1) Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Barcelona: El Viejo Topo, 1998.
- (2) Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ* 2001;322:591-594.
- (3) Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010;340:c3311.
- (4) Rodríguez M y Puig-Junoy J. Porqué no hay que temer al copago. *Gac Sanit.* 2012;26:78-79.
- (5) Benach J, Tarafa G y Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit.* 2012;26:80-82.
- (6) Navarro V. *Gac Sanit.* El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit.* 2012;26:174-175.
- (7) Sánchez-Bayle M, Llopis ES, Palomo L. Copago sanitario. ¿Eficacia, eficiencia o negocio? Madrid: Fundación 1º de mayo, 2011. Accesible en: <http://www.fadsp.org/pdf/LibroCopago.pdf>. Acceso: 11-06-11.
- (8) Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med.* 2010;362:320-8.
- (9) Okma K, Marmor TR, Oberlander J. Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands. *NEJM.* June 15, 2011; Doi: 10.1056/NEJMp1106090.
- (10) González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gac Sanit.* 2012;26:176-177.
- (11) SESPAS. http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ ANTE_LA_CRISIS.pdf
- (12) AES. http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
- (13) SEE. <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/Declaración%20Financiación%20Investigación%20SEE.pdf>
- (14) Álvarez Dardet C. *SEEnota-e*, abril 2012;3 (4).
- (15) Cristensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review.* 2000; September-october: 102-112.

Sensibilidad de los médicos a las emociones de sus pacientes: un área donde es necesario mejorar

Gulbrandsen P, Benth JS, Dahl FA, Jensen BF, Finset A, Hall JA.

Specialist physicians' sensitivity to patient affect and satisfaction. *Med Care.* 2012;50:290-3.

Antecedentes

Entre los factores que influyen en la satisfacción del paciente con la atención médica destacan las expectativas, la naturaleza o gravedad del problema de salud, la capacidad resolutoria del médico y las habilidades interpersonales que posee. La sensibilidad afectiva se incluye dentro de éstas, entendida como la capacidad para percibir el estado de ánimo o las emociones de un paciente.

Objetivo

Describir la sensibilidad afectiva que poseen los médicos en el entorno hospitalario y determinar si las características de éstos o su relación con los pacientes están asociadas con una mayor o menor sensibilidad.

Diseño

Estudio trasversal mediante la cumplimentación de un cuestionario por los médicos y por los pacientes después de la visita médica.

Sujetos de estudio

Médicos elegidos aleatoriamente entre un total de 249 médicos de un hospital universitario noruego que voluntariamente quisieron participar en el estudio. Pacientes seleccionados de forma consecutiva.

Instrumentos y análisis

El cuestionario para médicos constaba de 6 ítems sobre la percepción de las emociones del paciente en la visita (3 positivas y 3 negativas), valorada con escala Likert de 1-5, más un ítem sobre la impresión de la satisfacción del paciente con la visita. El cuestionario para pacientes estaba basado en la Escala PANAS y constaba de 25 ítems sobre estados de ánimo (12 positivos y 13 negativos) para puntuar del 1 al 5, un ítem sobre satisfacción con la visita y otro sobre la relación con el médico.

La asociación entre las respuestas de los médicos y pacientes se realizó mediante un análisis de correlación.

Resultados

Se analizaron 497 visitas médicas a un total de 71 médicos, 42% mujeres. El 35% procedía de medicina interna, 26% de disciplinas quirúrgicas, 11% de pediatría, 11% de neurología, 10% de ginecología y 7% de anestesiología. El 64% de los pacientes no conocía al médico con anterioridad.

La correlación entre las contestaciones de los médicos y pacientes para las emociones positivas fue $r=0,238$, para las negativas $r=0,379$ y para la satisfacción $r=0,219$. El análisis de los cuestionarios mostró que existe algún grado de sensibilidad afectiva por parte de los médicos, siendo éstos más sensibles a las emociones negativas que a las positivas ($p=0,009$).

Los internistas fueron poco sensibles a las emociones negativas ($r=0,300$), encontrándose diferencias significativas con los cirujanos ($r=0,500$, $p=0,038$) y con los neurólogos ($r=0,621$, $p=0,007$). Los cirujanos a su vez, fueron más sensibles a las emociones positivas ($r=0,356$) que los ginecólogos ($r=-0,024$, $p=0,022$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo de los médicos, pero sí entre los médicos que conocían previamente a los pacientes, siendo éstos significativamente más sensibles frente a las emociones negativas ($p=0,003$), pero no tanto a las positivas.

Conclusión

A los médicos que trabajan en el ámbito hospitalario les cuesta percibir las emociones negativas de los pacientes, pero aún más las emociones positivas y la satisfacción con la visita médica.

Financiación: Regional Health Enterprise de la región sureste de Noruega.

Conflicto de intereses: No se declaran.

Correspondencia: pal.gulbrandsen@medisin.uio.no

COMENTARIO

El bienestar subjetivo consta de tres componentes básicos: el afecto positivo, el afecto negativo y la satisfacción con la vida (1). La escala PANAS (escala de afecto positivo y afecto negativo) es una escala validada internacionalmente que permite determinar los afectos, emociones o estados de ánimo de los sujetos que la realizan. La versión española de la escala PANAS se denomina Escala de balance afectivo (1), aunque hay autores que siguen utilizando la versión original. El artículo utiliza esta escala para valorar las emociones de los pacientes y comparar estos resultados con la percepción que poseen los médicos sobre el estado de ánimo de sus pacientes durante la visita médica.

El estudio muestra que los médicos no perciben realmente lo que sienten sus pacientes, lo que puede llevar a ocasionar errores en el diagnóstico o en el tratamiento de los pacientes. Este fallo de comunicación podría ser la causa de un incidente para la seguridad del paciente o un incidente en sí, considerándose como tal aquel evento o circunstancia que ocasiona o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida (2).

Las causas o factores que pueden contribuir a que se produzca un incidente son múltiples (3). Entre estos factores que pueden influir se encuentran los relacionados con el propio profesional (conocimientos, aptitudes y actitudes), con la formación recibida (habilidades de comunica-

ción), con el paciente que asiste (complejidad y gravedad del problema de salud) y con la posibilidad de comunicación que pueda existir entre ambos (personas mayores, pacientes con deterioro cognitivo, menores de edad).

Convendría replicar este estudio en nuestro ámbito y determinar si los médicos u otros profesionales sanitarios españoles son capaces o no de percibir el estado de ánimo real de los pacientes durante la visita médica. Y si no es así, analizar detalladamente el por qué y diseñar estrategias para evitarlo, ya que como se decía al principio del artículo "la buena comunicación cura y se puede aprender".

Pastora Pérez Pérez

Observatorio para la Seguridad del Paciente.
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

(1) Godoy-Izquierdo D, Martínez A y Godoy JF. La "Escala de Balance Afectivo". Propiedades psicométricas para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clinica y Salud.* 2008;19:157-89.

(2) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1. Technical Report. January 2009. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009.

(3) National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. London: National Patient Safety Agency; 2004.

La incidencia de reinfartos y la mortalidad a 30 días se asocian al nivel socioeconómico en los hombres del País Vasco

Machón M, Aldasoro E, Martínez-Cambor P, Calvo M, Basterretxea M, Audicana C et al.

Socioeconomic differences in incidence and relative survival after a first acute myocardial infarction in the Basque Country, Spain. *Gac Sanit.* 2012;26:16-23.

Contexto

Las personas con una posición socioeconómica más desfavorecida presentan un riesgo mayor de infarto de miocardio junto con un peor pronóstico a corto y a largo plazo.

Objetivo

Estimar la incidencia de infarto de miocardio en la población del País Vasco según la posición socioeconómica y la supervivencia de esta enfermedad a corto (28 días) y a largo plazo (5 años).

Métodos

Seguimiento de la muestra de participantes del País Vasco que formaron parte del registro poblacional de infarto de miocardio IBÉRICA, llevado a cabo en 8 regiones españolas. La cohorte incluyó individuos mayores de 25 años, residentes en 5 áreas de salud del País Vasco que sufrieron un primer infarto de miocardio en los años 1999 y 2000. La posición socioeconómica de cada participante se definió según el índice de privación de su sección censal de residencia, calculado a partir de cuatro indicadores: proporción de población activa en paro, proporción de trabajadores manuales no cualificados, proporción de individuos con estudios primarios y proporción de viviendas con nivel de confort bajo. Se estimó la incidencia de infarto de miocardio y la supervivencia a corto (28 días) y a largo plazo (5 años) de los participantes en la cohorte en función de su posición socioeconómica.

Resultados

Los hombres en posición socioeconómica más desfavorecida presentaron

menor porcentaje de procedimientos diagnósticos realizados, a pesar de ser el estrato de población masculina con riesgo significativamente mayor de desarrollar infarto de miocardio (riesgo relativo = 1,17) y peor pronóstico a corto plazo (hazard ratio = 1,65) comparado con los hombres que gozaban de la posición socioeconómica más favorable. Las mujeres no presentaron diferencias significativas en la incidencia y la supervivencia de infarto de miocardio a corto plazo en función de la posición socioeconómica, si bien aquellas con el nivel socioeconómico más desfavorable presentaron mayor prevalencia de diabetes. La supervivencia a largo plazo no se asoció con la posición socioeconómica en ninguno de los dos sexos.

Conclusiones

El País Vasco se caracteriza por presentar una incidencia baja de infarto de miocardio, similar a los países del Sur de Europa. En este contexto, los hombres con la posición socioeconómica más desfavorecida, comparados con aquellos en la posición más favorable, presentaron una incidencia de infarto de miocardio ligeramente superior, peor supervivencia a corto plazo y supervivencia a largo plazo similar. En mujeres, ninguno de los tres indicadores (incidencia y supervivencia a corto y a largo plazo) se asoció con la posición socioeconómica.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: epidem3-san@ej-gv.es

COMENTARIO

La Ley General de Sanidad de 1986 promulgó la creación de un sistema sanitario con cobertura universal, clave para reducir las desigualdades y obtener mejores resultados en salud de la población (1). En este contexto, el ejemplo de la prevención primaria de la cardiopatía isquémica, elemento imprescindible en la práctica asistencial actual, es paradigmático. Esta enfermedad continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, a pesar del marcado descenso observado en los últimos años (2). Dos componentes se erigen como los principales artífices de tal descenso: el control de los factores de riesgo cardiovascular y el avance en la efectividad de los tratamientos en fase aguda del infarto de miocardio, expresión aguda de la cardiopatía isquémica (3).

La equidad en el acceso al sistema de salud es un paso imprescindible, pero no el único, en el abordaje de las desigualdades en salud. La promoción de intervenciones preventivas universales tales como la elección correcta de componentes saludables de la dieta, el abandono del consumo de tabaco, la realización de actividad física regular o la pérdida de peso, también incidirían a este nivel. Sin embargo, el abordaje preventivo de la cardiopatía isquémica y del resto de enfermedades crónicas nunca será efectivo si no se realiza teniendo en cuenta el contexto social, uno más de los factores

que determinan la salud del individuo. De ahí, el papel tan relevante de las políticas de salud en la reducción de las desigualdades. El uso de criterios sanitarios y sociales para priorizar las actuaciones en los territorios, podría hacer mejorar selectivamente los indicadores de salud y los servicios sanitarios de las áreas más desfavorecidas. Conviene además hacer referencia a la repercusión que estas actuaciones tendrían sobre la sostenibilidad actual y futura del Sistema Nacional de Salud derivada del ahorro en el tratamiento, secundario a la prevención de enfermedades.

Tal y como los autores señalan, será necesario repetir este tipo de estudios en un futuro próximo, con el fin de conocer los efectos sobre la salud que tendrá la coyuntura económica actual, particularmente en los estratos de población más desfavorecidos.

María Grau

IMIM, Institut de Recerca Hospital del Mar. Barcelona

(1) Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. BOE 102. 29-4-1986.

(2) Instituto Nacional de Estadística (INE). INEbase. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>.

(3) Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R, Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:988-96.

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior es coste-efectiva frente al tratamiento conservador

Farshad M, Gerber C, Meyer DC, Schwab A, Blank PR, Szucs T.

Reconstruction versus conservative treatment after rupture of the anterior cruciate ligament: cost-effectiveness analysis. *BMC Health Services Research*. 2011;11:317.

Objetivo

Identificar la opción de tratamiento más efectiva para las roturas de ligamento cruzado anterior (LCA) en pacientes con edad media de 30-35 años, desde el punto de vista del pagador.

Método

Revisión sistemática de la literatura científica de artículos que comparasen el tratamiento quirúrgico (reconstrucción del ligamento) con el tratamiento conservador. Sólo se incluyeron artículos que comparasen directamente ambas opciones de tratamiento y se excluyeron los que incluían niños o adolescentes. A partir de esta revisión se seleccionaron 4 artículos que comparaban ambas modalidades de tratamiento.

Se creó una escala basada en la sintomatología existente con seis categorías, desde ausencia de síntomas hasta síntomas en cualquier actividad de la vida diaria. Se crearon 4 pacientes hipotéticos que tratasen de reflejar los pacientes tipo con rotura de ligamento cruzado anterior y se consultó a 25 cirujanos ortopédicos para asignar puntuaciones y definir variabilidad en la sintomatología de esos 4 pacientes ficticios. La edad media y los tiempos de seguimiento de esos pacientes se obtuvieron de los 4 artículos resultantes de la búsqueda. Los datos de costes se obtuvieron de los costes medios de los pacientes tratados en un hospital de la Universidad de Zúrich, Suiza. Para obtener información sobre los costes del tratamiento extrahospitalario en las dos opciones de tratamiento (quirúrgica y conservadora) se preguntó a los expertos sobre los recursos que se utilizarían y su frecuencia. Los recursos utilizados y los costes por unidad de cada recurso se obtuvieron del mismo hospital. Se obtuvieron también los costes di-

rectos de las complicaciones a largo plazo de la ruptura del LCA, principalmente rotura de menisco y osteoartritis.

La modelización fue la habitual en los análisis coste-efectividad, con un horizonte temporal de 90 meses. En este modelo, el 16% de los pacientes con tratamiento conservador necesitó reconstrucción quirúrgica y la proporción de complicaciones en el brazo conservador fue del 77% frente al 34% en el brazo quirúrgico.

Resultados

El análisis se modelizó sobre una muestra de 384 pacientes. Los costes directos fueron más elevados en el tratamiento quirúrgico que en el conservador (9.926 US \$ frente a 2.535 US \$). Lo que más contribuyó al coste de la reconstrucción del LCA fue la estancia media hospitalaria de 4,8 días (7.391 \$). El coste efectividad por QALY fue de 20.612 \$ para el tratamiento quirúrgico y de 23.391\$ para el tratamiento conservador.

Conclusiones

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior es coste-efectiva, aunque debe respetarse la situación de cada paciente antes de escoger el abordaje conservador o quirúrgico.

Financiación: No consta.

Conflicto de interés: Declaran no tener.

Correspondencia: Mazda.farshad@balgrist.ch

COMENTARIO

La rotura del ligamento cruzado anterior es una lesión relativamente frecuente en adultos jóvenes, asociada con la práctica de algún deporte. En la gran mayoría de los casos no está claro cuál es el abordaje a seguir y se deja a elección del paciente el someterse a cirugía reconstructiva o escoger un tratamiento conservador con controles periódicos. Este estudio pone de manifiesto que el abordaje más coste-efectivo es el abordaje quirúrgico. La metodología del trabajo es adecuada y sigue los estándares habituales. Se basa además en una revisión sistemática de la literatura científica y el análisis contempla una expectativa de 90 meses (7 años y medio) desde la lesión.

Hay varios aspectos que llaman la atención. Quizá el primero es que a pesar de la frecuencia de la lesión, los autores sólo han localizado 4 artículos que comparen ambos tratamientos y que cumplan los criterios de inclusión establecidos. Este dato refleja de manera clara la incertidumbre existente sobre el tratamiento idóneo, aún siendo una patología conocida, frecuente y en algunos casos discapacitante. En cuanto al horizonte temporal, podría pensarse que es escaso, sobre todo cuando se contempla el abordaje conservador. Sin embargo, la ampliación del horizonte temporal sólo beneficiaría al tratamiento

quirúrgico, que no conlleva mayores costes una vez que ha sido realizado sin complicaciones y que además ya ha demostrado su mayor coste efectividad a esos 90 meses, con lo que la ampliación del horizonte temporal favorecería aún más la opción quirúrgica. Los autores sólo han localizado un único estudio sobre coste-efectividad publicado en 1999, con un resultado similar (1). Por último, es loable la realización de estudios de coste-efectividad sobre tratamientos sobre lesiones traumatológicas. Se trata de un área en la que este tipo de análisis no se ha prodigado, cuando es una de las que pueden aportar resultados basados en la evidencia científica que pueden conducir a un importante ahorro sanitario, sobre todo si se tiene en cuenta que en muchos casos los tratamientos pueden ser crónicos o el problema de salud es dilatado en el tiempo. Quizá esta investigación sea un acicate para que otros autores realicen análisis similares sobre lesiones musculoesqueléticas.

Alberto Ruano Raviña

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. CIBERESP

(1) Gottlob CA, Baker CL Jr, Pellissier JM, Colvin L. Cost effectiveness of anterior cruciate ligament reconstruction in young adults. *Clin Orthop Relat Res*. 1999;367:272-82.

GCS EN LA RED

<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

BARCELONA SCHOOL OF MANAGEMENT. NEW IDEAS FOR NEW TIMES
Masters of Science, MBA & Executive Education. Universitat Pompeu Fabra



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

VIII Seminario MUESOL de Economía de la Salud y del Medicamento

- Seminario teórico-práctico basado en exposiciones teóricas y casos reales publicados en revistas científicas y ejercicios tutorizados en aula de informática. Sesiones especializadas impartidas por profesionales de reconocido prestigio.
- Los participantes conocerán, aplicarán, interpretarán y elaborarán los principales tipos de técnicas de modelización (modelos de análisis de decisión simples, modelos de Markov determinísticos y probabilísticos) usados en la evaluación económica de medicamentos, tecnologías médicas y programas de salud.

Barcelona, 19 al 23 de marzo de 2013

www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu/scres

Director: Jaume Puig - Junoy

Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Director del Máster en Economía de la Salud y del Medicamento de la Barcelona School of Management.

Coordinadores: José Manuel Rodríguez Barrios y Ana Tur Prats

Balmes, 132-134, 08008 Barcelona • Tel. +34 93 547 81 82 • info@bsm.upf.edu

www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu

El análisis de los determinantes sociales debe incluirse en las recomendaciones preventivas

Duerksen A, Dubey V, Iglar C.

Annual adult health checkup. Update on the Preventive Care Checklist Form[®].
Can Fam Physician. 2012;58:43-7.

Contexto y objetivo

Se revisa la actualización de recomendaciones basadas en la evidencia incluidas en el formulario canadiense de cuidados preventivos, que ofrecen los clínicos en los exámenes de salud. El artículo recoge los cambios en dicho formulario, y encuentra actualizaciones sobre la vitamina D y suplementos de calcio, la detección de la depresión, las modificaciones de estilo de vida en pacientes obesos, los objetivos en la hipertensión y en la detección de dislipidemia y nuevas recomendaciones de vacunación.

Método

Las actualizaciones más recientes en el formulario se realizaron en diciembre de 2010. Los artículos que las fundamentan fueron identificados a través de Ovid MEDLINE utilizando dos estrategias de búsqueda distintas con un conjunto de más de 30 términos de búsqueda diferentes. Además se consultaron las guías de sociedades médicas y de organizaciones, como el NACI (comité consultivo nacional sobre inmunizaciones).

Resultados

Las recomendaciones incluyen, por ejemplo, la ingesta de 1.500 mg de calcio (entre dieta y suplementos) y de 800 UI de vitamina D, por día, en mujeres posmenopáusicas. Debido a la asociación entre depresión y obesidad, las pruebas apoyan el uso de técnicas de modificación conductual, el aumento de la actividad (30 minutos de ejercicio de intensidad moderada 3 a 5 veces por semana) y la dieta de 500 a 1.000 kcal por día. El objetivo es perder del 5% al 10% de peso corporal, o de 0,5 a 1 kg por semana, durante 6 meses. Se recomienda un objetivo de presión arterial de menos de 130/80 mm de Hg en personas con diabetes mellitus.

En cuanto a las vacunas, recomiendan administrar la vacuna anti-neumocócica de 23 polisacáridos a personas sin hogar y a usuarios de drogas por vía parenteral, la vacuna de la gripe a mujeres embarazadas y a cuidadores de niños de menos de 2 años, y a los niños entre 2 y 4 años. El NACI recomienda el uso de la vacuna para la prevención de herpes zóster y sus complicaciones en personas de más de 60 años de edad que no tienen contraindicaciones para la vacuna.

Conclusión

De manera concisa, se proporciona a los clínicos canadienses información actualizada que sustenta las nuevas recomendaciones preventivas.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

COMENTARIO

Independientemente de que las recomendaciones correspondan a un territorio con una demografía y una morbimortalidad determinadas y que, por lo tanto, su traslación a otros ámbitos deba realizarse con cautela, contrastándolas con la información epidemiológica propia, hay dos aspectos destacables en este artículo. Por un lado, los autores afirman que el conjunto de recomendaciones que actualizan no está destinada a ser una herramienta rígida para el cuidado del paciente; por el contrario, debe servir como un recordatorio y documentación que ayude a las maniobras de salud preventiva, porque los médicos no deben abandonar su juicio clínico para decidir qué intervenciones son necesarias para cada paciente. Es una afirmación pertinente que avisa del abuso de protocolos y guías, frecuentemente utilizados como dogma, y que vale para el ejercicio clínico, no para las decisiones en políticas de salud. No es de recibo que sean los gestores y responsable sanitarios los que apelen al buen juicio clínico individual para admitir intervenciones terapéuticas o preventivas de dudosa efectividad y relevancia clínica, porque su misión es favorecer la distribución equitativa de recursos, controlando el efecto sobre el gasto sanitario y sobre la seguridad de los pacientes, una misión social que debe estar por encima de la variabilidad clínica injustificada y de la presión del mercado farmacéutico. Recuérdese a estos efectos la polémica sobre los condroprotectores en Baleares (1).

Otra aportación interesante es la recomendación que hace la Agencia de Salud Pública de Canadá para que se incluyan en los programas preventivos el análisis de los determinantes sociales de la salud, porque los pobres sufren más enfermedades y tienen una vida útil más corta, independientemente de su edad, raza, sexo o lugar de residencia; y porque las personas analfabetas son también más propensas a estar desempleadas, a tener peor salud y a morir antes. Estos efectos empiezan a manifestarse desde la infancia, como refleja un reciente informe de la OMS (2).

Sería deseable que en España dispusiéramos de un organismo o fuente de autoridad reconocida que iluminase a los profesionales de la salud y a la población con información actualizada y rigurosa sobre la validez de las recomendaciones preventivas, y que esa información se actualizase periódicamente y se difundiese puntual y ampliamente.

Luis Palomo

Unidad Docente. Área de Salud de Cáceres

(1) Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2012/02/01/mas-sobre-los-condroprotectores-en-baleares/>

(2) Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey Health Policy for Children and Adolescents, No. 6 2012. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. Accesible en: <http://bit.ly/lw54TK>.

La asistencia a centros de día no influye en la utilización posterior de servicios sanitarios

Iecovich E, Biderman A.

Use of adult day care centers: Do they offset utilization of health care services?
The Gerontologist. 2012;doi:10.1093/geront/gns036.

Contexto

Las enfermedades crónicas relacionadas con la edad constituyen la carga de morbilidad más importante en términos de uso y coste de servicios sanitarios. Existe cierta evidencia acerca de que determinadas intervenciones de carácter social, en personas mayores, pueden reducir la utilización de servicios sanitarios en este segmento de población. Los centros de día son dispositivos donde las personas mayores frágiles reciben cuidados personales, sociales e incluso de salud a un coste relativamente bajo.

Objetivo

Analizar si la asistencia de personas mayores a un centro de día se relaciona con una menor utilización de servicios sanitarios hospitalarios y ambulatorios.

Diseño

Diseño casi-experimental antes-después con grupo control no equivalente.

Métodos

La muestra estuvo integrada por 800 individuos mayores de 60 años, miembros de una HMO, que presentaban algún grado de dificultad física, estado cognitivo intacto y que residían en el sur de Israel. La variable que determinó la exposición fue la asistencia a un centro de día. El grupo control incluyó 400 individuos no usuarios de centros de día seleccionados mediante un procedimiento de apareamiento por edad, sexo, estado funcional y mismo médico de familia que los usuarios. La recogida de datos incluyó entrevistas personalizadas a los participantes. La información sobre la utilización de servicios sanitarios se obtuvo de los registros clínicos informatizados de la HMO.

La variable resultado fue la utilización de servicios sanitarios en términos de visitas a especialistas, a servicios de urgencias, ingresos y estancias hospitalarias, medidas un año antes y seis meses después de la asistencia al

centro de día. Como variables explicativas se consideraron la comorbilidad, el grado de autonomía personal y diferentes variables sociodemográficas, especialmente las que informaban sobre la situación económica de los participantes. El análisis estadístico incluyó un análisis bivariado, de correlación y de regresión lineal múltiple.

Resultados

El análisis de correlación mostró que la morbilidad se asoció significativamente con una mayor demanda de servicios sanitarios. Se observó asimismo una correlación positiva en el grado de utilización de los diferentes servicios sanitarios analizados. Pero salvo en el número de visitas a especialistas seis meses después, los usuarios de centros de día no mostraron diferencias significativas respecto a los no usuarios. El análisis de regresión múltiple indicó que la asistencia a un centro de día no se relacionó con una reducción posterior en la utilización de servicios sanitarios. Tanto la comorbilidad como la magnitud de utilización de servicios sanitarios previa a la entrada en centros de día, fueron predictores significativos de la demanda en los seis meses posteriores a la entrada en un centro de día.

Implicaciones

Se plantea la necesidad de revisar la oferta de los centros de día para incluir servicios de atención primaria de salud y rehabilitación con el objetivo de alcanzar un modelo de atención integral. Esta modificación puede suponer una mayor utilización de estos dispositivos por parte de las personas mayores y, consecuencia de ello, una reducción en la utilización de los servicios sanitarios convencionales.

Financiación: Instituto Nacional de Israel para la investigación de políticas de salud.

Conflicto de interés: No consta.

Correspondencia: iecovich@bgu.ac.il

COMENTARIO

La mejora en la esperanza de vida que se ha producido en los países industrializados en el último siglo ha tenido como consecuencia inmediata el envejecimiento progresivo y mantenido de sus poblaciones. España presenta la mayor esperanza de vida de la UE-15. A uno de enero de 2012, el 17,4% de la población residente en España, 8.221.000 personas, habían superado la edad de 65 años (1) y está previsto que se alcancen los 16 millones en el año 2050.

En un escenario de crisis económica como el actual, la sostenibilidad de las prestaciones que ofrecen los sistemas sanitarios es un asunto prioritario de los gobiernos de los países desarrollados. Este es el marco en el que se inscribe el artículo analizado, que aunque refuta la hipótesis de trabajo inicial en la misma línea que otros estudios publicados (2), plantea la conveniencia de contar con dispositivos eficientes y de calidad que proporcionen una atención integral a las personas mayores frágiles. Para responder a las necesidades de atención de las personas dependientes y con enfermedades crónicas, resulta ne-

cesario replantear la organización de los servicios sanitarios y sociales buscando fórmulas para abordar las respuestas socio-sanitarias que demandan este colectivo. El esfuerzo realizado por las comunidades autónomas en el desarrollo de recursos sociosanitarios (3) es un buen punto de partida para consolidar y avanzar en un modelo de coordinación que garantice la continuidad y la calidad en los cuidados a las personas en situación de dependencia.

Félix Pradas Arnal

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.
 Gobierno de Aragón

(1) Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: 19 de abril de 2012. Avance de la Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2012. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np710.pdf>.

(2) Crane DR, Christenson JD. The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. *Contemp Fam Ther.* 2008;30:127-38.

(3) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid, 2011.

Incremento de los antipsicóticos en el tratamiento de la depresión entre 1996 y 2005 en EE.UU.

Fullerton CA, Busch AB, Normand SL, McGuire TG, Epstein AM.

Ten-year trends in quality of care and spending for depression: 1996 through 2005.

Arch Gen Psychiatry. 2011;68:1218-26.

Contexto

La introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros nuevos fármacos antidepresivos con menor incidencia de efectos adversos mortales y menos interacciones han permitido ubicar en el ámbito de la atención primaria parte del tratamiento por depresión. En 1999 empezaron a estar disponibles los medicamentos genéricos de estos nuevos fármacos antidepresivos, y en 2004 aparecieron las advertencias de la FDA sobre el aumento de suicidios en niños, adolescentes y jóvenes.

Objetivo

Examinar las tendencias temporales en la utilización de servicios sanitarios, costes y calidad del tratamiento en los pacientes con depresión.

Tipo de estudio

Estudio observacional de tendencias. Cohortes anuales de adultos en Medicaid diagnosticados de depresión (18-64 años) entre 1996 y 2006 en Florida. Como criterios de inclusión: algún ingreso hospitalario con diagnóstico principal de depresión, o al menos 2 visitas a consultas externas con el diagnóstico de depresión. Se excluyeron la doble cobertura sanitaria o inferior a 10 meses al año y los diagnósticos de esquizofrenia o trastorno bipolar.

Medición de los principales resultados

Costes de los servicios de salud mental y sus componentes: ingresos hospitalarios, consultas externas y medicación. Se incluyeron las hospitalizaciones con trastorno mental como diagnóstico principal. Los costes de consultas externas fueron categorizados en psicoterapia, visitas médicas y otros servicios. Los fármacos incluidos fueron antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, y otros psicótropos. Se evaluó la calidad del tratamiento en distintas fases, midiendo adherencia a la medicación, psicoterapia y visitas de seguimiento.

Resultados más importantes

El porcentaje de pacientes con depresión permaneció estable en las diferentes cohortes (5.6%-5.7%). El coste de los servicios de salud mental por paciente aumentó un 29% después de ajustar por inflación y características de los pacientes, desde 2.802\$ hasta 3.610\$ de media por paciente durante este periodo. La mayor parte de este aumento se produjo por el coste farmacéutico (con un 110% de incremento), explicado principalmente por los antipsicóticos (949% de incremento). El tratamiento con antidepresivos aumentó de 80,6% a 86,8% y con antipsicóticos de 25,9% a 41,9%. El porcentaje de pacientes con depresión que estuvieron hospitalizados disminuyó de 9,1% a 5,1%, y el de los que recibieron tratamiento con psicoterapia de 56,6% a 37,5%. La calidad del tratamiento aumentó ligeramente en la prescripción de antidepresivos pero se observó una reducción en las visitas de control.

Conclusión

Durante la década estudiada, los costes por depresión se incrementaron sustancialmente, mientras la calidad del tratamiento sólo mejoró ligeramente. La prescripción de fármacos antipsicóticos es uno de los principales factores contribuyentes a este incremento del coste.

Fuente de financiación: Ayudas de The National Institute of Mental Health.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: fullerton@hcp.med.harvard.edu.

COMENTARIO

El principal hallazgo es la importante elevación en la prescripción de antipsicóticos a los pacientes con depresión y su impacto en el coste del tratamiento. Especialmente alarmante si tenemos en cuenta que los pacientes con comorbilidad por esquizofrenia o trastorno bipolar fueron excluidos de la muestra. El tratamiento con antipsicóticos está únicamente recomendado en una pequeña proporción de pacientes con depresión (1) que presentan síntomas psicóticos, o como una opción terapéutica más para aquellos pacientes que no responden a los antidepresivos.

El incremento en la prescripción de antipsicóticos se observó en todos los subtipos de depresión: del 61,8% al 78,8% en la depresión mayor con psicosis, del 19,8% al 32,9% en la depresión mayor sin psicosis, y del 9% al 19,6% en otras depresiones. Estos resultados son consistentes con los de otros estudios en EEUU (2) que indican que la introducción de los antipsicóticos atípicos ha supuesto la extensión de sus indicaciones. Además, la aprobación por parte de la FDA de dos nuevos antipsicóticos atípicos como tratamiento adyuvante de los antidepresivos para la depresión mayor, en 2007 y 2009, puede acelerar esta tendencia.

La expansión del uso de antipsicóticos en el tratamiento de la depresión es especialmente preocupante, tanto por el riesgo de efectos secundarios (síndrome metabólico, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía o síndrome neuroleptico maligno), como por la falta de evidencia disponible sobre sus beneficios. En una revisión sistemática reciente (3) de los ensayos clínicos que evalúan los antipsicóticos atípicos como tratamiento adyuvante en pacientes que no responden a los antidepresivos, comparado con placebo, la eficacia a corto plazo fue baja (NNT=9) y falta información sobre eficacia a largo plazo. Dado el coste y los problemas de seguridad conocidos es necesario realizar ensayos clínicos que los comparen con otras opciones terapéuticas con mejor potencial riesgo-beneficio.

¿Está ocurriendo lo mismo en nuestro entorno? Un estudio descriptivo señala que el consumo de fármacos antipsicóticos en Cataluña prácticamente se duplicó en la década 1991-2001 (de 3,41 a 6,04 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes/día), principalmente debido al incremento de los atípicos, iniciado en 1993 y que en 2001 alcanzó las 3,27 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes/día (54% del consumo total). Aunque no disponemos de mejores datos, los hallazgos de este estudio descriptivo sugieren que aquí también puede estarse produciendo el fenómeno de extensión de indicaciones de los antipsicóticos atípicos.

Montserrat Ferrer

IMIM-Institut de Recerca Hospital del Mar, Barcelona

(1) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry. 2000;157(4 suppl):1-45.

(2) Alexander GC, Gallagher SA, Mascola A, Moloney RM, Stafford RS. Increasing off-label use of antipsychotic medications in the United States, 1995-2008. Pharmacoeconom Drug Saf. 2011;20:177-84.

(3) Nelson JC, Papakostas GI. Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomised trials. Am J Psychiatry. 2009;166:980-91.

(4) Pérez J, Marín N, Vallano A, Castells X, Capella D. Consumo y gasto de fármacos antipsicóticos. Actas Esp Psiquiatr. 2005;33:110-6.

La eficiencia de la incorporación de la enfermería en las consultas depende del modelo organizativo

Liu N, D'Aunno T.

The productivity and cost-efficiency of models for involving nurse practitioners in primary care: A perspective form queuing analysis. Health Serv Res. 2012;47:594-613.

Contexto

La falta crónica de médicos de atención primaria en Estados Unidos conlleva demoras asistenciales. La inclusión de personal de enfermería en la atención primaria es una de las estrategias planteadas para resolver este problema, pero no hay evidencia que justifique la eficiencia de la misma.

Objetivo

Evaluar la productividad y la eficiencia de diferentes modelos de trabajo del personal de enfermería en atención primaria.

Método

El estudio define el tiempo de espera como requisito básico de la atención, la productividad como el número máximo de pacientes que pueden ser atendidos para una demora asistencial de 24 horas, y la eficiencia como el coste anual por paciente atendido.

Parte de 3 modelos básicos asistenciales: 1) Médico solo: un profesional médico atiende toda la demanda. Es el modelo básico de comparación. 2) Enfermeras supervisadas: personal de enfermería, bajo diferentes niveles de supervisión médica, atiende a un porcentaje de la demanda, derivando parte de la misma al médico. 3) Atención compartida: médico y enfermera comparten el mismo panel de pacientes, dividiéndose la atención entre ellos, sin supervisión y con autonomía asistencial completa.

Utiliza la teoría de colas para representar el flujo de pacientes por el sistema, a partir de una serie de parámetros (tasa de demanda, capacidad asistencial diaria de médico y enfermera, porcentaje de reparto de la demanda entre médico y enfermera, tasa de derivación de la enfermera al médico y salario anual) derivados de estudios americanos.

Resultados

El modelo de atención compartida (los pacientes se distribuyen entre médicos y enfermeras con completa autonomía) es el más eficiente. El modelo de supervisión solo es eficiente cuando el porcentaje de pacientes que son vistos inicialmente por la enfermera está entre el 40 y el 50%, debido a la infrautilización del personal de enfermería.

Conclusiones

La productividad y eficiencia del personal de enfermería en la atención primaria depende del modelo organizativo en el que se desarrolle su trabajo y de otros factores ligados al entorno asistencial.

Financiación: No especificada.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: nl2320@columbia.edu

COMENTARIO

El papel de la enfermería en nuestro modelo de atención primaria está establecido desde el principio de la reforma en los años 80, aunque sigue siendo periódicamente puesto en cuestión. Hay evidencia suficiente sobre la no inferioridad del personal de enfermería adecuadamente preparado en el manejo de pacientes agudos y crónicos (1), aunque ello no suponga reducción de la carga de trabajo de los médicos (2). Por otro lado, a 25 años de la publicación de la Ley General de Sanidad, las propuestas sobre el modelo de Atención Primaria del siglo XXI siguen almacenándose en los anaqueles de los despachos. El papel de la enfermería es motivo de polémicas frecuentes, donde la visión corporativa y defensa de las competencias sigue pesando más que otras consideraciones sobre su impacto. Las propuestas del último informe SESPAS, se orientan al papel de la enfermería en la coordinación y seguimiento de pacientes crónicos, sobre todo a nivel domiciliario (3).

El trabajo revisado se inscribe en un contexto asistencial muy alejado del nuestro (el modelo del "médico solo" prácticamente no existe en el SNS), y utiliza unos criterios de calidad (ausencia de demoras asistenciales) y unas definiciones de productividad (número de consultas) y de eficiencia (coste salarial por consulta) que suenan extrañas en nuestro medio. Sin embargo, las conclusiones del estudio pueden ser perfectamente aplicables a nuestro sistema: la incorporación de per-

sonal de enfermería solo será eficiente si se le da autonomía y responsabilidad en la atención a los pacientes, y el entorno organizativo propio de cada centro es el que determinará el éxito de esa experiencia.

No es mucho, pero no deja de ser útil recordar que las evidencias sobre intervenciones organizativas complejas pocas veces pueden derivarse de modelos simples y que es el análisis de las razones de los éxitos y fracasos de experiencias reales el que nos puede enriquecer con la comprensión del efecto en la vida real de decisiones tomadas en los despachos (4).

José María Abad Díez

Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Aragón

(1) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271.

(2) Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: Randomised controlled trial. BMJ. 2004; 328: 927-30. doi: 10.1136/bmj.38041.493519.EE.

(3) Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):63-8.

(4) Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist Review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Health Serv Res Policy. 2005;10(S1):21-34.

Gasto hospitalario, calidad y resultados. No es solo cuestión de financiación, también de uso efectivo de recursos

Stukel TA, Fisher ES, Alter DA, Guttman A, Ko DT, Fung K, et al.

Association of hospital spending intensity with mortality and readmission rates in Ontario hospitals. *JAMA*. 2012;307:1037-45.

Objetivo

Evaluar si los pacientes atendidos en hospitales de coste más elevado presentan tasas de readmisiones y mortalidad menores que los atendidos en hospitales con menor coste.

Métodos

Se identificaron cuatro cohortes de pacientes ingresadas en hospitales del sistema sanitario público de Ontario (Canadá) entre 1998 y 2008. Cada cohorte la conforman pacientes con alguna de las siguientes causas principales de ingreso: 1) infarto agudo de miocardio, 2) fallo cardíaco congestivo, 3) fractura de cadera o 4) cáncer de colon. Las cuatro son causas de ingreso muy frecuentes y de elevada mortalidad.

Participaron en el estudio 127 hospitales. Se excluyeron aquellos con menos de 10 ingresos por estas patologías. Asimismo, se aplicaron criterios de exclusión de pacientes específicos de cada cohorte, con el fin de hacerlas más homogéneas.

La variable de exposición, intensidad de gasto del hospital, se calculó a través de un índice EOL-EI, calculado en base al gasto medio por paciente fallecido durante el último año. Con el fin de controlar aquellos factores que pudieran condicionar el resultado analizado, además del gasto hospitalario, los análisis tuvieron en cuenta la calidad de la atención prestada –a través de indicadores específicos para cada cohorte– y la presencia de patologías asociadas –mediante el índice de comorbilidad de Charlson.

Se realizaron modelos de regresión logística para predecir mortalidad a 30 días; modelos de Cox para comparar mortalidad y reingresos entre categorías de hospitales; y análisis de supervivencia para controlar posibles agrupaciones de pacientes dentro de un mismo hospital.

Resultados y Conclusiones

Los hospitales con mayor intensidad de gasto presentan mejores resultados, en términos de supervivencia y reingresos, para pacientes con enfermedades graves. Del estudio se deriva, además, que en los hospitales de coste más elevado existen otras circunstancias que tienen un papel muy relevante en la disminución de mortalidad y reingresos. Se trata de factores relacionados con la calidad de la atención en pacientes graves (i.e. mayor actividad formativa del centro, existencia de personal de enfermería altamente especializado, mayor número de especialistas, implantación de técnicas y procedimientos altamente especializados como cateterización cardíaca o la propia existencia de unidad cirugía cardíaca, entre otros).

Financiación: Canadian Institute of Health Research, US National Institute of Aging and Ontario Ministry of Health and Long-term Care.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: stukel@ices.on.ca

COMENTARIO

¿Estaríamos más sanos si gastáramos más en salud? Investigar la relación entre costes, calidad de la atención y resultados es hoy, más que nunca, necesario. El conocimiento adquirido en los innumerables estudios realizados durante estos años debiera tenerse en cuenta ineludiblemente para adoptar las mejores decisiones posibles sobre racionalización de gasto asistencial.

Sin embargo, avanzar de forma decidida en conocer el papel de los propios servicios sanitarios como determinantes de salud requiere, entre otros factores, de la disponibilidad y accesibilidad a datos e información fiables. Los sistemas nacionales de salud parten de una situación de ventaja en este sentido, ya que permiten hacer análisis de carácter poblacional y no se debería desaprovechar esta oportunidad.

Innumerables estudios han abordado diferentes aspectos de las relaciones existentes entre financiación, calidad de la atención y resultados en salud (1-3). El análisis riguroso de mortalidad e ingresos, dos indicadores robustos y ampliamente utilizados, aplicado a pacientes graves atendidos en hospitales de alta especialización, donde los costes por paciente son extraordinariamente elevados, puede ofrecer información muy útil para la toma de decisiones.

Este estudio, realizado en el contexto de un sistema de salud, pone de manifiesto, de manera rigurosa, que los resultados tras hospitalización por alguna de las cuatro patologías graves seleccionadas, están asociados con la intensidad de coste.

Sin embargo, el nivel de gasto sanitario es un predictor de resultados en salud relativamente pobre (4). Hay un aspecto clave que se podría obviar si se hace una lectura superficial de este trabajo: que los hospitales con mayor coste se diferencian de otros, además, en una serie de aspectos que son los que pueden determinar, realmente, la supervivencia y resulta-

dos en pacientes muy graves. Ejemplos de ello son: mayor uso de la evidencia científica, personal más y mejor entrenado en situaciones clínicas graves, dotación de tecnología de alta especialización o más actividad formativa y de investigación, entre otras.

Cabría preguntarse si se debería dotar de recursos altamente especializados a todos los hospitales para asegurar unos resultados óptimos en todo los tipos de pacientes que atienden, incluidos los muy graves. La contestación podría ser afirmativa si los recursos fueran ilimitados. Pero no lo son; no lo han sido nunca, solo que ahora esta realidad es mucho más evidente. Frecuentemente, cuesta ver que no es solo una cuestión económica, sino de un uso apropiado de los recursos. Por ello, las estrategias debieran ir dirigidas, más bien, hacia establecer modelos de prestación de servicios que aseguren que el paciente grave sea atendido con el menor riesgo posible y en el centro mejor preparado para ello.

Alexandra Prados Torres

Investigadora SNS. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón)

(1) Fowler FJ, Gallagher PM, Anthony DL, Larsen MA, Skinner JS. Relationship between regional per capita Medicare expenditures and patient perceptions of quality of care. *JAMA*. 2008;299(20):2406-12.

(2) Guttman A, Scull MJ, Vermeulen MJ, Stukel A. Association between waiting time and short term mortality and hospital and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:1-8.

(3) Andrés E, Cordero A, Magán P, Alegría E, León M, Luengo E, et al. Long-term mortality and hospital readmission after acute myocardial infarction: an eight-year follow-up study. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:414-20.

(4) Anderson GF, Chalkidou K. Spending on medical care. ¿More is better? *JAMA*. 2012;299: 2444-5.

Legislación sobre genéricos y marcas en Canadá. Aspectos a evitar en el contexto español

Grootendorst P, Bouchard R, Hollis A.

Canada's laws on pharmaceutical intellectual property: the case for fundamental reform. *CMAJ*. 2012;184:543-9.

Contexto

En Canadá, las leyes que regulan la protección intelectual de las marcas farmacéuticas (moléculas de nueva creación), generan gran cantidad de litigios entre las compañías que han desarrollado estas marcas y las productoras de medicamentos genéricos.

Estos conflictos generan gastos anuales superiores a los 100 millones de dólares canadienses, que repercuten en la capacidad de las administraciones para adquirir medicamentos y, por lo tanto, en los propios consumidores.

Objetivos

Describir cómo la adaptación de las compañías farmacéuticas a la legislación canadiense ha generado altos costes y proponer algunas soluciones.

Método

Se trata de un artículo de análisis y opinión. Se analizan los siguientes aspectos: 1) Cambios en la legislación canadiense sobre propiedad intelectual desde 1969 a la actualidad, incluyendo las posibles respuestas que permiten estos cambios a las firmas farmacéuticas, y los problemas derivados. 2) Propuestas de posibles soluciones.

Resultados

Una de las principales fuentes de problemas es la gran complejidad e incertidumbre jurídica generada por la coexistencia de tres mecanismos legales diferentes, pero profundamente entrelazados entre sí, que tienen competencias en lo referente a la propiedad intelectual de los productos farmacéuticos: la Ley de Patentes, el conjunto de normas reguladoras de las Patentes Médicas y la Ley de Protección de Datos.

Precisamente este panorama tan confuso, otorga a las empresas de genéricos y a las compañías que han desarrollado medicamentos innovadores las herramientas legales para enfrentarse entre sí sobre la duración de los periodos de exclusividad de los distintos productos en el mercado. Cada una de ellas puede defender sus intereses con una base legal, puesto que según que ley se aplique, puede ser que ya exista la

opción de fabricar el genérico de determinado compuesto, mientras que según otra ley diferente, aún sea vigente el periodo de exclusividad de la marca.

Recientemente en Canadá se han tomado decisiones muy importantes a nivel provincial con el plan de medicamentos genéricos. Con la aplicación de este plan, los medicamentos genéricos reducirían su precio hasta un mínimo del 25% del precio de la marca correspondiente. Este hecho puede llevar a desincentivar a las empresas de genéricos para competir por el mercado farmacéutico, dada la más que posible reducción de los beneficios. Una consecuencia directa de esta decisión sería la existencia de largos periodos de exclusividad de las marcas y, por consiguiente, de un mayor coste para el contribuyente.

Una posible solución a este problema sería el que las autoridades competentes fijaran el periodo de exclusividad en el mercado de los medicamentos innovadores. Esto garantizaría la seguridad de la inversión en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos a las empresas farmacéuticas, pues les proporcionaría margen suficiente para el beneficio. También reduciría el número de conflictos legales con las empresas de genéricos, pues éstas sabrían con exactitud los plazos que deberían aguardar para lanzar al mercado sus productos.

Financiación del estudio: No consta.

Conflictos de intereses: P. Grootendorst ha trabajado en The Pharmaceutical Policy Network Advisory Committee of Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies (Rx&D). Él y A. Hollis han sido consultores para the Canadian Generic Pharmaceutical Association. Ambos han realizado informes y/o han sido consultados como expertos, tanto por las industrias farmacéuticas que investigan en especialidades de nueva aparición como por las que fabrican genéricos. A. Hollis ha recibido compensaciones económicas por parte de la Fundación bioMérieux conferencias y posee acciones de Novartis.

Correspondencia: paul.grootendorst@utoronto.ca

COMENTARIO

Los autores analizan los problemas surgidos en Canadá motivados por la legislación vigente en ese país, en lo referido a las patentes y propiedad intelectual de las marcas farmacéuticas de nueva creación y la fabricación de genéricos. Comienzan con una amplia exposición de las leyes canadienses sobre propiedad intelectual desde 1969 hasta la actualidad. Manifiestan el enorme grado de confusión generado por estas normativas que a su vez producen un enorme número de litigios entre empresas y su correspondiente repercusión en los propios ciudadanos y su poder adquisitivo (1). Analizan las diferentes estrategias seguidas por las empresas farmacéuticas para adaptarse a esta evolución de las leyes. Por último, proponen una serie de posibles soluciones (2-4).

A pesar de que la legislación canadiense no es similar a la española, el artículo puede aportar ideas positivas y aplicables en

estos tiempos de ajustes económicos en los que la financiación de los medicamentos por parte de las administraciones públicas no se ve plenamente afectada.

Rodrigo Jiménez García

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública, Inmunología y Microbiología Médicas. Universidad Rey Juan Carlos

(1) Caffrey A, Rotter J. Consumer protection, patents and procedure: generic drug market entry and the need to reform the Hatch-Waxman Act. 2004. Disponible en: www.vjolt.net/vol9/issue1/v9i1_a01-Caffrey.pdf.

(2) Kingston W. Reducing the cost of resolving intellectual property disputes. *Eur J Law Econ*. 1995;2:85-92.

(3) European Commission. Pharmaceutical sector inquiry - final report. The Commission: 2009. Disponible en: <http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/>

(4) Grootendorst P, Hollis A. The Canada - European Union comprehensive economic and trade agreement: an economic impact assessment of proposed pharmaceutical intellectual property provisions. *J Gene Med*. 2011;8:81-103.

Evaluar las crisis sanitarias. Utilidad o ejercicio de investigación

Wielders CCH, van Lier EA, van 't Klooster TM, van Gageldonk-Lafeber AB, van den Wijngaard CC, Haagsma JA, et al. **The burden of 2009 pandemic influenza A(H1N1) in the Netherlands. Eur J Public Health. 2012;22:150-7.**

Objetivo

Determinar la carga de enfermedad medida por los Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD) que supuso en Holanda la pandemia por un nuevo subtipo de virus de gripe, A (H1N1) declarada por la OMS, compararla con la carga de enfermedad general y con la gripe estacional en otras temporadas.

Métodos

El periodo de estudio fue mayo-diciembre de 2009. Como fuentes de datos se emplearon: Red de médicos centinelas de atención primaria, que recoge casos de enfermedad aguda y neumonía; sistema de notificación específico de hospitalizaciones y muertes debidas a A (H1N1) y registro de mortalidad con datos de temporadas previas.

Un AVAD equivale a la pérdida de un año de vida con salud (OMS) y la carga de enfermedad es la suma de los Años Potenciales de Vida perdidos y Años de Vida Vividos con Discapacidad. Los autores establecen 6 hipotéticos escenarios donde varían los indicadores utilizados para calcular los AVAD: A) El escenario base incluye las complicaciones neumonía, otitis media y sordera, síndrome de distrés respiratorio y sepsis, con rango de severidad. B) El escenario 2 utiliza neumonía, otitis media y sordera. C) Escenario 3: Suponen infraestimación de neumonía calcula AVAD con el doble de las notificadas. D) Escenario 4: Suponen que el impacto en la calidad de vida de la gripe pandémica fue la mitad que el debido a una gripe estacional. E) Escenario 5: Supone infraestimación con

sólo el 20% de los pacientes visitando a su médico. F) Escenario 6: Ajustan esperanza de vida del 90% de los fallecidos a alguna enfermedad de base.

Resultados

La incidencia de gripe fue de 178 casos/100.000 habitantes y el número de AVAD estimados en el escenario base fue de 5.800 (0,13% del total de AVAD). Previamente, en 2003, se estimaron 4.49 millones de AVAD perdidos en Holanda, siendo el 0,15% (6.817 AVAD) debidos a gripe. Los AVAD para el resto de escenarios fueron: 4.827 (escenario 2); 6.578 (escenario 3); 4.462 (escenario 4), 7.146 (escenario 5); y 5.052 (escenario 6).

Conclusión

La estimación de AVAD confirmó que la pandemia de gripe del 2009 fue una epidemia media, comparable a las recientes temporadas de gripe estacional, a pesar de una elevada mortalidad en gente joven. La metodología utilizada permite la comparación entre diferentes problemas de salud, años y países, permitiendo estimar costes de la pandemia de gripe.

Fuente de financiación: Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte de Holanda.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: marianne.van.der.sande@rivm.nl

COMENTARIO

Una situación de crisis cumple tres características: cambio en una situación preestablecida; situación aguda y necesidad de actuación urgente. Generalmente, lo inesperado del problema, la incertidumbre y la presión social, derivan en actuaciones descoordinadas. La toma de decisiones en estos casos debería tener un carácter participativo, facilitando la credibilidad de los argumentos técnicos (1).

El proceso de evaluación de las decisiones debe realizarse desde el comienzo de la crisis permitiendo el establecimiento de criterios de medición. Este proceso determina si ha habido éxito, identifica las lecciones que hay que aprender y analiza si el coste-beneficio de la decisión fue razonable (1).

En el año 2009 el Centro Europeo para el Control de Enfermedades y la OMS recomendaron prolongar la vigilancia de la gripe estacional y establecer medidas específicas (2), muy cuestionadas posteriormente. Una vez finalizada la pandemia, en España y en el resto de Europa, se concluyó que el nivel de intensidad gripal había sido similar a las últimas temporadas y se criticó desde casi todos los ámbitos, sanitarios o no, las medidas tomadas y el coste generado.

Los estudios de carga de enfermedad permiten evaluar a posteriori las crisis de salud pública, incorporando las consecuencias no mortales de las enfermedades mediante indicadores sintéticos. Entre ellos, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) son cada vez más utilizados para valorar el impacto en salud de las enfermedades en una población, debiendo facilitar la toma de decisiones y priorizar intervenciones sanitarias.

En este estudio, los autores evalúan la pandemia de gripe en Holanda, mediante el cálculo de los AVAD, según posibles escenarios con valores diferentes de resultados en salud, algunos de ellos sin apoyo bibliográfico, y no muy bien justificados. La conclusión principal que se extrae del artículo es que la intensidad de la pandemia medida por la incidencia y por los AVAD calculados en casi todos los escenarios fue media y similar a otras epidemias de gripe, como ya era conocido (2).

Para evaluar esta pandemia deben de realizarse otro tipo de análisis más complejos (3), como los de impacto económico (4) o con metodología cualitativa que valore la perspectiva de los sanitarios y de otras partes implicadas y que finalmente ayude a elaborar unas recomendaciones de actuación para futuras crisis sanitarias, útiles y consensuadas.

M^a Pilar Rodrigo Val

Dirección General de Salud Pública de Aragón

(1) Gervás J, Meneu R. Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Acieros y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit.2010;24(Suppl 1):33-6.

(2) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la gripe en España. Evolución de la gripe pandémica por A H1N1 (Desde la semana 20/2009 hasta la semana 20/2010). Disponible en: <http://vgripe.isciii.es/gripe>.

(3) Greco D, Stern EK, Marks G. Review of ECDC's response to the influenza pandemic 2009–2010. Stockholm: ECDC; 2011.

(4) Galante M, Garin O, Sicuri E, Cots F, García-Altés A, et al. Health services utilization, work absenteeism and costs of pandemic influenza A (H1N1) 2009 in Spain: A multicenter-longitudinal study. PLoS ONE. 2012;7: e31696. doi:10.1371/journal.pone.0031696.

Comer fritos parece no ser tan malo para la salud cardiovascular

Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, López-García E, León-Muñoz L, Amiano P, Ardanaz E, et al.

Consumption of fried foods and risk of coronary heart disease: Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. *BMJ*. 2012;344:e363.

Objetivo

Evaluar la asociación entre el consumo de fritos y el riesgo de enfermedad coronaria.

Método

El EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) es un ambicioso y extenso programa europeo para investigar la influencia de la dieta, el estado nutricional, el estilo de vida y diversos factores ambientales sobre la incidencia de cáncer y otras enfermedades crónicas. Es un estudio de seguimiento de una cohorte multinacional (10 países) con 520.000 sujetos reclutados que se inició en el año 1992. Este artículo utiliza los datos recogidos de la cohorte española (41.438 sujetos) correspondientes al consumo de alimentos cocinados por medio de fritura y de los eventos cardiovasculares durante 12 años.

Resultados

Durante los 12 años de seguimiento, no se encontró asociación entre el consumo de fritos y los eventos de enfermedad coronaria. Tampoco con el conjunto de causas de mortalidad. Estos resultados eran independientes del tipo de aceite usado para freír (62,5% utilizaban aceite de oliva y el resto aceite de girasol u otros aceites vegetales) y también del tipo de productos que se consumieron fritos. Si bien el proceso de la fritura aumenta en general la formación de grasas trans, que incrementan el riesgo cardiovascular, este aumento parece ser que también depende

de la técnica de fritura (a la plancha o con mucho aceite), del grado de reutilización del aceite, del tipo de alimento y, sobre todo, del tipo de aceite, mayor cuando se utilizan grasas sólidas. Sin embargo, la fritura también hace más saludables algunos alimentos. El proceso de la fritura es complejo y no bien conocido aún.

Conclusión

En un país mediterráneo como España, donde el consumo de alimentos fritos es elevado, tanto en casa como fuera de ella, y donde el aceite de oliva y el de girasol son los más frecuentemente utilizados para freír, no parece existir asociación entre dicho consumo y el riesgo de sufrir un evento cardiovascular o, incluso, un evento fatal por otra causa, si bien existen otros factores no estudiados aquí y que pudieran tener su importancia, como el grado de reutilización del aceite para freír. Por otra parte, el consumo en España de otras fuentes de fritos no saludables como los aperitivos fritos (snacks) con altas dosis de sal y bajos en grasa (low-fat o fat-free) a base de carbohidratos refinados, afortunadamente no es aún muy elevado.

Fuentes de financiación: Diversos proyectos del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y del Instituto de Salud Carlos III, así como de otras entidades públicas dependientes de diferentes comunidades autónomas.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: mpilar.guallar@uam.es

COMENTARIO

A pesar de que actualmente está ampliamente aceptado que el régimen dietético es un determinante importante del riesgo de enfermedades crónicas, en particular de las cardiopatías, y que los cambios en el régimen dietético en la población pueden reducir las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, también se admite que el efecto del asesoramiento dietético es incierto (1).

A principios de los años setenta comenzaron a difundirse estudios en los que se mostraban bajos niveles de enfermedades cardiovasculares en varios países mediterráneos, popularizándose el concepto de "dieta mediterránea" que, entre otros rasgos, se caracterizaba por un consumo alto en grasas, pero cuyo origen era fundamentalmente el aceite de oliva. Posteriormente estos hallazgos fueron consolidándose y refinándose hasta establecerse que los responsables del posible beneficio eran las grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas, mientras que, por el contrario, las grasas trans y las saturadas incrementaban el riesgo de enfermedad cardiovascular. (2)

En décadas recientes se han desarrollado muchos estudios sobre la relación entre el consumo de grasas en la dieta y las enfermedades cardiovasculares, pero no se había realizado ningún estudio prospectivo y específico sobre la asociación entre los alimentos fritos y el riesgo de enfermedades cardiovasculares con tan elevado número de participantes (más de 40.000 personas) y de seguimiento (12 años). Los que existían eran escasos e inconsistentes.

No obstante, los estudios dietéticos presentan la dificultad de que tienen muchas variables asociadas y son difíciles de seguir en el tiempo,

así como de evaluar la sinceridad de las respuestas de los sujetos, aparte del elevado número de sujetos bajo estudio y el número de años de seguimiento. La interesante novedad de este estudio es que se refiere no tanto a un país conocido por el importante consumo de grasas vegetales como al modo de utilización de las grasas en la alimentación. Especialmente tras la constatación en diferentes estudios del aumento de los riesgos para la salud cuando las grasas se someten a elevadas temperaturas.

Este estudio viene a demostrar que no se puede establecer con carácter general que el consumo de alimentos fritos sea malo para el corazón, aunque tampoco que su consumo frecuente sea recomendable.

La fritura incrementa las grasas trans y disminuye las insaturadas, pero el proceso de fritura es bastante complejo y de efectos contradictorios y no bien conocidos. No obstante, nadie negará que los fritos son una tentación difícil de evitar, que, al resultarnos tan agradables al paladar, nos incitan también a su abuso. Este sí que puede ser un problema mayor que los fritos en sí.

Ángel Galán Rebollo

Médico Inspector. Inspección del Área de Cáceres

(1) Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

(2) Gillman, MW. Dietary fat. In: UpToDate, Waltham, MA, 2011. <http://www.uptodate.com/>.

La reducción de la mortalidad coronaria en el Este de Europa es más explicada por la reducción de riesgos que por los tratamientos

Bandosz P, O'Flaherty M, Drygas W, Rutkowski M, Koziarek J, Wyrzykowski B, et al.

Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modelling study. BMJ. 2012;344:d8136. doi: 10.1136/bmj.d8136.

Objetivo

Medir qué parte del rápido descenso en la mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca (EIC) en Polonia, después del "experimento natural" que fue el cambio del comunismo a una economía de mercado en los comienzos de los 90, se podría explicar por el empleo de tratamientos médico-quirúrgicos y qué parte por los cambios en los factores de riesgo cardiovascular.

Contexto

A partir de 1990 desaparecieron subsidios a alimentos en el país, lo que originó una disminución muy importante del consumo de productos animales (50% en la mantequilla o 75% en la carne de ternera), a la vez que aumentó el acceso a frutas y verduras. Los polacos conocieron un incremento importante del poder adquisitivo sin que las desigualdades sociales aumentaran considerablemente.

Métodos

Desarrollo de un modelo con metodología IMPACT, utilizado en diversos países occidentales, para calcular el número de muertes prevenidas o postpuestas en Polonia entre 1991 y 2005, atribuibles a cambios en los tratamientos de la EIC o a variaciones en los factores de riesgo.

El modelo calcula, a partir de la cobertura de tratamientos, de datos de efectividad, de estadísticas oficiales y de estudios de prevalencia de factores de riesgo, la caída observada en la mortalidad atribuible a los diversos tratamientos y a los principales factores de riesgo.

Resultados

En los 15 años del estudio se redujo a la mitad la mortalidad por EIC, lo que representó 26.200 muertes menos en el 2005 en la población entre 25 y 74 años. El 54% de la reducción (estimación entre 41% y 65%) se atribuye a cambios en los factores de riesgo, fundamentalmente la reducción en colesterol total (39%), y el incremento en la actividad física (10%). Esto se compensa con incrementos del índice de masa corporal (-4%) y de prevalencia de diabetes (-2%). La hipertensión arterial decreció en mujeres, donde explica un 29% de la reducción, mientras que se incrementó en los hombres (-8%). En éstos la disminución del tabaquismo explicó una reducción del 15%, que fue desdeñable en mujeres. Los tratamientos, por otra parte, explican un 37% (estimaciones entre el 13 y el 77%) de la caída de la mortalidad. Esto incluye el tratamiento de insuficiencia cardíaca (12%), tratamiento inicial del síndrome coronario agudo (9%), prevención secundaria tras infarto agudo de miocardio o revascularización (7%), y otros en menor grado.

Conclusión

La mitad de la caída reciente en la mortalidad de EIC en Polonia se puede atribuir a reducciones en los principales factores de riesgo y aproximadamente un tercio a tratamientos basados en la evidencia.

Financiación: Ministerio de Salud de Polonia, European Commission PHEA y UK Medical Research Council.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: tz@gumed.edu.pl

COMENTARIO

Desde hace varias décadas se viene estudiando el impacto diferencial de las intervenciones preventivas y terapéuticas en la reducción observada de la mortalidad por enfermedades cardíacas (1). Este trabajo es uno de los primeros realizados en Europa del Este con la metodología IMPACT. A pesar de las evidentes diferencias del contexto socio-político, los resultados de este estudio son consistentes con los de países occidentales en los 80 y 90: el peso de la reducción de los factores de riesgo poblacionales estudiados en la caída de la mortalidad es superior al 50%, siempre mayor que el de los tratamientos médicos e intervencionistas.

En el estudio de similares características realizado en España (2), se destacaba también, en primer lugar, la importancia de la reducción media poblacional del colesterol por cambios en la dieta (y el mínimo papel de las estatinas), y en un segundo lugar la reducción de la hipertensión arterial, a pesar de que en España el porcentaje de hipertensos correctamente tratados es muy bajo.

Las estimaciones son menos precisas en el apartado de los tratamientos. En cualquier caso, con mayor peso relativo en España, en ambos países llama la atención que el impacto de la cardiología intervencionista en el síndrome coronario agudo explica apenas el 4% de reducción en las muertes, una cifra reducida en comparación con los tratamientos médicos de la insuficiencia cardíaca y de la angina estable. Una limitación reconocida y muy relevante del modelo es la no inclu-

sión de condicionantes sociales. En nuestro medio se ha demostrado un gradiente social, precisamente, en los factores que han tenido y mantienen una tendencia al empeoramiento, como son la prevalencia de diabetes y de sobrepeso/obesidad (3) o en el abandono del tabaquismo. Esto significaría que se apunta únicamente a factores muy proximales en la cadena causal, cuando debería ponerse el foco simultáneamente en los determinantes contextuales.

En un contexto de racionalización y limitación de recursos se tornan prioritarias, por una parte, las estrategias dirigidas a la industria de la alimentación (sustitución de grasas trans, reducción de azúcares y sal) como actuaciones rápidamente beneficiosas y ahorradoras, y, por otra, hacia políticas de reducción de desigualdades sociales, como medidas muy potentes, justas y sostenibles.

Juan Antonio Córdoba Doña

Delegación Provincial de Salud de Cádiz

(1) Tunstall-Pedoe H. The decline in coronary heart disease: did it fall or was it pushed? *BMJ*. 2012; 344: d7809.

(2) Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M et al. Análisis de la disminución de la mortalidad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64: 988-96.

(3) Espelt A, Arriola L, Borrell C et al. Socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus in Europe 1999-2009: a panorama of inequalities. *Curr Diabetes Rev*. 2011;7:148-58.

Riesgos y desencadenantes de discapacidad para la movilidad en ancianos: espacio para la investigación

Gill TM, Gahbauer EA, Murphy TE, Han L, Allore HG.

Risk factors and precipitants of long-term disability in community mobility. A cohort study of older persons.
Ann Intern Med. 2012;156:131-40.

Objetivo

Identificar factores de riesgo y desencadenantes (que provoquen ingreso hospitalario o reducción de la movilidad) asociados al desarrollo de DMC.

Tipo de estudio y población

Estudio de cohorte prospectivo a 12 años. Cohorte de 754 personas de 70 o más años agrupada en dos muestras para sendas tareas de movilidad: caminar 1/4 de milla y conducir un coche.

Mediciones

Se evaluaron los factores de riesgo, inicialmente y cada 18 meses y, mensualmente, los potenciales desencadenantes y la capacidad de movilidad. Se definió como DMC la discapacidad que se prolonga 6 meses consecutivos o más.

Análisis

Se utilizó la estimación de Poisson para exposición a desencadenantes; el modelo de riesgos proporcionales de Cox para análisis bivariante (entre factores de riesgo) y multivariante (entre desencadenantes) y aparición de DMC y diferencias de riesgos absolutos entre resultado y cada factor de riesgo independiente y entre resultado y desencadenantes.

Resultados

318 (56%) / 269 (53%) ancianos desarrollaron discapacidad. El análisis bivariable mostró una asociación fuerte con desarrollo de DMC en participantes con bajo rendimiento físico y, en menor grado, en edad avanzada y bajas autonomía, destreza manual y coordinación motora. Las personas que desarrollaron DMC presentaron tasas de exposición a ingresos y restricción de

actividad mucho mayor que las que no lo desarrollaron ($p < 0.001$ en ambas muestras). El análisis multivariante mostró una asociación independiente fuerte con el resultado en sujetos de edad avanzada y bajo rendimiento físico y menos fuerte, entre otros, en deterioro cognitivo y baja actividad física y autonomía. La mayor diferencia de riesgos absolutos para factores de riesgo independientes se observó en ancianos con bajo rendimiento físico (muestra de caminar) y con edad avanzada (conducir). La diferencia de riesgos absolutos fue mayor para los desencadenantes (ingresos y actividad restringida) que para cualquiera de los factores de riesgo. La más fuerte diferencia de riesgos absolutos se encontró en participantes que tenían un factor específico que, a lo largo del seguimiento, ingresaron.

Conclusiones

La discapacidad prolongada para la movilidad resulta de combinar factores predisponentes, que aumentan la vulnerabilidad del anciano, y procesos desencadenantes. Más de la mitad desarrollaron discapacidad para caminar un cuarto de milla o conducir, asociado con bajo rendimiento físico, autonomía o actividad física, factores modificables y susceptibles de intervenciones preventivas. Los desencadenantes, sobre todo ingresos fuertemente asociados al resultado (especialmente en participantes con pobre rendimiento físico), plantean, dada su alta incidencia, un campo atractivo de intervención.

Financiación: Principalmente por National Institute on Aging y National Institutes of Health.
Conflicto de intereses: www.acponline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForms.do?msNum_M11-1227

Correspondencia: thomas.gill@yale.edu.

COMENTARIO

La magnitud sociosanitaria y económica de la discapacidad para la movilidad en el anciano (mayor mortalidad, peor calidad de vida, depresión, aislamiento social, institucionalización y aumento del gasto sanitario) respecto a ancianos con autonomía de movilidad, plantea objetivos sanitarios dirigidos a limitar su prevalencia, siendo esencial el análisis de los determinantes del desarrollo y perpetuación de esta discapacidad, y el diseño de intervenciones preventivas frente a factores vulnerables o modificables.

Este estudio es importante porque establece asociaciones entre el desarrollo de discapacidad para la movilidad y factores predisponentes susceptibles de modificación con intervenciones sanitarias. Esta asociación es fuerte en ancianos con rendimiento físico bajo y menos fuerte en aquellos que tienen poca autonomía funcional y escasa actividad física. La asociación temporal se intensifica si ha habido un ingreso hospitalario, o un episodio sobrevenido de restricción de actividad como consecuencia de algún evento o enfermedad intercurrente. Sobre alguno de estos eventos (cataratas, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, ictus, artritis, fracturas tras caídas), podría actuarse para evitar ingresos o pérdida de actividad, o bien manejarse de modo intensivo en el hospital, o con rehabilitación o ejercicio físico tras el ingreso, para minimizar o evitar el curso hacia la discapacidad para la movilidad.

Aplicar las conclusiones de este artículo (estudio norteamericano y ceñido a un solo núcleo urbano, con similitudes pero también diferencias demo-

gráficas y sociosanitarias) a nuestro entorno exige contextualización. En España, tanto el impacto como los determinantes de esta entidad son poco conocidos. Algún estudio longitudinal ha asociado las medidas de función física y cognitiva y muerte a los 4 años en personas mayores (1).

Por otro lado, es un estudio observacional y hay que tener cautela a la hora de derivar relaciones causales. La hipótesis de que hay factores modificables implicados en la pérdida crónica de la movilidad en ancianos queda establecida, pero su causalidad debe ser probada con ensayos clínicos, orientados a identificarlos y a determinar el papel de las intervenciones para mejorar la aptitud física, fortalecer la autonomía funcional u optimizar la actividad física del anciano. Ensayos y revisiones publicados que informan del beneficio de programas de actividad o ejercicio físico en los resultados de movilidad (2, 3), invitan a continuar en esta línea.

Carlos Rubio Villegas

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud "Plaza de Argel", Cáceres

(1) Suárez-García FM, Pérez-Martín A, Peiró-Moreno S et al. Factores de riesgo de mortalidad a los 4 años en personas mayores. Estudio Toledo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:76-84.

(2) Mänty M, Heinonen A, Leinonen R et al. Long-term effect of physical activity counseling on mobility limitation among older people: A randomized controlled study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64:83-9.

(3) de Vries NM, van Ravensberg CD, Hobbelen JS. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2012;11:36-49.

Avanzando en el análisis del impacto en salud de las políticas públicas sectoriales no sanitarias. La evaluación del impacto en la salud

Aldasoro E, Sanz E, Bacigalupe A et al.

Avanzado en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. *Gac Sanit.* 2012;26:83-90.

Antecedentes

La salud está influenciada por políticas públicas sectoriales no sanitarias como vivienda, diseño urbanístico y medioambiente físico y social. Sin embargo, el impacto de las mismas puede ser muy diferente. La evaluación del impacto en salud (EIS) es una metodología prospectiva que trata de predecir los impactos en la salud de las políticas, con la finalidad de maximizar los impactos positivos y evitar los efectos negativos en la salud.

Objetivo

Describir los resultados del proceso de recogida y caracterización de las políticas públicas no sanitarias planificadas en la octava legislatura del Gobierno Vasco como fase previa a la EIS de estas políticas.

Diseño y ámbito del estudio

Estudio descriptivo de políticas dirigidas a personas residentes en el País Vasco y planificadas en la legislatura 2005-2009 por los Departamentos Vivienda-Asuntos Sociales, Transporte-Obras Públicas y Justicia-Empleo-Seguridad Social. Se excluyeron las políticas del Departamento de Sanidad porque la EIS se centraba en sectores no sanitarios.

Método, proceso de recogida, análisis y tipificación de las políticas sectoriales

Se estableció una relación formal a nivel político y técnico a través de las viceconsejerías de los departamentos seleccionados. Los representantes técnicos formaron parte del equipo investigador. A través de un cuestionario se recogió información sobre cada intervención planteada en los departamentos entre diciembre 2007 y marzo 2008. La clasificación de las políticas sectoriales se realizó por el equipo investigador en sesiones de trabajo grupal siguiendo cuatro criterios: 1) tipo de determi-

nante de salud afectado por las políticas, 2) población objeto de la intervención, 3) tipo de política, y 4) estado de desarrollo de la intervención. De las 107 intervenciones recogidas se excluyeron 10 (falta de información o dirigidas a organización de eventos). Se realizó un análisis cualitativo a través de dos grupos de discusión para valorar el trabajo entre departamentos y la validez del proceso.

Resultados

De las 97 políticas sectoriales no sanitarias analizadas, 74 (76%) tenían impacto sobre determinantes estructurales de desigualdades en salud, es decir, que incidían en factores que afectan de forma significativa a la estructura social. El 79% (77) eran de naturaleza táctico/operacional, es decir, que se elaboraron para estructurar y programar las políticas normativas/estratégicas (leyes y planes generales) y el 67% (65) iban dirigidas a grupos específicos. La percepción del personal técnico de los departamentos participantes en el estudio sobre la iniciativa, justificación y proceso fue positiva.

Conclusiones

Los resultados del trabajo sugieren la posibilidad de articular distintas políticas de forma coordinada y transversal para avanzar más allá del concepto biomédico de la salud, que permita una mejor comprensión de los factores que tienen impacto en la salud y en las desigualdades en salud. Además, el trabajo intersectorial ha permitido que los sectores no sanitarios tomen conciencia de su responsabilidad en la salud de la población.

Financiación: Ayuda de Investigación Comisionada del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: ealdosoro-san@ej.gv.es

COMENTARIO

La EIS cada vez se está utilizando más en los países europeos, sobre todo después de la publicación en 2006 bajo la presidencia finlandesa en la Unión Europea del informe "Health in all policies" (1), que propone integrar la Salud en todas las políticas de la Unión Europea de una forma efectiva y sistemática. La guía de evaluación del impacto en salud en las políticas europeas define la EIS como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas, por las cuales una política, un programa o proyecto pueden ser evaluados en relación a sus efectos sobre la salud de la población y la distribución de estos efectos en la misma. La EIS promueve la incorporación de conocimientos científicos al proceso de toma de decisiones, siendo una de sus finalidades maximizar las ganancias en salud y, en la medida de lo posible reducir las desigualdades.

En España, las experiencias de incorporación de la EIS en las políticas públicas son escasas y queda mucho camino por recorrer (3, 4). Este artículo supone un avance. Describe un procedimiento para constituir un equipo técnico intersectorial y para la identificación, clasificación y análisis de políticas, programas e intervenciones sectoriales no sanitarias, en una legislatura del Gobierno Vasco, que potencialmente pueden tener impacto en la salud de la población como paso previo para la EIS. Además, muestra la factibilidad del trabajo intersectorial en el contexto de salud y la sensibili-

zación y toma de conciencia de sectores no sanitarios en su responsabilidad en la salud de la población.

Los resultados obtenidos no son representativos de las intervenciones, como señalan los autores, ya que no se realizó con criterios de representatividad, sino exploratorios y prácticos. Sin embargo, la experiencia descrita puede ser aplicable a otras comunidades autónomas para avanzar en la incorporación de la EIS en las políticas sectoriales en España, que permita mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades a través del trabajo intersectorial, la priorización de políticas e intervenciones que tengan mayor impacto en la salud de la población y la utilización eficiente de recursos.

Carmen Martos Jiménez

Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia

(1) Stahl T, Wismar M, Ollila E, Latineen E, Leppo K. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

(2) European policy health impact assessment - a guide. Disponible en: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44882> (consultado 07/05/2012).

(3) Rivadeneyra A, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit.* 2008;22:348-53.

(4) Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, et al. La evaluación del impacto en la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.* 2009;23:62-6.

El cribado de cáncer de próstata no reduce la mortalidad. Resultados de un ensayo clínico en población española con 15 años de seguimiento

Luján M, Páez A, Berenguer A, Rodríguez JA.

Mortalidad por cáncer de próstata en la rama española del European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). Resultados tras 15 años de seguimiento. Actas Urol Esp. 2012. doi:10.1016/j.acuro.2011.10.01.

Contexto

El cribado de cáncer de próstata (CaP) ha sido cuestionado en los últimos años debido a los efectos adversos intrínsecos, incluidos la sobredetección y el sobretratamiento.

Objetivo

Estudiar si el cribado de CaP reduce la mortalidad por esta enfermedad en la población asintomática en la rama española del European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC).

Tipo de estudio

Ensayo clínico con asignación aleatoria de los participantes a un grupo de cribado (PSA cada 4 años) y un grupo control (sin pruebas de cribado).

Descripción de los participantes

Se reclutaron 4.278 varones entre los años 1996 y 1999, con edades comprendidas entre los 45 y los 70 años, con una esperanza de vida estimada en más de 10 años (2.416 sujetos en el brazo de cribado y 1.862 en el control).

Descripción de la intervención

En los varones del grupo de cribado se realizó determinación de PSA sérico, y en los casos con PSA ≥ 3 ng/ml se llevó a cabo biopsia prostática aleatorizada sextante (las biopsias se indicaron única-

mente por el nivel de PSA). Por el contrario, no se realizó ninguna prueba a los varones del grupo control.

Resultados

La edad media fue de 57,8 años y el seguimiento de 13,3 años. Al finalizar el seguimiento se registraron 427 fallecimientos (9 por CaP). El análisis de supervivencia no mostró diferencia entre los grupos del estudio con respecto a la mortalidad global ni cáncer-específica ($p = 0,939$ y $p = 0,544$ respectivamente). Las causas principales de muerte fueron los tumores malignos (52,9%), las enfermedades cardiovasculares (17,3%) y las respiratorias (8,9%). Solo un 2,1% de las muertes (0,2% de todos los reclutados) fueron causadas por CaP (2,5% en el grupo de cribado, y 1,6% en el grupo control).

Conclusión

Tras un tiempo de seguimiento suficientemente largo, la probabilidad de fallecer por CaP es baja, y esta probabilidad no se modifica si se realizan con periodicidad pruebas de cribado del CaP, como la determinación de PSA.

Financiación: Parcialmente por becas del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: mlujang@salud.madrid.org.

COMENTARIO

Las guías clínicas en CaP, tanto la europea (EAU), como la americana (NCCN) hacen referencia a los resultados de los 2 estudios prospectivos y aleatorizados más importantes realizados hasta la fecha de cribado poblacional o colectivo, definiendo éste como la exploración de todos los varones asintomáticos en riesgo. Uno de ellos es el PLCO (Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian) en el que se realizó el cribado de forma aleatoria a 76.693 varones en 10 centros estadounidenses, y tras 7 años de seguimiento y posterior análisis de los datos, los autores del proyecto concluyeron que la mortalidad relacionada con el CaP era muy baja, sin que hubiera diferencias significativas entre el grupo sometido a cribado anual y el grupo control al que se realizaba un cribado oportunista (nivel de evidencia 1b). En 2012 acaba de aparecer un segundo análisis a 13 años de seguimiento (1), en el que los resultados son similares sin que haya una ventaja/beneficio en la supervivencia global de los pacientes sometidos a cribado anual.

El otro estudio fue el ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) en el que se aleatorizaron 162.243 varones de 7 países europeos, y entre ellos el nuestro. La razón de riesgo de mortalidad por CaP fue de 0,8 en el grupo de cribado con respecto al grupo de control, siendo necesario que se sometieran a cribado 1.410 varones, y tratar 48 casos de CaP para evitar una muerte por CaP. Con estas cifras, los investigadores concluyen que el cribado se asocia a un riesgo elevado de sobrediagnóstico y sobretratamiento (nivel de evidencia 1b). En 2012, se ha publicado un nuevo análisis a 11 años de seguimiento comunicando que en los pacientes que llevan 14 años de evolución parece haber cierto beneficio en los varones que a su inclusión tenían entre 55 y 69 años (en ellos el número de pacientes a someter a cribado y número de pacientes a tratar para evitar una muerte por CaP desciende) (2).

El presente estudio publica los resultados de la rama española (pacientes incluidos en nuestro país) en el estudio ERSPC y en la que los autores concluyen que "la rama española del ERSPC no ha reproducido los resultados a largo plazo del estudio principal, no observándose diferencias en la mortalidad (global o cáncer-específica) después de 15 años de seguimiento. La mortalidad por CaP fue muy limitada (inferior al 1%). Estos resultados apoyan el escaso rendimiento del screening del CaP en nuestro entorno".

En base a estas evidencias de nivel 1, la mayoría de las principales sociedades científicas urológicas (europeas y americanas), a día de hoy no recomiendan el cribado colectivo generalizado del CaP, aunque recomiendan que la detección precoz o cribado oportunista se ofrezca a personas bien informadas de lo que ello significa.

Jose Manuel Cózar Olmo

Jefe Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Clara Bermúdez Tamayo

Escuela Andaluza de Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. CIBERESP. Ciber de Epidemiología y Salud Pública

(1) Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al; PLCO Project Team. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;18:104:125-32.

(2) Fenner A. Prostate cancer: 11 years follow-up for ERSPC. *Nat Rev Urol.* 2012;9:234.

Conflictos, intereses y conflictos de intereses en los editoriales favorables a la terapia hormonal sustitutiva

Tatsioni A, Siontis GCM, Ioannidis JPA.

Partisan perspectives in the medical literature: A study of high frequency editorialists favoring hormone replacement therapy. *J Gen Intern Med.* 2010;25:914-9.

Contexto

En ocasiones, la evidencia sugiere que una parte importante de la utilización de fármacos y las actividades de una especialidad médica no están justificadas. Sin embargo, tanto la industria como los especialistas desafían dichas evidencias para mantener la situación existente. Los resultados de grandes estudios sobre la terapia hormonal sustitutiva (THS) han llevado a una reducción de su mercado en los últimos 6 años, pero algunos científicos continúan apoyando firmemente su uso.

Objetivo

Analizar una muestra de artículos que son partidarios o abogan por el uso de la THS examinando sus argumentos, el informe de conflicto de intereses, posición de la revista y las sociedades patrocinadoras.

Fuente de datos

Selección en *ISI Web of Knowledge* de los artículos publicados de 2002 a 2008 que tratan sobre temas clínicos relacionados con la THS, que carecen de datos primarios, y que han sido escritos por los cinco autores más prolíficos partidarios del uso de la THS.

Principales medidas

Número de artículos que abogan por la THS, los argumentos que utilizan, si incluyen información sobre conflicto de intereses, lugar de la revista y sociedades patrocinadoras.

Resultados principales

Se analizaron 114 artículos elegibles (58 editoriales, 16 guías, consensos o recomendaciones, 35 revisiones no sistemáticas, 2 revisiones sistemáticas,

y 3 cartas al director). De estos, 110 (96%) estaban a favor de la THS. Los argumentos más usados fueron: los beneficios para la menopausia y los síntomas asociados (64,9%); la crítica a los estudios con resultados desfavorables (78,9%); los datos preclínicos que muestran efectos favorables (50%); y los beneficios para resultados como la osteoporosis y fracturas (49,1%), las enfermedades cardiovasculares (31,6%), la demencia (24,6%), el cáncer colorrectal (20,2%), e incluso el cáncer de mama (4,4%).

Los cinco autores más prolíficos han tenido relaciones económicas con los fabricantes de la hormona, pero esas relaciones solo fueron notificadas en 6 de los 110 artículos a favor de la misma (5,5%). Los 110 artículos mencionados se publicaron en 19 revistas, si bien la mayoría (83%) lo fueron en 4 revistas que publicaron de 15 a 37 artículos cada una. Esas revistas eran la publicación oficial de sociedades científicas relacionadas con la menopausia y la ginecología. Las páginas Web de esas sociedades muestran que las empresas farmacéuticas que fabrican la THS han patrocinado a la sociedad o sus congresos.

Conclusiones

Existe una considerable cantidad de literatura con opiniones a favor del uso de la THS, y pocos de tales escritos informan de la existencia de conflicto de intereses, lo cual es necesario, especialmente en el caso de artículos que no aportan datos primarios.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: jioannid@cc.uoi.gr

COMENTARIO

Como señalan los autores del artículo, los resultados del Women's Health Initiative (WHI) realizado en EEUU y del Million Women Study (MWS) de Reino Unido, han demostrado que la THS produce más daños que beneficios en la salud de las mujeres. Estos resultados han sido incorporados en la elaboración de las Recomendaciones de los Servicios Preventivos Canadienses (1) y de USA (2). Los daños reconocidos actualmente incluyen un aumento de riesgo de cáncer de mama, de endometrio y de ovario; un incremento de riesgo para enfermedad cardiaca, accidente isquémico cerebral y tromboembolismo venoso y, posiblemente, para demencia. Los beneficios incluyen disminución de riesgo de fracturas y control de síntomas vasomotores en la menopausia. Por estas razones, la mayoría de científicos y autoridades de salud pública advierten que la THS solo debe usarse de forma individualizada y en periodos de corta duración, nunca para población general.

En España, la Agencia Española del Medicamento ha hecho públicas varias Notas Informativas para profesionales y mujeres de población general, la última en 2008 (3), en la que informan detalladamente sobre los efectos de la THS comentados anteriormente. Sin embargo, algunas sociedades científicas han difundido entre sus integrantes comunicados sobre el uso de la THS que contradicen las recomendaciones citadas anteriormente (4).

Muchas sociedades científicas tienen relaciones con la industria farmacéutica, la cual financia sus actividades, sus congresos, publicaciones, guías, etc. Existen recomendaciones que tienen una gran implantación en publicaciones científicas (5) y señalan que la "confianza pública en el proceso de revisión

por expertos y la credibilidad de los artículos publicados en una revista, en gran medida dependen de cómo se resuelvan los conflictos de intereses de autores, revisores y la toma de decisión editorial".

Los profesionales del ámbito clínico y de la gestión de servicios de salud deben, en cualquier caso, basar sus decisiones en fuentes de información y/o publicaciones científicas que cumplan con el principio mínimo de la declaración de conflicto de intereses.

Ana Delgado Sánchez

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

(1) Wathen CN, Feig DS, Feightner JW, Abramson BL, Cheung AM, and the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Hormone replacement therapy for the primary prevention of chronic diseases: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2004;170:1535-9.

(2) U.S. Preventive Services Task Force. Hormone therapy for the prevention of chronic conditions in postmenopausal women: Recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2005;142:855-60.

(3) Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa. Terapia hormonal en la menopausia: actualización de la información. Madrid, 2008

(4) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Comunicado de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). 2008.

(5) Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas.

No hay enfermedades, sino enfermos. Con preferencias dispares

Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW, Howard K.

Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. CMAJ. 2012;184:E277-83.

Antecedentes

Por cada paciente con enfermedad renal crónica que entra en terapia de sustitución renal, hay un paciente que recibe un tratamiento conservador de su enfermedad. Este artículo investigó los aspectos que son más importantes para los pacientes para decidir entre diálisis y tratamiento conservador.

Métodos

Se realizó un experimento de elección discreta con adultos en estadio 3-5 de enfermedad renal crónica en 8 centros renales de Australia. Se evaluó como influían las características del tratamiento (esperanza de vida, número de visitas al hospital por semana, capacidad de viajar, tiempo en diálisis –horas conectado a una máquina de diálisis por tratamiento–, hora del día en que el tratamiento se produjo, disponibilidad de transporte subvencionado y flexibilidad del programa de tratamiento) en las preferencias de los pacientes para elegir diálisis o tratamiento conservador.

Resultados

De los 151 pacientes invitados a participar, 105 completaron el estudio. Los pacientes tenían una mayor probabilidad de elegir diálisis si la diálisis implicaba un aumento de la esperanza de vida (OR 1,84, 1,57-2,15), si podían dializarse durante el día o la noche más que durante el día sólo (OR 8,95, 4,46-17,97), y si existía un transporte subsidiado (OR 1,55, 1,24-1,95). Los pacientes tenían menos probabilidades de elegir la diálisis al aumentar el número de visitas al hospital (OR 0,70, 0,56-0,88) y si había restricciones en la capacidad de viajar (OR 0,47, 0,36-0,61). Los pacientes estaban dispuestos a renunciar a 7 meses de esperanza de vida para reducir el número de visitas requeridas a un hospital y 15 meses de esperanza de vida para aumentar su capacidad de viajar.

Interpretación

Los pacientes con enfermedad renal avanzada están dispuestos a aceptar reducciones importantes en esperanza de vida para disminuir la carga y las restricciones que impone la diálisis.

COMENTARIO

Aunque la diálisis renal normalmente prolonga la vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, representa una importante carga para las personas con esta enfermedad y sus familias. Por otra parte, no siempre la diálisis mejora la esperanza de vida de los pacientes con esta patología.

En un modelo de relación profesional-paciente de tipo paternalista y de dominación médica, los profesionales asumen que su papel es tomar decisiones, y la de los pacientes cumplir estas recomendaciones. El problema es que los médicos interpretan la evidencia en base a sus valores y preferencias, sin que sus consejos sean para los pacientes la alternativa más apropiada. Y se ha comprobado que las decisiones de los pacientes son en muchos casos diferentes de las de los profesionales, porque sus preferencias son diferentes y valoran de forma distinta la evidencia sobre los tratamientos.

De acuerdo con este artículo, para los pacientes con enfermedad renal crónica terminal hay aspectos como las veces que es necesario acudir a las unidades de diálisis o las restricciones para viajar, que son importantes para decidir si entrar en diálisis o no. Estos factores modulan la ganancia en esperanza de vida que puede ofrecer la diálisis.

Este artículo es uno más que pone de manifiesto que los profesionales sanitarios deben replantearse su papel, avanzando hacia un modelo de relación con los pacientes en el que ambos se implican, elaborando alternativas y decisiones conjuntas. Este modelo exige comprender cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad. La misión de los profesionales no debe ser esperar la adherencia del paciente, sino capacitar al paciente para tomar sus propias decisiones. Para los pacientes no sólo es importante disponer de información apropiada sobre la evidencia del beneficio comparado de las alternativas para resolver sus problemas de salud, sino también recibir ayuda y apoyo para el cambio, tener confianza en sí mismos, y que se considere su realidad concreta.

Barreras para desarrollar este modelo son pensar que los pacientes están satisfechos con el modelo actual, que no quieren asumir este papel o que expresan sus necesidades y problemas. También hay barreras estructurales: hace falta tiempo para hablar con los pacientes y capacitación para hacerlo correctamente.

En este nuevo modelo, la relación paciente-profesional es la de dos expertos, uno en la enfermedad y otro en vivir con la enfermedad, que intercambian información y elaboran conjuntamente un plan de cuidados, y en el que los pacientes están capacitados para ejercer realmente sus preferencias sobre las opciones terapéuticas.

Antonio Sarria Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
Instituto de Salud Carlos III

Financiación: Un autor es consultor de Baxter Healthcare de quien ha recibido honorarios por conferencias y becas de investigación. También ha recibido ayudas de investigación de Fresenius Medical Care.

Conflicto de intereses: Se declara que no existen otros conflictos de intereses.

Correspondencia: rachael.morton@sydney.edu.au

Los pacientes tienen un buen conocimiento sobre errores e incidentes y quieren participar en su reducción

Iedema R, Allen S, Britton K, Gallagher TH.

What do patients and relatives know about problems and failures in care? *BMJ Qual Saf.* 2012;21:198-205.

Contexto

En los últimos años Ministerios de Salud y agencias de seguridad de los pacientes han formulado recomendaciones para que los pacientes sean agentes activos y monitoricen sus tratamientos, sirviendo así de apoyo a los profesionales sanitarios en cuestiones relacionadas con la seguridad de los servicios. Son tres los aspectos básicos en los que los pacientes pueden contribuir: 1) aportando sus percepciones pueden ayudar a los profesionales en el ajuste fino de los tratamientos, 2) monitorizando el progreso y los efectos de los tratamientos y (3) informando a los servicios sanitarios sobre cómo mejorar la práctica clínica.

Objetivo

Conocer lo que los pacientes y sus familiares saben sobre los incidentes y errores que ocurren en los servicios sanitarios.

Método

Estudio cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas abiertas a 39 pacientes y 80 familiares de pacientes sobre sus experiencias en incidentes surgidos en servicios terciarios de salud. Diecinueve entrevistas se realizaron con más de un interlocutor, por lo que el número total de entrevistas fueron 100. Los participantes se reclutaron mediante anuncios en medios de comunicación impresos y agencias de noticias (43%), con la ayuda de los propios servicios de salud en los que los incidentes habían tenido lugar (28%), a través de invitaciones formuladas por compañías de marketing electrónico (27%) y finalmente a través de organizaciones de consumidores.

Las entrevistas se realizaron en los domicilios de los participantes o por teléfono. Uno de los participantes envió sus respuestas al cuestionario por correo electrónico.

Resultados

El análisis de los datos de las entrevistas reveló que: 1) existía un conocimiento alto por parte de los pacientes y sus familiares sobre los riesgos, problemas e incidentes que pudieran surgir en los servicios sanitarios; 2) la percepción por parte de los entrevistados de que su conocimiento pudiera servir para la mejora de los procesos y los servicios; y 3) los retos que afrontan los pacientes y sus familiares cuando tratan de compartir sus conocimientos y percepciones con los propios profesionales sanitarios.

Conclusiones

Se concluye que los pacientes y sus familias necesitan tener acceso a un proceso estructurado que asegure el diálogo con los profesionales sanitarios sobre los riesgos, posibles problemas que puedan surgir e incidentes que ocurran. Este diálogo permitiría conocer preguntas de pacientes y familiares sobre el proceso e incrementaría el conocimiento sobre oportunidades de mejora del proceso en sí, a la par que minimizaría el riesgo de que tanto las preguntas formuladas por parte de pacientes y familiares como el conocimiento que de ellas pudiera extraerse fueran ignoradas.

Financiación: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: r.iedema@uts.edu.au

COMENTARIO

Hace ya algunos años nos resultó novedosa la campaña promovida por la agencia pública estadounidense Agency for Health Research and Quality (AHRQ) que formuló 20 recomendaciones básicas para la mejora de la seguridad en los pacientes (1). Esta campaña está aún vigente y cuenta con materiales, tanto en inglés como en castellano, y remarca el papel del propio paciente y su familia en la consecución de prácticas seguras y por tanto en la mejora de los servicios sanitarios. Estas recomendaciones que, por básicas, o de simple sentido común, debieran estar superadas, ponen en la palestra que nos queda aún un largo trecho por recorrer. Por una parte en la suficiencia y paternalismo en el trato de los sistemas hacia sus clientes (pacientes y familiares) y por otra parte de los pacientes y familiares en la alfabetización en salud (health literacy) que permita un rol más activo de los mismos (2). En un momento en el que se reclama el empoderamiento de los pacientes como garante de la sostenibilidad de los sistemas y la formulación de modelos integrales sociosanitarios centrados en la atención a la cronicidad (3), frente a los clásicos modelos hospitalarios, los sistemas sanitarios no se debieran conformar con modelos de medición de la calidad clásicos (encuestas), que parecen servir más a la autocomplacencia que a la mejora de los servicios en sí. Así, debieran explorar o promover otro tipo de fórmulas y favorecer estructuras de servicios abiertos al diálogo (4).

La investigación cualitativa que se presenta en este artículo es un buen ejemplo de que los pacientes tienen conocimiento sobre los errores e incidentes y quieren jugar un rol activo. Este rol ciertamente no es provisto de manera estructurada por los propios sistemas. El encauzamiento positivo de estas cuestiones y su resolución en la mejora de las prácticas clínicas debiera ocupar tanto a sistemas como a usuarios. El usuario no debiera ser ajeno a su responsabilidad como es la alfabetización en salud y los sistemas debieran sustentar la misma y estructurar procesos que hagan aflorar el conocimiento actualmente oculto y que permitan una atención en salud verdaderamente personalizada.

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea

Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco

(1) AHRQ. 20 tips to help prevent medical errors. Patients fact sheet. <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>

(2) Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment No. 199. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2011.

(3) Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2011. <http://cronicidad.blog.euskadi.net>

(4) Frewer LJ, Salter B, Lambert N. Understanding patient's preferences for treatment: the need for innovative methodologies. *Quality in Health Care.* 2001;10 (Suppl 1):150-4.

Los valores de las personas mayores sobre la prevención son muy variables y resistentes a la generalización

Butler M, Talley KM, Burns R, Ripley A, Rothman A, Johnson P, Kane RA, Kane RL.

Values of older adults related to primary and secondary prevention. Evidence Synthesis No. 84.

AHRQ Publication No. 11-05154-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2011.

Contexto y Objetivo

Analizan las recomendaciones sobre acciones preventivas destinadas a personas mayores respecto a:

- Manera en que valoran los beneficios de los servicios de prevención.
- Actitudes acerca de los daños potenciales de esos servicios.
- Cómo entienden el balance entre los riesgos y beneficios de los servicios de prevención.
- Modos en que los médicos deben estar comprometidos en la toma de decisiones compartida (TDC) relativa a dichos servicios de prevención.

Método

Revisión sistemática de la literatura científica en inglés. Se seleccionaron artículos sobre preferencias, conocimiento lego, actitudes de elección, relación médico-paciente y TDC relacionados con la prevención primaria y secundaria centrada en población mayor de 65 años.

Resultados

Existe poca literatura sobre las cuestiones planteadas que recoja la percepción de las personas mayores sobre los riesgos y beneficios de los servicios de prevención, el balance decisional y la TDC en relación a la prevención. Los estudios analizados han utilizado mayoritariamente métodos de análisis cualitativo o descriptivo con muestras intencionalmente pequeñas. La literatura identificada en esta revisión aporta una amplia gama de beneficios y daños percibidos para la prevención primaria y secundaria. Las valoraciones de las personas mayores ante actuaciones de prevención fueron variables y resistentes a la generalización. Existen diferencias entre aquellas personas que han participado en las acciones preventivas y las que no, según la enfermedad que la acción pretende prevenir y según el grupo de edad (mayores jóvenes vs. mayores mayores). La literatura sobre la TDC de los servicios de prevención para las personas mayores mostró una respuesta favorable a este tipo de intervenciones. No hay evidencia sobre si los mayores, como grupo, tienen un nivel diferente de interés en comparación con otros grupos de edad. En cualquier caso, no todos los mayores quieren participar por igual en la TDC, lo que pone en evidencia la importancia del rol de acompañante de los médicos.

Conclusión

Los valores de los mayores hacia las acciones de prevención y los beneficios y riesgos percibidos en relación a éstas, son un reflejo de múltiples factores personales y sociales. Esta variación individual hace difícil la generalización. En el modelo de atención centrado en el paciente no siempre es necesario realizar TDC. Los médicos necesitan conocer mejor la valoración de los pacientes hacia su rol en la toma de decisiones clínicas. Se requiere explorar las diferencias entre los distintos grupos de edad dentro de la población mayor de 65 años, investigar herramientas para medir valores y preferencias e identificar qué ayuda y qué obstaculiza la capacidad de los mayores para participar en la TDC.

Financiación: Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). U.S. Department of Health and Human Services.

Conflicto de intereses: Declaran que ninguno.

COMENTARIO

No se encuentran muchos estudios españoles que traten sobre las preferencias, los deseos, las actitudes y valores de las personas mayores en relación a la asistencia que se les presta. Destaca también dificultad para extraer resultados concluyentes por la difícil consideración de los mayores como grupo único (adultos mayores, mayores de 65, ancianos, etc.) y su heterogeneidad y variabilidad (1). El conocimiento, opinión y experiencias en torno a las acciones de prevención primaria y secundaria, así como la TDC en personas mayores, son aspectos poco documentados en nuestro país. En uno de los pocos estudios exploratorios realizado en el ámbito de Atención Primaria en Barcelona con varones de entre 50 y 70 años sobre el cribado de cáncer de próstata se concluye que el conocimiento sobre la técnica de prevención es escaso o nulo, lo que dificulta por lo tanto la toma de decisiones compartida.

En el contexto de la prevención primaria y secundaria, se evidencia la necesidad de informar a los pacientes de forma sencilla y comprensible, para lo cual resulta muy útil disponer de instrumentos de ayuda para la decisión válidos (2). Para su elaboración, podría ser de utilidad la metodología aportada en la publicación sobre una herramienta de ayuda para la TDC en cáncer de mama (3). Estas herramientas tendrían que estar adaptadas a los contenidos de prevención primaria y secundaria y ser especialmente sensibles a la población mayor. También debería tener en cuenta las demandas de los profesionales sanitarios del sector público (4), como aumentar el tiempo de consulta e implementar la TDC teniendo en cuenta las características del paciente.

Aunque, se piensa que la etapa de la vejez parece destinada a asumir más "pérdidas" que "ganancias" en salud, los servicios de medicina preventiva y la toma de decisiones compartida en la prevención primaria y sobre todo en la secundaria, ofrecen la posibilidad de facilitar ganancias en calidad de vida y bienestar (1).

Ainhoa Ruiz-Azarola

Olivia Pérez-Corral

Escuela Andaluza de Salud Pública

(1) Molina Sena C, Meléndez Moral JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:276-84.

(2) Fábregas Escurriola, M. et al.: ¿Conocen los varones de 50-70 años la efectividad, los beneficios y los riesgos del cribado del cáncer de próstata? *Atención Primaria*, 2008;40(7):357-361.

(3) Izquierdo F, Blasco JA. Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de mama. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSPSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS 09/07.

(4) Perestelo Pérez, L. et al. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS No 2009/0.

Información para los lectores

Responsable Editorial

Fundación IISS
Ricard Meneu
C/ San Vicente 112, 3
46007 VALENCIA
Tel. 609153318
ricard.meneu@gmail.com
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
Tel.: 609 15 33 18 e-mail: iiss_mr@arrakis.es