

<b>Editoriales</b>	
Una visión de la evolución de la Gestión Clínica en España. Los congresos de Gestión Clínica desde 1997 hasta 2014 .....	39
Transparencia en la gestión de los servicios sanitarios. Una magnífica idea que no parece estar nada clara .....	41
<b>Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica</b>	
Don Erre que Erre: a vueltas con la bioapariencia .....	43
Telemedicina vs. atención convencional en pacientes crónicos: mismos QALYS y más coste .....	44
<b>Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos</b>	
El corsé en la escoliosis del adolescente es eficaz ... pero la mitad de los que lo llevan mejorarían igual sin él .....	45
Los beneficios del listado de verificación (checklist) quirúrgico dependen de su implementación .....	46
El ejercicio es beneficioso en la osteoartritis ... aunque unos más que otros .....	47
<b>Calidad y adecuación de la atención sanitaria</b>	
Valor de las densitometrías periódicas en la predicción del riesgo de fractura en pacientes no tratados .....	48
<b>Evaluación económica, eficiencia, costes</b>	
El uso del análisis de minimización de costes en la evaluación de tecnologías sanitarias. Un muerto que goza de muy buena salud .....	50
El impacto económico de las infecciones iatrogénicas. ¡A ver si así...! .....	51
Coste-efectividad de la colaboración entre equipos para la atención de la depresión en la Atención Primaria española .....	52
<b>Elementos para un debate informado</b>	
Gestión clínica y selección de medicamentos: ¿es lo mejor enemigo de lo bueno? .....	53
<b>Política sanitaria</b>	
Copago opcional: una modalidad de financiación pública de fármacos caros y de efectividad limitada .....	58
Las amenazas a la independencia e integridad de la ciencia .....	59
El copago en las actividades preventivas. Lo poco que sabemos .....	60
<b>Políticas de salud y salud pública</b>	
Impacto de la crisis sobre la salud mental: mejor no hacerse el loco .....	61
Endemismo periférico resistente al euro-tratamiento .....	62
Consecuencias del desempleo sobre la salud. Lo que la evidencia muestra .....	63
Diferencias entre inmigrantes y nativos a la hora de sufrir una discapacidad .....	64
<b>Experiencias y perspectivas de los pacientes</b>	
Los pacientes como vehículo de la (falta de) comunicación entre sus médicos y farmacéuticos .....	65
<b>El resto es literatura</b>	
Efectos secundarios .....	66
<b>Índices del volumen 14 (2012)</b> .....	68

## 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)

Ildefonso Hernández (Madrid)

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 Bolívar (Barcelona)

Francisco Bolumar (Alcalá)

Eduardo Briones (Sevilla)

Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)

Juan Cabasés Hita (Pamplona)

Carlos Campillo (Mallorca)

Jesús Caramés (Santiago)

David Casado Marín (Barcelona)

Eusebi Castaño Riera (Mallorca)

Enrique Castellón (Madrid)

Xavier Castells (Barcelona)

Jordi Colomer (Barcelona)

Indalecio Corugedo (Madrid)

José Expósito Hernández (Granada)

Lena Ferrús (Barcelona)

Anna García Altés (Barcelona)

Fernando García Benavides (Barcelona)

Joan Gené Badía (Barcelona)

Juan Gervas (Madrid)

Luis Gómez (Zaragoza)

Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regàs (Barcelona)

Jokin de Irala Estévez (Pamplona)

Puerto López del Amo (Granada)

Guillem López i Casasnovas (Barcelona)

Susana Lorenzo (Madrid)

Manuel Marín Gómez (València)

Javier Marión (Zaragoza)

Juan Antonio Marqués (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 Verdager Munujos (Barcelona)

## Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health

Annals of Internal Medicine

Atención Primaria

Australian Medical Journal

British Medical Journal (BMJ)

Canadian Medical Association Journal

Cochrane Library

Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria

Epidemiology

European Journal of Public Health

Gaceta Sanitaria

Health Affairs

Health Economics

Health 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.

Déposito 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

## Una visión de la evolución de la Gestión Clínica en España. Los congresos de Gestión Clínica desde 1997 hasta 2014

**Jordi Colomer i Mascaró**  
**Juan del Llano Señaris**

Desde hace unos años se habla mucho de gestión clínica, pero observamos la posibilidad de su implantación real de forma inversamente proporcional, con el peligro de caer en el olvido y quedar como una moda pasajera. Entendemos gestión clínica como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de *atención de la salud* de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto ([http://www.fgcasal.org/publicaciones/Diccionario\\_Gest\\_Sani.pdf](http://www.fgcasal.org/publicaciones/Diccionario_Gest_Sani.pdf)). Nuestra pretensión con este editorial breve es compartir con los lectores de GCS una visión de la evolución de la Gestión Clínica en nuestro país, aunque desde una perspectiva deliberadamente sesgada, la de los congresos de gestión clínica. Y todo ello, a partir de la reflexión que nos permite haber escrito las conclusiones de cada uno de ellos ([http://www.fgcasal.org/CGC5/conclusiones\\_congresos\\_gestion\\_clinica.asp](http://www.fgcasal.org/CGC5/conclusiones_congresos_gestion_clinica.asp)). La gestión clínica surge por la necesidad de aumentar el protagonismo a los profesionales clínicos para mejorar la efectividad clínica. No significa dar más poder al médico si esto comporta disminuir el protagonismo que reclama el paciente. El reto de la gestión clínica, entendida como un maridaje entre los instrumentos de gestión y los específicos de la clínica, es obtener una suma positiva entre el protagonismo de los clínicos y sus pacientes.

El primer congreso tuvo lugar en Barcelona en 1997 y el quinto se ha celebrado en Santiago de Compostela en 2014. Donde estábamos y donde estamos. En primer lugar, situémonos en el tiempo. En 1997 el uso de internet no era masivo y no disponíamos de buscadores que facilitaran el acceso a la información. El motivo central del primer congreso fue la medicina basada en la evidencia para reducir la incertidumbre conociendo el riesgo de no alcanzar la certeza. Las evidencias se debían buscar en las revisiones sistemáticas, a partir de buenas preguntas y de conocimientos útiles en publicaciones validadas. Un paso para traspasar de la medicina basada en la jerarquía (obediencia) a la medicina con pensamiento crítico (evidencia). Para ello el desarrollo profesional debía superar el conocimiento tradicional basado en el “qué”, “cómo” y “por qué”, para estimular la motivación del “para qué”. En este primer congreso ya se

apuntaba el desafío de la gestión clínica: la formación de clínicos y gestores con acento en la efectividad y la rentabilidad social de sus decisiones. Todo ello nos llevaría a un cambio de paradigma convencional en dos fases una primera cultural y una segunda instrumental. Para ser competentes en la nueva era la información y las comunicaciones que ya se asomaba, deberíamos tener conocimiento (saber), tener capacidades y adquirir habilidades (saber hacer) y adquirir nuevas actitudes (saber ser).

En 2003, siete años después, con la socialización de los buscadores y el uso de la red se constató que el conocimiento ya formaba parte de una totalidad dinámica. Con el desarrollo por aquel entonces de los sistemas de información, que conforman la sociedad basada en la accesibilidad y alcance de la información, la medicina debía ya por entonces ir adaptándose a los nuevos retos que se derivaban. Los cambios que se apuntaban en la forma de evolución de la sociedad, se traducían en unas nuevas formas de relación entre los profesionales y sus pacientes. Para reafirmar la creencia de que el sistema de salud es de todos, su punto de partida estaría en las decisiones clínicas compartidas de todos los agentes implicados. A nadie se le escapa que generaba resistencias como una muestra de nuestra limitación a cualquier cambio que, sin embargo, queda compensada con el alto grado de adaptación. La apuesta por las guías de práctica clínica para mejorar las decisiones clínicas, reducir incertidumbre, minorar la medicina defensiva y con la bondad de disminuir la variabilidad de la práctica clínica, es una consecuencia de todo lo anterior. En la conclusión final se apuntaba que la gestión clínica en el futuro inmediato se basaría en la evaluación de los resultados clínicos contrastados y contrastables. Ya se adivinaba un entorno de mayor exigencia y responsabilidad para el clínico.

Después de otros siete años, en 2010, se reanuda esta serie de congresos recogiendo un conjunto de reflexiones que apuntaban el lento desarrollo de la gestión clínica y lo que significaba: práctica de la medicina basada en la evidencia, estudios de variabilidad en la práctica clínica, análisis de coste efectividad en las decisiones... y a pesar de disponer de muchos más instrumentos se percibía ya una falta de voluntad en medir y publicar los resultados clínicos, el seguimiento muy variable de las guías de amplio reconocimiento y las dificultades para distinguir lo nuevo de lo cierto. En pocas palabras, una decisión

coste efectiva que respondía más a la actitud que la aptitud generada por el conocimiento. Todo este panorama, sin embargo, se compensaba con una determinada capacidad de autocritica superior a otros sectores.

En 2012, el escenario de crisis económica e institucional más duradera y profunda que en anteriores ocasiones en el que ya estábamos inmersos centró las conclusiones del cuarto congreso. Se puso de manifiesto una falta relevante de debate en políticas públicas para buscar soluciones intersectoriales, reformas estructurales y no una mera inflamación de contrabandistas de reformas basadas exclusivamente en la austeridad. Un tema relevante fue compartir experiencias de la transparencia de resultados clínicos y constatar que no disminuye el bienestar social, antes al contrario, permite que las sociedades sean más maduras y se enfrenten a nuevos retos de forma decidida. En caso contrario, la ausencia de transparencia se acompaña de corrupción, lastrando por ende el necesario crecimiento económico.

En 2014 el tema central ha sido la toma de decisiones en la gestión clínica. Queda mucho más claro, con multiplicidad de experiencias contrastadas, que es mejor que como profesionales nos exijamos transparencia de nuestros resultados clínicos para legitimar nuestras actuaciones a que esta venga impuesta por decisiones de los gestores muy influenciados por instrucciones políticas no deliberadas. La transparencia, independientemente de la exigencia de rendir cuentas, significa la oportunidad de mejora por el aprendizaje que conlleva en un sector donde la decisión racional es mucho más limitada que en otros sectores. En la actualidad y con el uso masivo de la red, obliga a que haya que dar valor añadido a nuestras acciones frente a lo que ya existe, que es tanto, que es inalcanzable y, a la vez cada vez más rápido. Se constata que la escasa orientación a los determinantes de la salud y la falta de liderazgo clínico sin adquirir nuevas competencias son barreras profesionales para el desarrollo de la gestión clínica por encima de la voluntad de la administración. En el 2003 con la realidad del incremento de las enfermedades crónicas se propiciaba la necesidad de capaci-

tar al paciente en la gestión de su propia enfermedad, y en el 2014 a la vista de los primeros resultados de estudios que vamos conociendo se llamó a la prudencia en el uso de las TIC's en los pacientes crónicos.

Ante la banalización de la gestión clínica, en este último congreso se constató por un lado, que aunque existiese un consenso sobre los modelos de organización de gestión clínica que mejoraran la satisfacción de los profesionales y se centraran en el paciente, no disponemos aún de resultados que muestren mejoras en el estado de salud de los pacientes en comparación con los modelos tradicionales.

En resumen, a la vista de las conclusiones de los anteriores congresos de gestión clínica, se desprende que más allá de modelos organizativos, la Gestión Clínica significa dotar de un mayor protagonismo (autonomía) a los profesionales a cambio de que sus decisiones estén basadas en datos clínicos, económicos y adaptados al contexto del paciente (efectividad). Después de 17 años de profundizar en la necesaria gestión clínica los términos de transparencia, decisiones basadas en evidencias, disminución de la práctica clínica, evaluación de resultados clínicos siguen siendo actuales y traducen la lenta adaptación de la sociedad y de la medicina en particular, a la era de la información, que requiere más cambios de actitud, que de conocimientos e instrumentos. Si nos preocupa el futuro de la medicina, la solvencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, quizás no deberíamos estar tan preocupados en lo que va pasar si seguimos igual, sino ocuparnos en lo que vamos hacer para que sea posible el futuro que queremos.

La gestión clínica se legitima si el profesional acepta la transferencia de mayor riesgo por mayor autonomía y no, por determinados intereses más ideológicos que técnicos. En todo caso, sus avatares traducen la resistencia inherente al cambio, condicionados por las limitaciones surgidas por el nuevo conocimiento del diseño evolutivo del cerebro humano que nos lleva a un nuevo paradigma en la práctica de la medicina, obligado por los desarrollos de la era de la información.

## VISITA EL BLOG DE GCS

<http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>

# Transparencia en la gestión de los servicios sanitarios. Una magnífica idea que no parece estar nada clara

**Ricard Meneu**

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

*La transparencia, el acceso a la información pública y las normas de buen gobierno deben ser los ejes fundamentales de toda política. Sólo cuando la acción de los responsables se somete a escrutinio, cuando los ciudadanos pueden conocer cómo se toman las decisiones que les afectan, cómo se manejan los fondos públicos o bajo qué criterios actúan nuestras instituciones podremos decir que los poderes públicos comienzan a responder a una sociedad que es crítica, exigente y que demanda participación.*

Preámbulo de la Ley 19/2013

Una vez decepcionadas casi cualquiera de las expectativas depositadas en la flamante *Ley de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno* (19/2013) (1) más allá de ese preámbulo, parece oportuno reflexionar sobre la escasez de transparencia sobre la gestión y funcionamiento de los servicios sanitarios, un entorno especialmente rico en ámbitos en los que su despliegue resulta, más que deseable, imprescindible. Ámbitos que abarcan desde la mínima rendición de cuentas exigible a los gestores de la abultada fracción de nuestros impuestos destinada a sanidad hasta la aportación a los usuarios de alguna información básica sobre el funcionamiento de los centros, servicios, unidades y profesionales entre los que pueden optar.

Aunque los triunfantes partidarios de la opacidad –con orígenes e intereses múltiples y dispares– son legión, es razonable asumir que la mayoría de los ciudadanos preferiría mucha más transparencia, especialmente al conocer los potenciales beneficios que se le asocian y ponderar los riesgos y daños que actualmente supone el incuestionable dominio de la ocultación y el embozo. Pero en tanto no exista una conciencia suficiente de las razones que aconsejan avanzar substancialmente en la vía de la transparencia, es comprensible el éxito logrado por la minoría interesada en ocultar sus vergüenzas al escrutinio social.

Por eso, en estas líneas se pretende sintetizar los supuestos teóricos y las evidencias –foráneas– acumuladas que avalan la deseabilidad social de unos niveles de transparencia cuya carencia, además de un desprecio a la ciudadanía, son en la sanidad un inaceptable factor de riesgo y iatrogenia.

Las principales razones teóricas aducidas para reclamar la disponibilidad de manera sistemática, extensa y detallada de datos de calidad y rendimiento de los servicios sanitarios se pueden agrupar en cuatro grandes epígrafes, que provisionalmente hemos etiquetado (2) como sigue:

1. **Legitimación política:** Cumplimiento de la responsabilidad pública, rendición de cuentas, eficacia de la regulación, justificación de objetivos, evaluación de su logro y visualización de los resultados.
2. **Mejora de la efectividad:** Hacer públicos los datos sobre los resultados obtenidos por las distintas uni-

dades asistenciales –hospitales, servicios, centros de salud, profesionales...– que faciliten la mejora por comparación y cuya visibilidad incentive la voluntad de superación.

3. **Mejora de la eficiencia:** Aportar información que relacione resultados con recursos empleados, algo de lo que ya disponen fácilmente muchos servicios de salud, pero que en demasiadas ocasiones escamotean laboriosamente a ciudadanos, profesionales y representantes electos.

4. **Capacidad real de elección:** Facilitar información sobre el diferente funcionamiento de los centros, comprensible por el común de la ciudadanía sin insultar su inteligencia. En su ausencia, es decir, hoy en día, cualquier discurso sobre “el derecho de libre elección” resulta blasfemo, pues sin una mínima información lo que se ofrece no es más que una cruel forma de apuestas o juegos de azar.

Estas cuatro razones no son ni exhaustivas ni mutuamente excluyentes. Es razonable asumir que todas ellas podrían operar, en un grado variable, en cualquier país y para cualquier sistema de prestación asistencial (3). En un sistema sanitario como el SNS, de provisión masivamente pública, supone un grave déficit democrático que nuestros gobernantes continúen “secuestrando” la información que permite valorar su ejecutoria. Más grave aun si se considera que en países con sistemas públicos menos amplios, la administración recoge y difunde información que aquí hoy resulta inimaginable. En EE.UU. el Departamento de Salud recopila datos de todos los hospitales públicos y privados, haciéndolos accesibles a los ciudadanos. Adicionalmente varios estados aplican alguna interfaz que los hace más manejables por legos, siendo también útiles para profesionales y decisores/compradores. Como a muchos puede resultarles inverosímil, se recomienda encarecidamente una visita virtual a las de California (4) o Massachusetts (5), entre otras tantas.

Aunque los comparadores de calidad y resultados hospitalarios son los más extendidos, también existen experiencias de cotejo sistemático de la calidad y resultados en Atención Primaria. Por ejemplo, en el estado de Minnesota es posible conocer los resultados, en varias dimensiones relevantes –manejo de hipertensión, diabetes, etc.– de los diferentes proveedores de Atención

Primaria (6). Así, se puede saber que mientras alguno de los equipos prestadores de asistencia cumple con los criterios de adecuado control de la hipertensión arterial en más del 85% de pacientes, otros apenas alcanzan el 40%. Para los develadores de inconsistencias estadísticas, se aportan sus IC 95, sin asomo de solapamiento (7). Para mayor escarnio de nuestra escasa capacidad de exigir rendiciones de cuentas, esta información discrimina entre los proveedores “concertados” con el programa público estatal y los que no. De este modo resulta paradójicamente positivo saber que mientras los equipos médicos contratados públicamente alcanzan en promedio un 71% en el indicador citado, y un 25,8 % en el de “Manejo óptimo de la diabetes”, los no concertados logran respectivamente un 75,5% y 40,7%. En nuestro país alguna insólita iniciativa ha alcanzado costosamente un nivel de transparencia comparable al existente en otras latitudes, como es el caso de la *Central de Resultats* (8), pero en general, escribir de esto aquí y ahora, como señaló Larra hace casi dos siglos, “es llorar, es buscar voz sin encontrarla, como en una pesadilla abrumadora y violenta” (9). Pero a la vista del desarrollo comparativo de la información sanitaria en nuestro SNS, el panorama español no sólo supone una burla democrática, es además una rémora a la mejora de la sanidad, pues a pesar de la limitada evidencia disponible, esta información parece incentivar la mejora profesional por comparación (10) en mucha mayor medida que modifica los comportamientos de los usuarios (11). O sea que esta conducta de nuestros gobernantes sanitarios además de hacerlos socialmente impunes por “irresponsables”, les hace dañinos por impedir mejoras a partir de una información que ya existe, que ellos manejan y que hemos pagado todos los ciudadanos.

La transparencia juega un importante papel como sostén de la confianza. Confiamos porque, aunque no sepamos lo suficiente, sabemos que podemos llegar a saber (12). Por eso nunca puede fructificar allí donde impera el engaño, la mentira o el embozo. La transparencia no es la panacea universal que sanará nuestros endémicos males, pero si un requisito elemental para lograr avances en cualquiera de los aspectos que se declaran deseables: buen gobierno, benchmarking, excelencia, preferencias de los pacientes... Un programa mínimo pasaría por disponer de información comparativa de resultados de centros, equipos y –cuando sea relevante– de profesionales.

Buena parte de lo básico exigible está ya a disposición de los equipos directivos de los servicios de salud, pero no parece que haya una disposición suficiente a rendir cuentas haciéndolo público. Algo que en su formato actual no vulnera ninguna de las pejiugeras limitaciones sobre confidencialidad, seguridad nacional, intereses económicos y comerciales o funciones administrativas de vigilancia, inspección y control a los que se refiere el artículo 14 de la Ley 19/2013 y que tan fácilmente se obvian cuando conviene a algún interés espurio. En la entrada del James Madison Building de la Biblioteca del

Congreso estadounidense está inscrita parte de una cita de ese presidente sobre la que conviene meditar: *Un gobierno popular sin información, o sin los medios para adquirirla, no es sino el prólogo de una farsa o de una tragedia, o tal vez de ambas. El conocimiento siempre gobernará a la ignorancia, y un pueblo que quiera ser su propio gobernante debe armarse con el poder que el conocimiento da* (13).

Visto el limitado avance logrado por los representantes ciudadanos, quizás sea ya hora de que las sociedades científicas y profesionales apuesten por liderar estas exigencias, en cumplimiento de sus obligaciones con los pacientes y usuarios de la sanidad. Que reclamen y promuevan la disponibilidad de sistemas transparentes que den cuenta de los diferentes resultados logrados y permitan la elección con información, la mejora por comparación y la evaluación de la gestión pública. No parece un programa mayoritariamente indeseable. Pero aun estamos donde estamos.

## Referencias

- (1) Boletín Oficial del Estado. Ley 19/2013 de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. BOE número 295 de 10-12-2013.
- (2) Meneu R, Peiró S. La renovación de la Atención Primaria. Vistas desde la platea. Capítulo 9 de: Casajuana J, Gérvas J (Dir.). La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Springer Healthcare, Madrid 2012.
- (3) Marshall M, Shekelle PG, Brook RH, Leatherman S. Dying to Know: Public Release of Information about Quality of Health Care. The Nuffield Trust and RAND. 2000: [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2005/MR1255.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1255.pdf).
- (4) <http://www.calqualitycare.org/>
- (5) <http://hcqcc.hcf.state.ma.us/>
- (6) <http://www.minnesotahealthinfo.org/compare/physicians.html>
- (7) Snowden Anne M. (Dir). 2012 Health Care Disparities Report for Minnesota Health Care Programs <http://mncm.org/wp-content/uploads/2013/04/Final2012HealthCareDisparitiesReport5.10.pdf>
- (8) Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito hospitalario. Julio de 2013. Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Barcelona 2013 [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossc\\_Central\\_resultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_hospitals\\_2013\\_es.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_hospitals_2013_es.pdf)
- (9) De Larra MJ. Horas de invierno. El Español. Diario de las Doctrinas y los Intereses Sociales, nº 420, 25 de diciembre de 1836.
- (10) Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008 Jan 15; 148(2): 111-23.
- (11) Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of health-care consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9 (11): CD004538.
- (12) Vallespin F. Scary Movie. La crisis económica pasa a segundo plano. Ahora lo que más nos preocupa es la crisis institucional. *El País* 20 junio 2013.
- (13) Madison J. *The Writings of James Madison, comprising his Public Papers and his Private Correspondence, including his numerous letters and documents now for the first time printed*. New York: G.P. Putnam's Sons, 1900 (Disponible en: [http://lf-oll.s3.amazonaws.com/titles/1940/1356.09\\_Bk.pdf](http://lf-oll.s3.amazonaws.com/titles/1940/1356.09_Bk.pdf))

## Don Erre que Erre: a vueltas con la bioapariencia

Kesselheim AS, Misono AS, Shrank WH, Greene JA, Doherty M, Avorn J, Choudhry NK.

Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of nonadherence. *JAMA Intern Med.* 2013;173(3):202-8.

Los genéricos son fármacos bioequivalentes a las marcas aunque no tienen su mismo color ni su misma forma, lo que puede causar confusión en los pacientes y dar lugar a su no utilización. Este trabajo trata de determinar si utilizar fármacos antiepilépticos (mismo principio activo) con distinta bioapariencia se asocia con mayor abandono del tratamiento, lo que puede tener consecuencias graves a nivel sanitario y social.

Se realizó un estudio caso-control anidado utilizando una base de datos de pacientes americanos. La variable principal es persistencia (concepto similar a la adherencia), medida como el tiempo que transcurre entre el inicio de un tratamiento y su abandono. Se seleccionaron los fármacos antiepilépticos debido a que la epilepsia es una enfermedad que afecta al 1-2% de la población, aunque estos medicamentos también se pueden utilizar fuera de indicación (dolor crónico). Se incluyeron medicamentos que estaban aprobados específicamente para el tratamiento de las convulsiones, comercializados en forma de comprimidos e incluía, al menos, un nombre de fantasía y una marca genérica. Se excluyó gabapentina debido a que su uso durante el periodo de estudio, fue casi exclusivamente fuera de indicación.

Se consideraron casos los pacientes no cumplidores, definidos por la falta de una nueva prescripción del fármaco en los siguientes 5 días de haberse terminado la medicación anterior. Los controles se definieron como los pacientes que no presentaban ningún retraso en las prescripciones y se aparearon por sexo, edad, número de prescripciones realizadas y la existencia de un diagnóstico de convulsiones. Se evaluaron las dos prescripciones precedentes al abandono y se determinó si el color y/o la forma de la pastilla concordaban (concordante) o no (discordante). Se comparó la posibilidad de discordancia entre los casos y controles utilizando un análisis multivariante ajustado por las características basales y el tipo de fármaco. Se repitió el análisis entre los pacientes con diagnóstico de convulsiones.

En el total de prescripciones analizadas hubo 37 colores y 4 formas diferentes de medicamentos.

Un total de 11.472 pacientes no persistentes se aparearon con 50.050 controles. La discordancia en el color antecedía a 136 casos (1,20%) pero solo 480 controles (0,97%) (OR ajustada = 1,27; IC95% = 1,04-1,55). La discordancia en la forma precedió a 18 casos (0,16%) y 54 controles (0,11%) (OR ajustada= 1,47; IC95% = 0,85-2,54). En el subgrupo de los pacientes diagnosticados de convulsiones, el riesgo de no persistencia después de producirse cambios en el color de las pastillas fue también significativamente mayor (OR=1,53; IC95%= 1,07-2,18).

La conclusión de los autores es que el cambio en el color de las pastillas aumentan significativamente la probabilidad de abandono del tratamiento, esto puede tener importantes implicaciones clínicas. El estudio recomienda reconsiderar las políticas regulatorias actuales que permiten una amplia variación en la bioapariencia de los fármacos genéricos.

Financiación: Agency for Healthcare Research & Quality, Robert Wood Johnson Foundation.

Conflicto de intereses: Algunos autores declaran ayudas de investigación públicas y privadas.

Correspondencia: akesselheim@partners.org

### COMENTARIO

Como axioma terapéutico bien vale decir que la efectividad de un fármaco siempre será inferior a su eficacia intrínseca por la cantidad de variables que juegan un importante papel en ello y quizás la que más, la adherencia de los pacientes a su tratamiento (Adherencia = Cumplimiento + Persistencia) (1).

En este artículo se pone claramente de manifiesto algo que muchos hemos discutido, batallado, luchado, lidiado y fracasado, la bioapariencia (misma forma, mismo color que el medicamento original). Algunos pensábamos (2) (y aun seguimos **erre que erre**) que la relevancia clínica entre genéricos y marca también se encuentra en la "bioapariencia" de forma que la competencia de los genéricos con las marcas solo debería ser en precio, no en una fantasiosa "diferenciación de producto".

Los cambios continuos de presentaciones pueden tener un doble efecto negativo. Por un lado, la falta de adherencia a los tratamientos (tal y como se recoge en este artículo) y, por otro, un posible problema de seguridad por duplicación de tomas de un mismo principio activo de diferentes presentaciones.

Cada compañía de genéricos (y hay muchas) diseña el aspecto visual de sus medicamentos frecuentemente de forma independiente a las características del medicamento original. Esta realidad, lejos de ser un capricho, tiene una explicación y es que hay dos elementos que impiden la bioapariencia de los medicamentos genéricos. Por un lado, las cuestiones relacionadas con las patentes ya que son muchas las marcas que protegen las formas y colores de sus comprimidos o cápsulas, lo que imposibilita de facto su copia. Pero por otro lado, hay un problema relacionado con posibilidades técnicas y el coste que supondría hacer cada comprimido de una forma y color similar al de la marca, mientras que una compañía innovadora maneja un vademécum de unas cuantas decenas de productos, las de genéricos tienen varios centenares de presentaciones diferentes. El final del comentario realizado al artículo (2) era: "o bien regulamos la normalización de la bioapariencia, o mejor aun, evaluamos el impacto que supone la falta de bioapariencia". Bien, pues de lo primero nadie quiere hablar y de lo segundo aquí está la muestra. Pero aun así, el paciente será el eje del sistema.

**Nuria García-Agua Soler**

**Antonio J García Ruiz**

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

(1) Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

(2) García Ruiz AJ, Morata García de la Puerta F. Sí, pero... algunos son más iguales que otros. *Gest Clin Sanit.* 2008;10(4):131.

## Telemedicina vs. atención convencional en pacientes crónicos: mismos QALYS y más coste

Cartwright M, Hirani SP, Rixon L, et al.

**Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. BMJ. 2013;346:f653.**

### Objetivo y métodos

Resultados de un estudio pragmático, realizado mediante un ensayo aleatorizado por grupos, en el que se comparan los dispositivos de segunda generación de telemedicina en el Reino Unido frente a la práctica clínica habitual. Los pacientes que se incluyeron padecían una de las siguientes enfermedades crónicas: EPOC, diabetes o insuficiencia cardiaca.

Tanto efectividad como calidad de vida y síntomas de ansiedad o depresión se valoraron a los 4 y 12 meses, para separar los efectos a corto plazo de los de más largo plazo. La evaluación de los servicios de telemedicina y teleasistencia en el Reino Unido se llevó a cabo mediante la evaluación con el Whole Systems Demonstrator (WSD) (1). De esta forma se dispone de una metodología sólida que permite estudiar si en la práctica existen diferencias reales entre la telemedicina y la práctica convencional.

### Resultados

Para todos los resultados, las diferencias entre el grupo de estudio –telemedicina– y el grupo de control –práctica convencional– fueron reducidas y no significativas. Las diferencias entre el brazo de estudio y el brazo de

control no alcanzaron la diferencia clínica mínimamente relevante para cualquier resultado ni el corto plazo, 4 meses, como en el largo plazo, 12 meses.

### Conclusión

Los dispositivos de segunda generación de telemedicina utilizados en el Reino Unido evaluados con el WSD demostraron no ser efectivos o eficaces en comparación con la atención habitual. En este sentido, la telemedicina no mejoró a los 12 meses ni la calidad de vida ni los resultados psicológicos para los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes o insuficiencia cardiaca. Estos resultados ponen de manifiesto que no existe una base con fundamento empírico sólido para justificar el recelo que la telemedicina suscita entre algunos sectores. Los hallazgos del presente trabajo sugieren que las preocupaciones sobre el efecto potencialmente perjudicial de la telemedicina sobre la salud son infundadas en la mayoría de los casos.

*Financiación:* Department of Health and the University College, London.

*Conflictos de interés:* No declaran ninguno relevante.

*Correspondencia:* stanton.newman.1@city.ac.uk

### COMENTARIO

Desde un punto de vista práctico y de aplicabilidad, este trabajo pone de manifiesto la importancia de evaluar y medir los resultados de las diferentes formas de organizar la asistencia sanitaria. En este sentido, en nuestro país la cultura evaluativa no está muy arraigada y normalmente se concentra en tecnologías sanitarias y especialmente en el medicamento. Sin embargo, existen pocos estudios que valoren de forma rigurosa el impacto sobre la salud de las diferentes formas de organización de la asistencia sanitaria: gerencia única, área única de salud, telemedicina o teleasistencia.

Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de diseñar protocolos y estudios específicos para valorar el impacto que aspectos como la telemedicina tienen sobre las variables de morbilidad, mortalidad, calidad de vida y variables psicológicas. En este sentido las diferentes revisiones sistemáticas sobre el efecto de la telemedicina sobre estas variables arrojaban unos resultados no concluyentes, ambiguos y evidenciaban las debilidades metodológicas que muchos de los estudios presentaban (2, 3).

A pesar de la existencia de alguna diferencia en cuanto a la utilización de recursos sanitarios y de mortalidad a favor (4-5) de la telemedicina, los resultados del estudio ponen de manifiesto que no existen diferencias ni en calidad de vida ni en indicadores psicológicos entre la telemedicina y la práctica clínica habitual, además de demostrar que la telemedicina no supone un riesgo para la salud de los pacientes. Todo esto implica que si las pequeñas diferencias de resultados de efectividad no son estadísticamente significativas el uso de la telemedicina como opción se convierte en un problema de minimización de costes.

Se tiende a pensar que la innovación tecnológica suele estar asociada a una reducción de costes, aspecto que normalmente puede ser cierto

en otros sectores, pero que en sanidad no suele ser así. En este sentido, la telemedicina no parece una excepción. De hecho un artículo posterior que utilizan los datos del trabajo comentado pone de manifiesto que el ratio coste utilidad incremental de este tipo de tecnología alcanza las 92.000 £ por QALY (6). Moraleja la única forma de poder conocer si acertamos en la toma de decisiones es mediante la evidencia fundada en estudios metodológicamente robustos y con un nivel de transparencia elevado, aspectos que ese artículo pone claramente de manifiesto.

### Álvaro Hidalgo

Seminario de Investigación en Economía y Salud. UCLM.

(1) Bower P, Cartwright M, Hirani SP, et al. A comprehensive evaluation of the impact of telemonitoring in patients with long-term conditions and social care needs: protocol for the whole systems demonstrator cluster randomised trial. BMC health services research. 2011;11:184.

(2) Kitsiou S, Pare G, Jaana M. Systematic reviews and meta-analyses of home telemonitoring interventions for patients with chronic diseases: a critical assessment of their methodological quality. Journal of medical Internet research. 2013;15(7):e150.

(3) McLean S, Sheikh A, Cresswell K, et al. The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. PLoS one. 2013;8(8):e71238.

(4) Oliver D. Over-claiming the evidence for telehealth and telecare? Bmj. 2013;346:f3377.

(5) Steventon A, Bardsley M, Billings J, et al. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. Bmj. 2012;344:e3874.

(6) Henderson C, Knapp M, Fernandez JL, et al. Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. Bmj. 2013;346:f1035.



## El corsé en la escoliosis del adolescente es eficaz ... pero la mitad de los que lo llevan mejorarían igual sin él

Weinstein SL, Dolan LA, Wright JG, Dobbs MB.

Effects of bracing in adolescents with idiopathic scoliosis. *N Engl J Med.* 2013;369(16):1512-21.

### Antecedentes

La utilización del corsé en la escoliosis idiopática del adolescente (EIA) con riesgo de progresión de la curva y de una eventual cirugía es objeto de controversia.

### Métodos

Estudio multicéntrico en pacientes con indicación de corsé por edad, inmadurez esquelética y grado de escoliosis. Los pacientes fueron incluidos en una cohorte aleatorizada y otra cohorte por elección preferencial del paciente. De los 242 pacientes incluidos en el análisis, 116 fueron asignados por aleatorización a tratamiento con corsé u observación y 126 eligieron entre corsé u observación. Los pacientes del grupo corsé se les indicó llevarlo durante al menos 18 horas al día. Los resultados principales fueron progresión de la curva a 50 o más grados (fracaso del tratamiento) y madurez esquelética sin alcanzar estos grados de progresión de la curva (éxito de tratamiento).

### Resultados

El ensayo fue detenido precozmente debido a la demostración de eficacia del corsé. En el análisis por intención de tratar de los pacientes aleatorizados se obtuvo un porcentaje de éxito en los pacientes con corsé del 75% frente al 42% de grupo observacional (OR: 4,11; 95%CI: 1,85-9,16). El NNT para prevenir un caso de progresión fue de 3 y la reducción del riesgo relativo con corsé del 56%. Hubo una asociación positiva entre las horas de aplicación del corsé y el éxito del tratamiento ( $p < 0.0001$ ).

### Conclusiones

El corsé disminuyó significativamente la progresión de curvas de alto riesgo, evitando llegar al umbral de la cirugía, en pacientes con EIA. El beneficio se incrementa cuantas más horas se lleva el corsé.

Financiación: National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: stuart.weinstein@uiowa.edu.

### COMENTARIO

La escoliosis provoca una deformidad torsional tridimensional de la columna vertebral. Se considera EIA cuando afecta a niños-adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 18 años con más de 10° de ángulo de Coob. La prevalencia se sitúa entre el 2% y el 12%. Solo un 10% de estos niños requerirán tratamiento, en su mayoría conservador, y un 0,1% alcanzará curvas mayores de 40° pudiendo precisar tratamiento quirúrgico. Aunque en la mayoría de los casos son curvas leves o moderadas, su progresión puede generar discapacidad, dolor, problemas psicológicos y reducción de la función y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Entre los tratamientos conservadores el más utilizado es el corsé, de forma aislada o en combinación con ejercicios, siendo su objetivo principal parar o limitar la progresión de las curvas durante el crecimiento, hasta alcanzar la madurez esquelética. Sin embargo, su utilización ha sido objeto de controversia como concluyen algunas revisiones sistemáticas, incluyendo la última revisión Cochrane, que pone de manifiesto la escasa evidencia en favor de la utilización de los corsés. Esta falta de evidencia tiene su origen en la inexistencia de ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECA), por la dificultad que entraña en esta patología la aceptación de aleatorización, largo periodo de seguimiento y la dificultad del enmascaramiento.

El estudio comentado se inició como un ECA, pero ante las dificultades para alcanzar el tamaño muestral calculado se modificó incluyendo una segunda cohorte no aleatorizada de 126 pacientes que elegían entre corsé o no tratamiento (un aspecto que afecta el grado de validez del estudio). Adicionalmente, no se analizaron los resultados en función del tipo de curva ni de los diferentes diseños de corsé. No obstante la selección de los pacientes se realizó siguiendo los criterios de la Scoliosis Research Society (SRS), los evaluadores de las radiografías no conocían el grupo de los pacientes, se valoró la posi-

ble afectación de la CVRS y se utilizó un método objetivo de valoración de las horas de cumplimiento del corsé.

Los resultados obtenidos coinciden con otros estudios en que las horas de utilización del corsé tiene una asociación positiva con el éxito del tratamiento, de modo que a partir de 12,9 horas/día, se alcanzan porcentajes de éxito >90%. Sin embargo existen discrepancias respecto a la CVRS ya que no se encontraron –utilizando un cuestionario genérico pediátrico– diferencias entre los portadores de corsé y los observados, un aspecto diferencial con los estudios utilizando cuestionarios específicos (SRS-22, CAVIDRA) que mostraban peores resultados en función/actividad y autoimagen en los pacientes tratados con corsé.

Como los autores subrayan, el 48% de los pacientes sin corsé (así como el 41% de los que incumplían el tiempo diario con corsé) tuvieron un resultado positivo, un resultado que sugiere que la indicación puede ser excesivamente amplia y llevar a un importante número de tratamientos innecesarios.

En la práctica clínica se mantiene la disyuntiva entre dejar evolucionar la curva sin corsé, con la incertidumbre de posible progresión de la deformidad, o la prescripción del corsé, en algunos casos innecesario, que conlleva disconfort, posibles problemas psicológicos o de relación social y costes económicos. Este estudio aporta algo más de evidencia a favor de la eficacia del corsé para el tratamiento de la EIA de alto riesgo, evitando en muchos casos la cirugía. La búsqueda de factores pronósticos y genéticos que determinen la progresión de la curva, es el objetivo de las nuevas líneas de investigación que permitirá tratar a estos pacientes de forma individualizada y seleccionar a aquellos subsidiarios de tratamiento con corsé.

**Mónica Jordá**

**M<sup>a</sup> José Navarro**

Servicio de Rehabilitación. Hospital General Universitario Dr. Peset, Valencia.

## Los beneficios del listado de verificación (checklist) quirúrgico dependen de su implementación

Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN.

Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med* 2014;370:1029-38.

Los estudios demostrando la reducción de las complicaciones y de la mortalidad asociadas al empleo de un checklist quirúrgico han facilitado la difusión de esta sencilla intervención en numerosos países. No obstante, estos resultados beneficiosos no siempre se han reproducido, probablemente por factores directamente relacionados con la implementación de dicha intervención.

### Objetivo y tipo de estudio

Analizar los resultados de la implementación ordenada por las autoridades sanitarias de un checklist quirúrgico en los hospitales de Ontario, mediante un estudio de cohorte, prospectivo y observacional y multicéntrico.

### Método

Se contactó con 133 hospitales y se analizaron para cada hospital dos periodos de tiempo de 3 meses, antes y después de la introducción del checklist respectivamente. Los resultados analizados fueron la mortalidad hospitalaria o hasta 30 días (resultado principal), la estancia hospitalaria, las complicaciones hasta 30 días de la intervención, los reingresos y la frecuentación de urgencias hasta 30 días tras el alta. Se analizaron además 5 subgrupos en función de la edad, sexo, cirugía urgente o programada, con ingreso o ambulatoria, y tipo de procedimiento. Para ajustar las variables de confusión se aplicó la ecuación de Poisson para la estancia y la regresión logística para los restantes resultados.

### Resultados

Se obtuvo información válida de 101 hospitales. En 97 de ellos se aplicó un programa educativo de implementación del checklist. Se realizaron antes y después de la implementación del checklist 109.341 y 106.370 procedimientos, respectivamente. El riesgo ajustado de mortalidad fue 0.71% antes de la implementación y 0.65% después (OR 0.91; IC 95%, 0.80-1.03;  $p=0.13$ ). El riesgo ajustado de complicaciones resultó de 3.86% antes y de 3.82% después (OR 0.97; IC 95%, 0.90-1.03;  $p=0.29$ ). Hubo una discretísima aunque significativa reducción de la estancia de 5.11 días a 5.07 ( $p=0.003$ ), sin embargo no se redujeron los reingresos ni la frecuentación a urgencias. Los subgrupos analizados tampoco mostraron diferencias en las variables analizadas al introducir el checklist. La mortalidad tampoco se modificó al analizar individualmente cada hospital.

### Conclusiones

La implementación de un checklist quirúrgico en Ontario no se ha traducido en una reducción de la mortalidad ni de la morbilidad postoperatoria.

### COMENTARIO

El popularmente conocido como checklist quirúrgico o listado de verificación ha constituido una de las intervenciones para la seguridad del paciente que con más rapidez se ha generalizado por muchos países. El patrocinio de la OMS en su programa de "Cirugía segura salva vidas", los contundentes resultados de los primeros estudios en términos de reducción de mortalidad y morbilidad postoperatorias, y la sencillez de la medida, han favorecido su difusión (1).

Sin embargo, los resultados beneficiosos iniciales no siempre han sido reproducidos en otros estudios. Probablemente un factor muy determinante sea el modo de implementación de esta intervención, que a pesar de su simplicidad precisa de la colaboración de todo el personal implicado, desde la llegada del paciente a la Unidad de Admisión, su preparación y salida hacia el quirófano ya sea desde la planta de hospitalización o desde la unidad de cirugía mayor ambulatoria, su recepción en el área quirúrgica, el propio acto anestésico y la intervención quirúrgica, y su salida del área. Se requiere la participación de numeroso personal de distinta cualificación, sanitario y no sanitario, en esta tarea de verificación. En esta implementación distintos factores influyen de forma decisiva en el resultado final. El primero es el convencimiento por parte de todo el personal de la conveniencia de esta medida, especialmente por los máximos responsables del área quirúrgica. Es imprescindible una voluntariedad y una actitud receptiva. Es muy conveniente, antes de su implementación, un programa de educación y de entrenamiento del personal. Pero sobre todo, debe controlarse y monitorizarse su cumplimiento para que los análisis de los resultados de esta intervención sean fiables.

Sobre el checklist no existen ensayos clínicos aleatorizados, argumentando "razones éticas". Las revisiones sistemáticas constatan su beneficio aunque éste no sea tan espectacular como se ha difundido, pero también demuestran que la calidad de los estudios es discreta (2, 3). El estudio canadiense presenta limitaciones importantes especialmente en la calidad de la implementación del checklist, en la inclusión de un 20% de intervenciones oftalmológicas de casi nula mortalidad, en un análisis excesivamente precoz de los resultados y en el registro de complicaciones realizado en una base de datos administrativos. Además presenta una excesiva variabilidad entre hospitales.

La seguridad del paciente en cualquier sistema sanitario es un problema de salud pública y los profesionales de la salud, especialmente los que desarrollan su labor en el bloque quirúrgico, deben tener conciencia de la magnitud de este problema. Muchos efectos adversos en el ámbito quirúrgico son evitables y, por tanto, también reclamables. El checklist es una medida más para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico. Hay otras, como la prevención de la infección del sitio quirúrgico, la profilaxis antibiótica y tromboembólica, la prevención de efectos cardiovasculares, la normotermia, la prevención de accidentes anestésicos y de complicaciones de las transfusiones. Todas son muy determinantes y, la mayoría, con niveles altos de evidencia. Pero una cosa es decidir una medida y otra distinta implementarla.

### Luis Aguiló Lucia

Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva

(1) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP et al. (Safe Surgery Saves Lives Study Group). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360:491-499.

(2) Ko HC, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings – limited evidence of effectiveness. *BMC Health Services Research* 2011; 11:211.

(3) Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 2013;0:1–20. doi:10.1136/bmjqs-2012-001797.

Financiación: Canadian Institutes of Health Research e Institute for Clinical Evaluative Sciences.

Correspondencia: david.urbach@uhn.ca

## El ejercicio es beneficioso en la osteoartritis ... aunque unos más que otros

*Uthman OA, van der Windt DA, Jordan JL, Dziedzic KS, Healey EL, Peat GM, et al.*

**Exercise for lower limb osteoarthritis: systematic review incorporating trial sequential analysis and network meta-analysis. *BMJ*. 2013;347:f5555. DOI:10.1136/bmj.f5555.**

La osteoartritis es una de las primeras causas de dolor y discapacidad funcional. Los costes directos asociados (i.e. medicación o atención sanitaria) e indirectos (i.e. pérdida de productividad) son elevados. El principal tratamiento es el ejercicio terapéutico siendo su objetivo disminuir el dolor articular y mejorar la función en la vida diaria de los pacientes. El ejercicio como terapia de base ha demostrado ser efectivo, teniendo como ventajas su facilidad de aplicación, los pocos efectos adversos y el bajo coste que implica.

### Objetivos

Determinar si la evidencia disponible permite concluir que las intervenciones basadas en el ejercicio son más efectivas que las que no implican ejercicio. Comparar la efectividad de diferentes intervenciones de ejercicio físico en la mejora del dolor y funcional de pacientes con osteoartritis en miembros inferiores.

### Tipo de estudio y métodos

Revisión sistemática a partir de estudios controlados con asignación aleatoria, comparando intervenciones de ejercicio entre sí o con grupo control en adultos con osteoartritis de rodilla o cadera. La búsqueda se focalizó en estudios publicados entre 1989 y 2012. Los criterios de inclusión fueron: (i) Población de estudio: adultos diagnosticados de osteoartritis; (ii) Tipo de intervención: ejercicio terapéutico indiferentemente del contenido, duración, frecuencia o intensidad del mismo; (iii) Criterio de comparación: intervenciones entre sí o con grupo control; (iv) Resultados: evaluación en base a la mejora del dolor o de la funcionalidad. Se excluyeron aquellos estudios que realizaban intervenciones antes o después de cirugía y aquellos en que no había contraste de intervención entre los grupos. Se analizaron los resultados de efectividad del tipo de intervención,

tanto para reducción de dolor como para mejora de la funcionalidad, de acuerdo a la diferencia de medias estandarizadas (diferencia de medias entre grupos de intervención dividida por la desviación estándar combinada). Realizaron un metanálisis en red, con modelo bayesiano de efectos aleatorios; así como un análisis secuencial para determinar desde qué momento había habido suficiente evidencia científica.

### Resultados

Se analizaron un total de 60 estudios. El tipo de patología más frecuentemente estudiada fue la osteoartritis de rodilla (44 estudios). Además, hubo 2 estudios sobre osteoartritis de cadera y 14 que incluían pacientes de ambas patologías y otras osteoartritis. Los estudios incluyeron datos de 12 tipos de intervención. Los resultados mostraron que las intervenciones basadas en ejercicios de fuerza; de flexibilidad y fuerza; de flexibilidad, fuerza y aeróbicos; de fuerza en medio acuático; y de fuerza y flexibilidad en medio acuático, eran más efectivas que la intervención sin ejercicio para mejorar el dolor. Por otra parte, la intervención combinada de ejercicios de fuerza, flexibilidad y aeróbicos resultó más efectiva para la mejora de la capacidad funcional que la no intervención.

### Conclusión

Desde 2002 existe suficiente evidencia para concluir que en la osteoartritis la intervención con ejercicio físico es más efectiva que sin él. Es improbable que nuevos estudios revoquen esta evidencia. Las intervenciones combinadas de fuerza, flexibilidad y ejercicios aeróbicos son las más efectivas para mejorar el dolor y la capacidad funcional.

*Financiación: Ninguna declarada.*

*Conflicto de intereses: No consta.*

*Correspondencia: d.van.der.windt@keele.ac.uk*

### COMENTARIO

La Colaboración Cochrane apoya preferentemente las publicaciones que zanján temas investigados que han demostrado su efectividad repetidamente como es el caso de la prescripción del ejercicio físico en la osteoartritis (1-3). Como ponen de manifiesto los autores, la actividad física es una intervención de bajo coste y fácil aplicación, hecho notable considerando la actual coyuntura socioeconómica. Para poder avanzar es una condición sine qua non tener claro qué tipo de ejercicio está más indicado para determinada patología y la literatura publicada hasta el momento muestra poca evidencia en la especificación del ejercicio a realizar (2, 3). Aún sin perder de vista las limitaciones de las comparaciones indirectas (metanálisis en red), este artículo toma relevancia en base a dos puntos: despejar dudas sobre el tipo de ejercicio a prescribir comparando intervenciones entre sí y apuntando aquellas de mayor efectividad, y promover el ejercicio físico como una constante para el desarrollo, mantenimiento o recuperación de la salud, el movimiento y la funcionalidad de los pacientes.

Para los fisioterapeutas estos son datos relevantes. Frecuentemente acuden a las consultas pacientes por primera intención con diagnóstico confirmado de osteoartritis buscando solución al dolor y al discomfórt en el desempeño funcional diario. Considerando el envejecimiento de la población española, y siendo la edad un factor determinante de

la osteoartritis, el reto que se plantea es ¿cómo debemos promocionar la autonomía de los pacientes de cara al autocuidado? Para garantizar los efectos a largo plazo será importante buscar estrategias que maximicen la adherencia a los tratamientos, ya que una parte importante del tratamiento prescrito por fisioterapeutas tiene que ver con intervenciones que los pacientes realizan de manera autónoma fuera de la consulta. Se hace necesario entonces generar protocolos para cada caso garantizando una buena adherencia. Siendo así, tener una línea clara de acción reduce, como es el propósito en el paradigma de la asistencia sanitaria basada en la evidencia, la demora en la elección del tratamiento y la mejor orientación en el tratamiento.

### Griselda González-Caminal

Docente de Fisioterapia. Fundació Universitaria del Bages (Manresa).

(1) Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARS recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthr Cartilage*. 2010;18:476-499.

(2) Bennell KL, Hinman RS. A review of the clinical evidence for exercise in osteoarthritis of the hip and knee. *J Sci Med Sport*. 2011;14: 4-9.

(3) Escalante Y, García-Hermoso A, Saavedra JM. Effects of exercise on functional aerobic capacity in lower limb osteoarthritis: A systematic review. *J Sci Med Sport*. 2011;14:190-198.

## Valor de las densitometrías periódicas en la predicción del riesgo de fractura en pacientes no tratados

Berry SD, Samelson EJ, Pencina MJ, McLean RR, Cupples LA, Broe KE et al.

Repeat Bone Mineral Density Screening and Prediction of Hip and Major Osteoporotic Fracture. JAMA. 2013;310(12):1256-62.

### Objetivo

Determinar si el cambio en la densidad mineral ósea (DMO) después de 4 años proporciona información adicional sobre el riesgo de fractura, más allá del que proporciona la DMO basal, y cuantificar el cambio en la estratificación del riesgo de fractura después de una segunda medición.

### Metodología

Estudio de cohortes poblacional que incluye 310 hombres y 492 mujeres procedentes del Estudio Framingham de Osteoporosis con dos medidas de DMO de cuello femoral tomadas desde 1987 a 1999. La medida de resultado fue el riesgo (usando FRAX) de fractura osteoporótica (FO) de cadera o fractura mayor (cadera, vertebral, antebrazo u hombro) hasta 2009 o hasta 12 años después de la segunda medida de DMO. Para el cálculo del riesgo se realizaron 3 modelos: 1) características clínicas y DMO basal, 2) DMO basal y características clínicas actualizadas, 3) segunda DMO y características clínicas actualizadas.

### Resultados

La edad media fue de 74,8 años. La media (desviación estándar [DS]) de cambio de la DMO fue de -0,6% por año (1,8%). Con una mediana de seguimiento de 9,6 años, 76 participantes presentaron una FO de cadera y 113 una o más FO Mayor. El porcentaje anual de cambio de la DMO se asoció al riesgo de FO de cadera (HR:1,43; IC95%: 1,16-1,78) y de FO Mayor (HR:1,21; IC95%:1,01-1,45) después de ajustar por la DMO basal. A los 10 años de seguimiento un descenso de 1 DS en el porcentaje de cambio anual de DMO comparada con el porcentaje medio de cambio anual de DMO se asoció con un exceso de riesgo absoluto de 3,9 FO de cadera por cada 100 personas. En el análisis de capacidad predictiva el añadir los cambios de DMO al modelo con DMO basal no mejoró los resultados: el área bajo la curva ROC (AUC) fue de 0,71 (IC95%:0,65-0,78) para el modelo con DMO basal y de 0,68 (IC95%: 0,62-0,75) para el modelo con porcentaje de cambio de la DMO. La incorporación del porcentaje de cambio en la DMO al modelo con DMO basal tampoco mejoró los resultados (AUC: 0,72; IC95%:0,66-0,79). Usando el índice de reclasificación neto una segunda medida de DMO incrementó la proporción de participantes reclasificados como alto riesgo de FOC en 3,9% (IC95%:2,2-9,9) mientras que disminuyó la proporción de clasificados como bajo riesgo en -2,2% (IC95%:-4,5-0,1%).

### Conclusiones y relevancia de los resultados

En hombres y mujeres no tratados de edad media 75 años, una segunda medida de DMO a los 4 años de la primera no mejora significativamente la predicción de FO de cadera o mayor, por lo que su realización parece innecesaria.

Financiación: National Institutes of Health, Blood Institute's Framingham Heart Study y otros.

Conflicto de interés: Declarados por los autores.

Correspondencia: sarahberry@hsl.harvard.edu.

### COMENTARIO

Cuando y a quien realizar una densitometría ósea es un tema en permanente debate. Aunque la recomendación contra el cribado universal es ampliamente aceptada, algunas guías nacionales (Sociedad Española de Reumatología, 2011; Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 2010) e internacionales (*National Osteoporosis Foundation*, 2010; *Osteoporosis Canada*, 2010) recomiendan realizar densitometría ósea a todas las mujeres de 65 o más años y a todos los hombres de 70 o más años.

Si las recomendaciones para la solicitud de la densitometría diagnóstica no son homogéneas (ni para población general, ni para población de riesgo), aun lo son menos en cuanto a la periodicidad de las densitometrías de seguimiento, una vez realizada una primera densitometría (1), que oscila entre los 6 meses y los 10 años (en parte dependiendo del riesgo del paciente), si bien el periodo más ampliamente propuesto es de 2 años.

Los autores del artículo se plantearon valorar, en mujeres y hombres en torno a los 75 años y no tratados con antiosteoporóticos, si la realización una densitometría adicional a los 4 años mejora la predicción de fractura osteoporótica mas allá de la que proporciona la DMO basal. Concluyen que no proporciona una mejora en la predicción de riesgo de fractura de cadera y mayor significativa, por lo que su realización puede ser innecesaria ya que no cambiaría sustancialmente el manejo clínico de estos pacientes.

Estos resultados se suman a los del reciente estudio de Gourlay et al. (2) que en una cohorte de 5.000 mujeres de 67 y más años estimaron que el intervalo de tiempo necesario para el que el 10% de las mujeres pase a tener criterios densitométricos de osteoporosis (T-score  $\leq -2,5$ ), partiendo de una densitometría basal, es mayor de 15 años para mujeres con DMO normal (T-score  $\geq -1$ ) u osteopenia leve (T-score de -1.01 a -1.49), de 5 años para aquellas con osteopenia moderada (T-score de -1.50 a -1.99) y de 1 año para las que presentaban osteopenia avanzada (T-score de -2.0 a -2.49) y cuestionan seriamente la recomendación de realización de densitometrías cada 2 años.

Aunque probablemente siguen siendo necesarios más estudios para clarificar la periodicidad de la realización de densitometrías en situaciones clínicas concretas, a la vista de los resultados de estos estudios los periodos actualmente recomendados para la realización de una segunda densitometría deberían ser reconsiderados y sus modificaciones incorporadas cuanto antes a las guías de práctica clínica y a la práctica clínica habitual.

### José Sanfélix Genovés

Centro de Salud de Nazaret, Valencia.

(1) Sanfélix-Genovés J, Catalá-López F, Sanfélix-Gimeno G, Hurtado I, Baixauli C, Peiro S. Variabilidad en las recomendaciones para el abordaje clínico de la osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.025>.

(2) Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS, May RC, Li C, Lui L et al. Bone-density testing interval and transition to osteoporosis in older women. *N Engl J Med* 2012 Jan 19;366:255. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1107142>.

# MÁSTER UNIVERSITARIO EN ECONOMÍA DE LA SALUD Y DEL MEDICAMENTO. Edición *online*

Programa de postgrado de Economía de la Salud  
Programa de postgrado de Farmacoeconomía

**Programa online** que se adapta a las necesidades y requerimientos de profesionales con responsabilidades de gestión y de titulados recientes que deseen ampliar sus conocimientos en las siguientes áreas:

- Evaluación económica de medicamentos y tecnologías médicas
- Técnicas cuantitativas aplicadas a la gestión de servicios sanitarios
- Economía y políticas de financiación del medicamento
- Gestión del medicamento en los sistemas sanitarios
- Economía de la salud

Director: **Jaume Puig-Junoy**

Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).

Co-director: **Carles Murillo**

Catedrático de Economía del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).

Barcelona, octubre 2014 - julio 2016

[www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu/muesol](http://www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu/muesol)



Balmes 132, Barcelona  
Tel: +34 93 547 81 82  
[info@bsm.upf.edu](mailto:info@bsm.upf.edu)  
[www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu](http://www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu)



**The Science of Business**

## El uso del análisis de minimización de costes en la evaluación de tecnologías sanitarias. Un muerto que goza de muy buena salud

Dakin H and Wordsworth S.

Cost-minimisation analysis versus cost-effectiveness analysis, revisited. *Health Econ.* 2013;22:22-34.

### Objetivo

Establecer si se considera más apropiado llevar a cabo un análisis de minimización de costes (AMC) en lugar de un análisis de coste efectividad (ACE).

### Método

Revisión de la literatura para examinar cómo ha cambiado el uso del AMC desde que Briggs y O'Brien anunciaran su muerte en 2001 (1). Adicionalmente se presentan ejemplos de simulación de datos procedentes de varios ensayos clínicos para, por un lado, ilustrar las ventajas y desventajas del AMC en el contexto de ensayos de no inferioridad y aquellos que muestran diferencias no significativas en eficacia, y por otro lado analizar si el AMC aporta resultados sesgados.

### Resultados

La revisión de la literatura muestra que el AMC sigue utilizándose como modalidad de evaluación económica. Por su parte, el análisis de datos de los ensayos clínicos muestra que esta forma de evaluación económica presenta sesgos en las medidas de incertidumbre, produciendo sobre-

estimación o infraestimación del valor de la información, y la probabilidad de que el tratamiento sea costo efectivo. Aunque el sesgo sea despreciable en estudios de no inferioridad en los que se compara tratamientos que se diferencian enormemente en costes, por lo general, es necesario recopilar y analizar datos de coste y eficacia (incluyendo utilidades) para evaluar el sesgo.

### Conclusión

El análisis de coste efectividad (incluida la evaluación de la distribución conjunta de costes y beneficios) se considera casi siempre recomendable para evitar una estimación sesgada de la incertidumbre. La regla de uso de un AMC en evaluación económica basada en ensayos clínicos es aún más delimitada de lo que previamente se pensaba, lo que sugiere que el AMC no sólo fue declarado muerto, sino que debería estar enterrado.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: helen.dakin@dph.ox.ac.uk

### COMENTARIO

Desde que la evaluación económica empezara a utilizarse de forma más acentuada en los ensayos clínicos, se ha observado la utilización del AMC en estudios que evalúan tratamientos cuya medida de efecto no es significativa. Este método ha sido frecuentemente utilizado para justificar la introducción de fármacos "baratos" dentro de una misma clase terapéutica. Sin embargo, estos análisis, aparentemente fáciles de abordar, y cuyo resultado suele ser fácil de entender, no están exentos de sesgos, y su utilización en según qué casos puede llegar a ser engañosa, como demuestra este estudio.

Los AMC son una modalidad de evaluación económica que se emplea cuando existe evidencia de que el efecto sobre la salud entre tratamientos alternativos para una misma enfermedad, es idéntico en términos terapéuticos (2). Pero, ¿qué entendemos por equivalencia terapéutica? Es importante tener en cuenta que probar la equivalencia terapéutica de dos tratamientos no es lo mismo que decir que la medida del efecto entre dos tratamientos no es significativa. Probar la equivalencia terapéutica significa llevar a cabo un ensayo clínico de no inferioridad o equivalencia que requiere de una metodología específica. Cualquier estudio de AMC que no justifique de forma adecuada la equivalencia de los resultados en salud entre los tratamientos evaluados, debería ser tomado como un análisis de costes de varios tratamientos, más que un análisis de evaluación económica. En este sentido, de los 17 AMC que los autores identificaron en la revisión de la literatura, ninguno menciona que la decisión de realizar este análisis está sustentada en estudios de no inferioridad o equivalencia.

En segundo lugar, ¿equivalencia en qué resultado? Es igualmente importante determinar si el resultado en salud utilizado para determinar la equivalencia terapéutica es clínicamente relevante para el paciente. Los ensayos clínicos suelen detectar diferencias en un único resultado en salud, cuando la mayoría de los tratamientos afectan a varios resultados de salud simultáneamente, siendo imprescindible contraponer los beneficios que aportan los tratamientos, frente a los riesgos que éstos pueden suponer en el corto y largo plazo.

Por otro lado, desde la nueva perspectiva bayesiana, cada vez más utilizada en la realización de estudios de evaluación económica, el resultado que se estima para la toma de decisiones es el beneficio neto esperado que se calcula siempre en condiciones de incertidumbre (3). De este modo, el tratamiento con mayor beneficio neto debería ser adoptado independientemente de que la diferencia en eficacia sea o no significativa. Bajo esta perspectiva, la toma de decisiones es doble: primero, si dada la evidencia disponible, se debería incluir el nuevo tratamiento (la probabilidad de que un tratamiento sea costo-efectivo) y segundo, si es necesaria nueva evidencia que sustente la decisión en el futuro (el valor de la información perfecta). Siguiendo esta metodología de análisis, este estudio demuestra que la utilización del AMC puede conducir a tomar estas decisiones de forma errónea, por lo que se debería evitar su uso incluso en estudios de equivalencia terapéutica o no inferioridad.

En resumen, y a la vista de esta nueva evidencia, las lecciones aprendidas serían por un lado ser muy cautelosos cuando nos encontremos con evaluaciones económicas que utilicen esta modalidad, y por otro, realizar siempre evaluaciones económicas completas.

### Leticia García Mochón

Escuela Andaluza de Salud Pública.

(1) Briggs AH, O'Brien BJ. The death of cost-minimization analysis? *Health Economics* 2001;10:179-84.

(2) López-Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García A, Gisbert A, Mar J, Puig-Junoy J. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac. Sanit.* 2010;24 (2):154-170.

(3) Claxton K. The irrelevance of inference: a decision-making approach to the stochastic evaluation of health care technologies. *J Health Econ.* 1999;18(3):341-364.

## El impacto económico de las infecciones iatrogénicas. ¡A ver si así....!

Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C et al.

**Health care-associated infections. A meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system.**  
**JAMA Intern Med. 2013 Sep 2. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.9763.**

### Antecedentes y objetivo

Los eventos adversos (EA) asociados a hospitalizaciones son uno de los principales daños causados por la atención sanitaria y están vinculados a mayores costes sanitarios. Una mejor evaluación de los costes de estos EA podría ayudar a proveedores y financiadores a justificar la inversión en su prevención. El objetivo de este estudio es generar estimaciones de los costes asociados a los EA más prevalentes.

### Métodos

El impacto de los EA en el sistema sanitario de Estados Unidos (USA) se realizó en 3 pasos: a) cálculo de los parámetros epidemiológicos y económicos (incidencia, costes atribuibles y exceso de estancia) de cada tipo de infección b) modelización a través de una simulación de Monte-Carlo y c) estimación de los costes de los EA y de su impacto en el conjunto del sistema sanitario USA mediante la extrapolación de los resultados de la simulación. La simulación de Monte-Carlo incorpora capacidad para proporcionar estimaciones realistas de la incertidumbre asociada a la gran variedad de fuentes y medidas utilizadas en los estudios incluidos en el análisis con la finalidad de estimar intervalos de confianza (IC) suficientemente robustos asociados a la variabilidad encontrada en costes y estancias.

### Fuentes de datos

Para la estimación de los costes atribuibles, se realizó una revisión sistemática de la literatura (solo estudios de Estados Unidos) entre los años 1986 y 2013 utilizando PubMed. Para las estimaciones de número de casos de EA se utilizó la National Healthcare Safety Network of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

### Medida de resultados

Costes actualizados a \$ USA 2012.

### Resultados

El uso de la simulación de Monte-Carlo generó estimaciones puntuales e IC (95%) para los costes atribuibles y la duración de la estancia hospitalaria atribuibles a los EA. Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vías centrales fueron las infecciones hospitalarias más costosas: 45.814\$ (IC (95%): 30.919\$ – 65.245\$), seguida de la neumonía asociada a ventilación mecánica: 40.144\$ (IC (95%): 36.286\$ – 44.220\$), infecciones del sitio quirúrgico: 20.785\$ (IC (95%): 18.902\$ – 22.667\$), infección por *Clostridium difficile*: 11.285\$ (IC (95%): 9.118-13.574\$), y las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter: 896\$ (IC (95%): 603\$ -1.189\$). Los costes anuales totales de los 5 principales infecciones para el sistema sanitario USA fue de 9,8 mil millones de dólares (IC(95%): 8,3\$ – 11,5 mil millones de \$). Las infecciones del sitio quirúrgico fueron las que más contribuyeron a los gastos totales generados por los EA (33,7% del total), seguida de la neumonía asociada a ventilación mecánica (31,6%), infecciones de la vía central del torrente sanguíneo asociadas (18,9%), *Clostridium difficile* (15,4 %) e infecciones del tracto urinario asociadas a catéter (<1%).

### Conclusiones

Las estimaciones que proporciona este trabajo del consumo de recursos atribuible a las principales infecciones hospitalarias que afectan a los sistemas modernos de salud y que crean un daño considerable a los pacientes, son actualizados y robustos. Si bien las iniciativas de mejora de calidad se han generalizado y se han traducido en una disminución de la incidencia de infecciones hospitalarias, todavía la incidencia de estas infecciones es elevada.

*Conflicto de intereses: No consta.*

*Financiación: Texas Medical Institute of Technology.*

*Correspondencia: ezimilchman@partners.org*

### COMENTARIO

Estudio que aproxima, en base a la incidencia y costes de los EA, el impacto en costes que para el conjunto del sistema sanitario USA representan los EA hospitalarios más comunes. La estimación de estos costes se realiza a partir de una revisión sistemática y posterior meta-análisis de los datos de costes atribuibles a los EA. La cuestión de la elevada heterogeneidad e incertidumbre de los datos de costes utilizados, principal limitación del trabajo, se ha intentado paliar a través de una simulación de MonteCarlo y análisis probabilístico asociado.

Diversos estudios han valorado el impacto en el coste de la asistencia de los EA evitables, la mayor parte de los mismos americanos y por tanto, ya incluidos en la revisión sistemática que se realiza en este estudio. Más específicamente, el departamento de salud (USA), puso de relieve que en 2009 el extra de costes hospitalarios en USA por hospitalizaciones relacionadas con EA fue de 4,4 billones de \$ en población Medicare (1).

En España, las principales aproximaciones realizadas a los EA han sido los estudios IDEAS y ENEAS, encontrándose un rango de incidencia de EA promedio que oscila entre el 5,6% y el 16,1%. En función de este rango, se puede aventurar un fuerte impacto de los EA sobre los costes para el caso español: de los aproximadamente 4.500.000 ingresos

hospitalarios anuales que se producen en el sistema nacional de salud, en torno a 250.000 y 720.000 sufrirían un EA según las estimaciones más y menos conservadora. Recientemente, un estudio realizado en España (2) señala que los EA, ajustados por el Grupo Relacionado por el Diagnóstico, añaden un coste incremental medio que oscila entre 5.260 € y 11.905 €. Ambas aproximaciones demuestran las implicaciones, en términos sanitarios y relevancia económica de los EA y que estos han de revertirse con una mejora de la calidad y seguridad de nuestro sistema de salud.

### Manuel Ridaó

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

(1) Department of Health and Human Services. Adverse events in hospitals: national incidence among Medicare beneficiaries AHRQ. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>.

(2) Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, Sarsanedas E, Cots F. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit. 2014;28(1):48-54.

## Coste-efectividad de la colaboración entre equipos para la atención de la depresión en la Atención Primaria española

Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Iriso E, Piñol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L, Cabasés J.

Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord.* 2014;159:85-93.

### Antecedentes

Se ha observado que los programas de atención que implican la colaboración entre equipos (*collaborative care programs*) conducen a mejores resultados en el tratamiento de la depresión. Concretamente, un programa de esta naturaleza ha demostrado su eficacia en la atención primaria en España.

### Objetivo

Evaluar la relación coste-efectividad de un programa de colaboración en comparación con los cuidados o atención habitual (control).

### Material y métodos

Se llevó a cabo un análisis coste-efectividad de “abajo hacia arriba” (*bottom up*) dentro de un ensayo aleatorizado y controlado (período 2007-2010). La intervención consistió en un programa de colaboración multi-componente con los procedimientos clínicos, educativos y organizativos. Los resultados fueron monitorizados durante un periodo de 12 meses. Los análisis se realizaron desde la perspectiva del sistema sanitario (teniendo en cuenta los costes sanitarios) y desde una perspectiva de la sociedad (incluidos los costes de atención médica, además de la pérdida de los costes de productividad).

### Resultados

Trescientos treinta y ocho pacientes adultos con depresión mayor fueron evaluados al inicio del estudio. Sólo los pacientes con datos completos se incluyeron en el análisis principal (166 en el grupo de intervención y 126 en el grupo control). Desde una perspectiva del sistema sanitario, el coste incremental promedio del programa en comparación con la atención habitual era 182,53 € ( $p < 0,001$ ). Efectividad incremental fue de 0,045 AVAC ( $p = 0,017$ ) y 40,09 días libres de depresión ( $p = 0,011$ ). Las razones coste-efectividad incremental (RCEI) fueron igual a 4.056 € por AVAC ganado y 4,55 € por día libre de depresión adicional. Estas estimaciones y su incertidumbre se representaron gráficamente en el plano coste-efectividad. Sin embargo, aproximadamente un 14% de los pacientes presentó datos incompletos pudiendo existir riesgos de sesgos.

### Conclusiones

La intervención produce mejores resultados que la atención habitual con un modesto aumento en los costes, lo que resulta en RCEI favorables. De acuerdo con los autores, esto apoyaría la recomendación para su implementación.

Financiación: Becas del Instituto de Salud Carlos III y del Institut de Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.

Conflicto de intereses: EA recibió pagos por actividades formativas, asesoría y asistencia a a reuniones científicas de Esteve y/o Lilly.

Correspondencia: earagones.tarte.ics@gencat.cat

### COMENTARIO

La depresión mayor es la principal causa de discapacidad y de carga de enfermedad en España (1). Existe una necesidad importante de disponer de evaluaciones rigurosas sobre los costes y los resultados clínicos de las múltiples intervenciones disponibles (no solo farmacológicas, aunque también) y/o de los programas de atención a los pacientes con depresión (2).

La intervención evaluada –basada fundamentalmente en un ensayo clínico aleatorizado grupal (“cluster”) llevado a cabo previamente por los mismos investigadores (3)– consistió en un programa multicomponente con los procedimientos clínicos (guías, algoritmos de ayuda a la decisión), educativos (jornadas formativas, sesiones clínicas) y organizativas (incluyendo a enfermeras de atención primaria que trabajan como gestoras de casos). En términos generales, tras 12 meses de seguimiento en algo más de 300 pacientes evaluados, se observaron mejoras en la gravedad de la depresión en el grupo de intervención respecto al control lo cual se traducía en mejores resultados clínicos, como una mayor cantidad de días libres de depresión (algo más de 40 días de diferencia) que traducido en términos de AVAC parece ser mucho más modesta (0,045 AVAC ganados). Los autores concluyen que la intervención evaluada es eficiente cuando se compara con la práctica habitual ya que produce mejores resultados con un modesto aumento en los costes (en ninguno de los escenarios se presentan RCEI superiores a 4.400 € por AVAC adicional).

Revisiones previas de trabajos llevados a cabo en otros entornos asistenciales (4-5) han sugerido que programas similares permiten obtener mejoras de los resultados en pacientes con depresión mayor en los centros de atención primaria (evidencia de grado moderado). Sin embargo, algunas de las limitaciones adecuadamente comentadas por los autores (riesgos de sesgos, falta de información para algunos pacientes, etc...) e incluso el papel de la comorbilidad y/o multimorbilidad en pacientes con depresión puede llevar a pensar sobre la necesidad de más evaluaciones de este tipo en esta área de investigación de los servicios sanitarios en España.

La limitada disponibilidad de evaluaciones económicas en el Sistema Nacional de Salud (2), destaca el interés de trabajos de estas características, que sirvan para contextualizar tanto los resultados clínicos como los costes directos e indirectos atribuibles a los distintos programas e intervenciones.

### Ferrán Catalá-López

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia.

División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Madrid.

(1) Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Morant-Ginestar C, Fernández de Larrea-Baz N, Catalá-López F. Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: an updated and policy-oriented overview. *Public Health.* 2012;126(12):1024-31.

(2) Catalá-López F, García-Altés A, Álvarez-Martín E, Gènova-Maleras R, Morant-Ginestar C, Parada A. Burden of disease and economic evaluation of healthcare interventions: are we investigating what really matters? *BMC Health Serv Res.* 2011;11:75.

(3) Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, Badía W, Folch S. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord.* 2012;142(1-3):297-305.

(4) Jacob V, Chattopadhyay SK, Sipe TA, Thota AB, Byard GJ, Chapman DP; Community Preventive Services Task Force. Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2012;42(5):539-49.

(5) Watson LC, Amick HR, Gaynes BN, Brownley KA, Thaker S, Viswanathan M, Jonas DE. Practice-based interventions addressing concomitant depression and chronic medical conditions in the primary care setting: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Care Community Health.* 2013;4(4):294-306.



## Gestión Clínica y selección de medicamentos: ¿es lo mejor enemigo de lo bueno?

*Eduardo López Briz, Francesc Puigventós Latorre, Izziar Martínez López, María Dolores Fraga Fuentes, Javier Bautista Paloma, Ana Ortega Eslava, Roberto Marín Gil, Emilio Alegre del Rey.*

**Grupo coordinador de GENESIS, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.**

...Que las verdades no tengan complejos,  
que las mentiras parezcan mentira...  
*Noches de boda. Joaquín Sabina (1999)*

La gestión clínica, entendida como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, basándolos en la mejor evidencia científica disponible y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente (1), ha cumplido recientemente 30 años. Cuando en 1983 Sir Roy Griffiths, director gerente de la cadena de supermercados británica Sainsbury's, publicó el informe que el gobierno de Margaret Thatcher le había encargado sobre la gestión en el *National Health Service* (NHS), poco podía imaginar que acabaría convirtiéndose en el ideólogo inicial de lo que ahora conocemos como gestión clínica (2).

Pasados los titubeos iniciales, los modelos de gestión clínica han acabado constituyendo el paradigma de la buena gobernanza sanitaria. La mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, la reducción de la variabilidad clínica innecesaria, la promoción del uso de la información clínica, la optimización de los recursos, la transparencia, el aumento de la eficiencia técnica, económica y financiera, y por último, el fortalecimiento de la cultura de mejora de la calidad de los procesos de atención médica y de la satisfacción del paciente son algunos de los logros que se le atribuyen (1).

En España, tras su despliegue inicial en 1998 (3), la gestión clínica goza de un nivel de implantación manifiestamente irregular, lo que no ha sido óbice para que su filosofía (si así se le puede llamar) impregne, de manera al menos conceptual si no práctica, todo el sistema de salud público, privado o concertado.

### ¿Es lo mejor enemigo de lo bueno cuando se habla de evaluación y selección de medicamentos?

El medicamento, sin duda la tecnología más utilizada en el sistema nacional de salud (SNS), no podía mantenerse al margen del fenómeno. Surgen por tanto, desde distintos ámbitos, estrategias destinadas a mejorar la utilización de medicamentos en su más amplio sentido, abarcando desde su selección hasta el seguimiento de sus efectos.

Es difícil demostrar la efectividad comparada de diferentes estrategias de política de medicamentos y de gestión clínica de la farmacoterapia, pero es indudable que uno de los puntos clave se encuentra en el proceso de evaluación y selección de medicamentos para su posicionamiento terapéutico, que se lleva a cabo en

los diferentes niveles (macro, meso, micro). Las cosas se complicarían si tuviéramos que responder acerca de cuál es la mejor de las estrategias. Siendo buenas muchas de ellas, se fractura aquí el viejo dicho de que 'lo mejor es enemigo de lo bueno'. Y una de las buenas estrategias, que podría ser común a los tres niveles, es el desarrollo de programas de alternativas terapéuticas equivalentes (ATE). No nos atreveríamos a decir que es la mejor, pero sin lugar a dudas se trata de la más controvertida (4, 5), como cualquiera que se asome a las revistas de actualidad profesional puede constatar casi diariamente.

Por novedad y, por qué no decirlo también, por suscitar un sano y fructífero debate, dedicaremos las siguientes líneas a explicar, clarificar y, en el colmo de la osadía, reivindicar las ATE. Nos anima a ello la posibilidad de hacerlo en un medio como GCS, libre, independiente, no sometido a presiones industriales y que, además, ya ha dado cabida a un reciente artículo sobre el tema (5). No está de más mencionar aquí que un descabellado ejercicio de censura previa por parte de una gran multinacional impidió recientemente la realización de una sesión sobre las ATE en Andalucía. Este hecho no hace sino venir a reflejar una situación que, lamentablemente, se produce de hecho: la sola mención del término ATE tiene la virtud de producir un inusitado (y poco justificado) efecto irritativo sobre algunos colectivos, efecto inducido por una difusión de conceptos confusos promovidos por la industria farmacéutica, que recuerdan las campañas que en su momento se realizaron para desacreditar a los medicamentos genéricos frente a los de marca.

### Las ATE en contexto: definiciones operativas para evitar caer en la Torre de Babel

Consideramos ATE a aquellos fármacos para los que la evidencia científica disponible no muestra un beneficio clínicamente relevante por la utilización de uno u otro en la mayoría de los pacientes que presentan un proceso clínico determinado, por lo que se podrían seleccionar indistintamente en dichos enfermos, sin que ello suponga la ausencia de excepciones justificadas en pacientes o grupos concretos de ellos (6).

Es inevitable que la novedad del concepto acabe ocasionando malinterpretaciones y contradicciones tautológicas, como cuando se afirma en el mismo documento de consenso de una sociedad científica que "Los fármacos autorizados para el tratamiento de la

EM (esclerosis múltiple) que tengan distintas posologías, vía o forma de administración no son equivalentes” y tres líneas más abajo, sobre los inmunomoduladores, “Con cualquiera de ellos se puede iniciar el tratamiento y son intercambiables entre sí cuando se considere conveniente un cambio de fármaco” (7). Cierta conciencia del contrasentido habría cuando estos párrafos fueron modificados en la última edición del consenso (8).

Es necesario distinguir también en este punto entre las ATE y los programas de intercambio terapéutico. Éstos, presentes en los hospitales de España y en los de la mayoría de los países de nuestro entorno (9), presuponen una intervención activa sobre la prescripción de acuerdo con un protocolo previamente pactado, de manera que se sustituye de manera consensuada con el clínico el fármaco prescrito por el disponible en el hospital, sea porque es una mejor opción terapéutica, sea porque se considere equivalente. El hecho de que dos medicamentos sean ATE no implica que sean siempre intercambiables en un paciente o en una situación clínica específica.

### Las ATE son un tema técnico y como tal deben abordarse

A la judicialización de la vida cotidiana que vivimos en España no escapan tampoco las ATE. Tras la convocatoria de un Acuerdo Marco de Homologación para la Selección de Principios Activos en determinadas indicaciones que el servicio Andaluz de Salud llevó a cabo, tanto Farmaindustria como distintos laboratorios farmacéuticos a título individual presentaron recursos ante el Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales Andaluz (10). Nuestro ordenamiento jurídico permite que cualquiera que crea ver sus intereses dañados por medidas de la Administración pueda ejercer su derecho al recurso con objeto de paralizar las actuaciones lesivas. Pero una victoria jurídica (no digamos ya nada de un fracaso) no aportará nada al debate que debe suscitarse entre los profesionales con objeto de desarrollar, aquilatar y encuadrar el concepto de las ATE.

Como se ha expuesto antes, la consideración de ATE implica que la mejor evidencia científica disponible no induzca a los prescriptores a preferir una de ellas, es decir, no es que se trate de medicamentos iguales, sino “no diferentes”, de modo que en la literatura biomédica no se han puesto de manifiesto diferencias clínicamente relevantes, al menos para la mayor parte de los pacientes (11). Esto conduce el debate, a nuestro juicio, a un terreno puramente técnico en el que tienen que tomar la palabra los profesionales de la evaluación de medicamentos.

La Guía ATE, cuya lectura detenida recomendamos, realiza una importante contribución a la definición de equivalencia terapéutica y al concepto de ATE mediante el desarrollo de un método para su aplicación en el proceso de evaluación de los medicamentos, y que se basa tanto en la incorporación de la evidencia a través de la interpretación de los resultados de los estudios bajo criterios estadísticos como en la inclusión de criterios clínicos (6). Los criterios de definición de ATE que se presentan en la misma, permi-

ten interpretar tanto los ensayos clínicos de superioridad como los de equivalencia y no inferioridad (análisis que se realiza de forma secuencial en muchos ensayos clínicos pivotaes o de registro). Las alternativas estudiadas tendrán eficacia terapéutica equivalente cuando la diferencia entre ellas no supere un límite definido previamente, que es la máxima diferencia que se considera clínicamente no relevante, o margen de equivalencia.

El segundo eje que modula esta Guía ATE es la incorporación de un importante criterio adicional. Se consideran, para cada opción de equivalencia estadística, las consecuencias para el paciente en caso de que se diera el peor resultado posible y clínicamente relevante en la variable estudiada. Así se pretende evitar que la consideración de ATE pueda causar un perjuicio grave/irreversible al paciente en un escenario de posibilidades estadísticas. La valoración de las consecuencias clínicas potenciales para el paciente derivadas de la posible ausencia de eficacia del medicamento se incluye en cada una de las categorías definidas en el artículo.

El grupo GENESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y su entorno llevan trabajando más de 8 años en la metodología que sustenta su modelo y su programa de evaluación, el MADRE 4.0 (6, 12). Esta metodología, con las recientes aportaciones comentadas, ha permitido, entre otras cosas, definir niveles de evidencia de equivalencia basándose en conceptos estadísticos y clínicos y, por otro lado, situar a las comparaciones indirectas en el lugar que les corresponde (12, 13).

Sabemos que el *metro* de platino iridio –en la actualidad el recorrido de *luz en el vacío durante un intervalo de tiempo de 1 / 299.792.458 de un segundo*– para medir las diferencias (o no) entre dos fármacos es el ensayo clínico head to head, pero es difícil poder disponer de ellos y mucho menos en el momento en que se solicita el registro de un medicamento. Cierto es también que la industria farmacéutica no da facilidades al respecto, pero la realidad nos empuja y se hace necesario encontrar medios de determinar la eficacia (o efectividad) comparadas (14). La investigación de síntesis ha venido a echarnos una mano con las comparaciones indirectas (CI), *network meta-analysis* o metaanálisis en red. No es objeto de estas líneas profundizar en las CI, que básicamente pretenden sortear el escollo que supone la ausencia de comparaciones directas asumiendo, de manera simplificada, que si A se compara con B y este con C, es posible desarrollar un modelo estadístico que permita comparar *indirectamente* A con C. La ausencia de ensayos clínicos directos y una eficacia/seguridad aparentemente “similar” en estudios independientes no basta para declarar que dos fármacos no han mostrado diferencias relevantes.

El recurso a comparaciones indirectas en estos casos supone incluir una garantía más en el posicionamiento de fármacos como ATE. Estos modelos estadísticos están tan suficientemente desarrollados (15) que la presencia de CI publicadas se ha multiplicado por 7 entre 2008 y 2011, se han puesto a punto herramientas para su tratamiento estadístico, han sido recogidas en la guía metodológica de NICE y cada vez son más utilizadas por las agencias

de evaluación de tecnologías (16), a despecho de su desigual validez y acierto. Algunos autores han señalado las posibles limitaciones del método (17) y se han publicado útiles guías de lectura crítica para este tipo de artículos (18).

### **Las ATE son un tema de eficiencia, no de recortes**

Uno de los lastres que acompañará siempre a las ATE es el de haber visto la luz en un momento en que las circunstancias económicas no son ciertamente las mejores. Coincidir en el tiempo con las políticas de restricción de gasto que de una u otra manera han llevado a cabo todos los países (los “recortes”) no ha beneficiado en absoluto a las ATE y seguramente ha envenenado el debate sereno que debería tener lugar entre profesionales, situándolo en un terreno que no le es propio.

Como ya se ha reflexionado en otro lugar (4), el concepto de ATE subyace de manera tácita en todo el sistema de fijación de precios de referencia, iniciado en Alemania en 1989 y vigente en España desde el año 2000, bastante antes de la crisis económica actual. Aunque en nuestro país se ha optado por el nivel de equivalencia “químico” (agrupando los medicamentos con principios activos idénticos), otros han optado por niveles de agrupación “farmacológicos” (p. ej. inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina) o “terapéuticos” (p. ej. antihipertensivos). Australia sería un ejemplo del primero y Alemania del segundo (19).

Aun considerando las limitaciones (y los costos) que el sistema de precios de referencia puede ocasionar, es indudable que al menos a corto plazo la introducción de la competencia en el mercado es capaz de contener los precios de manera muy importante. Es cierto que a medio o largo plazo este efecto se acaba disipando y el consumo se desplaza hacia fármacos no incluidos en este sistema que, además, aumentan su precio o se excluyen voluntariamente de la financiación pública, lo que tiende a revertir el equilibrio en favor de los proveedores (19). Ello hace necesaria la adopción de nuevas medidas de aumento de la eficiencia del SNS, y las ATE podrían encuadrarse en ese marco, en el que se produce una incentivación hacia la investigación de nuevos fármacos que aporten valor terapéutico añadido que sea clínicamente relevante. No debe olvidarse tampoco que, a nivel micro, la definición de equivalencia terapéutica se ha venido aplicando desde hace años dentro de los procedimientos de selección de medicamentos llevados a cabo por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica en los centros hospitalarios, lo que se ha traducido en una mayor eficiencia de los procesos de gestión y asistenciales.

### **Las ATE son un tema de responsabilidad institucional y profesional**

Cuando se habla de profesiones o profesionales sanitarios, es bueno recordar que profesión implica responsabilidad y que a lo largo de la historia la profesión ha adquirido un sentido de consa-

gración social o pública (20). No es extraño, por tanto, que el propio profesional en ejercicio se dote de unas normas de comportamiento moral que, en nuestro caso se suelen epigrafiar bajo la denominación general de bioética. Se ha dicho que la mejor prescripción es aquella que maximiza la efectividad, minimiza los riesgos y los costos y respeta los valores del paciente (21). Es estos cuatro requisitos se identifican claramente los cuatro principios bioéticos, respectivamente beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, por lo que la mejor prescripción será aquella con la mayor calidad ética. Este respeto a los postulados éticos, que por extensión de los profesionales impregna (o debe hacerlo) a las instituciones, se ve reflejado en las ATE en tanto en cuanto pretenden contribuir a facilitar la elección de la mejor opción (más efectiva, más segura) con el mayor aprovechamiento de recursos. No cabe, pensamos, mayor ejercicio de responsabilidad.

Aunque el acto de prescribir es exclusivamente individual, el establecimiento del plan terapéutico de manera pluridisciplinar mediante el diseño y posterior aplicación de guías clínicas y protocolos asistenciales traslada en cierta medida la responsabilidad circunscrita únicamente al médico a una responsabilidad institucional. En una medicina del siglo XXI ninguna práctica puede ni debe llevarse a cabo de manera individual y aislada, sino a través del trabajo pluridisciplinar y colaborativo de todos los profesionales involucrados en la atención al paciente (22). Y este es uno de los puntos básicos de las estrategias de gestión clínica que exponíamos al principio.

Hace ahora casi 21 años se publicaba en primera página del British Medical Journal un editorial de Hampton en una prosa realmente brillante y agresiva (23) en el que, de manera literaria, daba por muerta la libertad clínica “aplastada entre los costos crecientes de las nuevas formas de investigación y tratamiento y los límites financieros inevitables en una economía que no puede expandirse indefinidamente”. En la orilla opuesta (también en sentido geográfico) se había situado un poco antes Loewy en New England Journal of Medicine afirmando que “un número cada vez mayor de artículos aparecidos en esta y otras revistas se han centrado en el coste-eficacia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ...un médico que cambie su propia forma de practicar la medicina a causa del coste en vez de por consideraciones puramente médicas se pone realmente en la cuerda floja de la ética comprometida y las prioridades cacareadas” (24). Aunque puede que Hampton anduviera algo menos desencaminado que su colega americano, ambas afirmaciones nos huelen hoy a naftalina. La prescripción racional (que no racionada) o “sabia” (wise prescribing), como se dice ahora, se desarrolla en la actualidad en un marco diferente del que vivieron Hampton y Loewy. La prescripción de acuerdo con protocolos o guías clínicas pluridisciplinares consensuados y basados en la mejor evidencia va siendo ya una realidad. Entre sus objetivos se cuentan, sin pretender ser exhaustivos, la disminución de la variabilidad clínica, la mejora del conocimiento y la adaptación a la evidencia de calidad publicada, sin perder de vista, desde luego, la eficiencia de las actuaciones. En este escenario de consenso y de normalización, en el que nadie se atrevería a entever siquiera una amenaza a la libertad de

prescripción, es en el que aparecen las ATE, dotando al médico de una información de gran utilidad acerca de las posibilidades de acción adecuadamente valoradas frente a un cuadro clínico concreto: qué se puede usar, cuánto de eficaz es un medicamento comparado con las alternativas y cuánto va a costar. La alternativa es la incertidumbre y la elección basada en criterios empíricos, fundados en experiencias limitadas, seguramente subjetivos y no críticos, y en un importante porcentaje mediatizados por la propaganda de los fabricantes. Cuando se descalifican las ATE afirmando que yugulan la libertad de prescripción del médico se olvida un aspecto que en su definición queda palmariamente claro: la consideración de las excepciones en pacientes o en grupos de ellos. Cualquier clínico, en el ejercicio de su mejor criterio, puede decidir la utilización de cualquiera de los fármacos disponibles en aquellas situaciones en las que se considere justificado.

### **Las ATE no perjudican al paciente ni favorecen la inequidad**

Una de las acusaciones más abundantemente vertida sobre las ATE ataca justamente a la parte más sensible del esquema: a los pacientes y a la equidad en la distribución de los recursos (25).

Si acudimos al Diccionario de la Real Academia Española (<http://www.rae.es/>), la palabra equidad carece del significado de igualdad o de ausencia de discriminación que en ocasiones se le quiere atribuir. Por el contrario, el Diccionario recoge dos acepciones que encajan mejor con los aspectos éticos del término: “moderación en el precio de las cosas, o en las condiciones de los contratos” y “disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece”. Cualquiera de ellas se relaciona de manera evidente con el principio bioético de justicia y ambas merecen un respeto escrupuloso por parte de las ATE.

Distinta consideración merece la cuestión de la posible discriminación, pero ello se relaciona más con la variabilidad en la práctica clínica y con la estructura del Estado. En un sistema sanitario con descentralización y transferencias sanitarias y distintos ámbitos de toma de decisión, la homogeneidad es un esfuerzo necesario, como debe serlo la evaluación centralizada y cohesionada de medicamentos y tecnologías por parte de organismos con elevada competencia en evaluación científica y económica, e independencia tanto del poder político como de la industria farmacéutica (11).

Por otro lado, la falacia, tantas veces esgrimida por interesados y colaboradores necesarios, de la imposibilidad o dificultad de acceso a la innovación tras la puesta en marcha de estos programas (26) tiene principalmente dos puntos débiles. En primer lugar el propio concepto de “fármaco innovador”, sobre el que los expertos no se ponen de acuerdo. La causa tal vez radique en que el término “innovación” cubre tres conceptos. Un concepto comercial, cuyo denominación más apropiada sería seguramente la de “novedad”, un concepto tecnológico, que implica la utilización de procesos industrialmente avanzados, y un concepto terapéutico, en el que lo relevante son los mejores resultados en salud cuando se comparan las alternativas disponibles (27). Este es el que realmente importa en

este contexto, y el que se contrapone gran parte de las veces con la creencia de que lo nuevo siempre es mejor.

El segundo argumento en contra de la falacia toma en consideración el propio concepto de las ATE (inexistencia de diferencias relevantes), ya que no hay nada que impida que cualquier fármaco verdaderamente innovador pase a ser un tratamiento de elección. Por tanto, ninguna relación entre ATE y freno a la (verdadera) innovación, sino justamente lo contrario: la política de ATE incentiva la investigación y el desarrollo de medicamentos innovadores, como forma adecuada de posicionamiento preferente frente a los competidores.

### **Resumiendo (para terminar también con estrofa de Joaquín Sabina)**

A pesar de su corta vida, las ATE han conocido ya portadas de revistas, editoriales profesionales, encendidas defensas, acusadores comunicados, tomas de posición de responsables políticos (eso sí, en la oposición) y hasta algún proceso judicial. Pero este ruido de fondo ni debe confundir su verdadero sentido de racionalización terapéutica y wise prescribing ni debe impedir el maduro debate entre los expertos. Suele decirse que los profesionales de la salud se han caracterizado por su talante abierto, innovador y proclive a cualquier cambio que redunde en beneficio de los pacientes, y creemos que las ATE deben ser consideradas bajo este prisma.

Aunque sea cierto que lo peor de la crisis económica y financiera ya ha pasado, el pensamiento no tiene vuelta atrás. Sería una pérdida irreparable que las actuaciones que desde diversas estructuras se han planteado en aras de mejorar la eficiencia del sistema (ATE, informes de posicionamiento terapéutico, fijación de precio de acuerdo con evaluación económica, financiación selectiva, etc.) cayeran en saco roto. No nos lo podemos permitir.

#### **E. López Briz**

Servicio de Farmacia. HUP La Fe, Valencia. CASP España.

#### **F. Puigventós Latorre**

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

#### **I. Martínez López**

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

#### **MD. Fraga Fuentes**

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Mancha Centro, Alcazar de San Juan (Ciudad Real).

#### **J. Bautista Paloma**

Área de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

#### **A. Ortega Eslava**

Servicio de Farmacia. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

#### **R. Marín Gil**

Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud (Sevilla).

#### **E. Alegre del Rey**

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).

- (1) Peiró S, del Llano Señarís J, Quecedo Gutiérrez L, Villar Díaz N, Raigada González F, Ruiz Ferrán J. Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Fundación Gaspar Casal 2010. Disponible en [http://www.fgcasal.org/publicaciones/Diccionario\\_Gest\\_Sani.pdf](http://www.fgcasal.org/publicaciones/Diccionario_Gest_Sani.pdf).
- (2) Gorsky M. 'Searching for the People in Charge': Appraising the 1983 Griffiths NHS management Inquiry. *Med Hist* 2013;57(1):87-107.
- (3) Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Gestión Clínica en los centros del INSALUD. 2001. Disponible en [www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion\\_clinica.pdf](http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion_clinica.pdf)
- (4) López Briz E, Alegre del Rey E, Fraga Fuentes MD, Clopés Estela A, Bautista Paloma J, Ortega Eslava A, en nombre del Grupo GENESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Alternativas terapéuticas equivalentes: en el ojo del huracán (editorial). *Farm Hosp* 2013;37(4):273-5.
- (5) García Ruiz AJ, García-Agua Soler N, Martos Crespo F. Alternativas terapéuticas equivalentes. Entre los beneficios, los prejuicios y los perjuicios. *Gestión Clínica Sanitaria* 2013;15(1-2):3-9.
- (6) Alegre del Rey EJ, Fénix Caballero S, Castaño Lara R, Sierra García F. Evaluación y posicionamiento de medicamentos como alternativas terapéuticas equivalentes. *Med Clin (Barc)* 2014; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.11.033>.
- (7) García Merino A, Fernández O, Montalbán X, de Andrés C, Arbizu T. Documento de consenso de la Sociedad Española de Neurología sobre el uso de medicamentos en esclerosis múltiple: escalado terapéutico. *Neurología* 2010;25(6):378-90.
- (8) García-Merino A, Fernández O, Montalbán X, de Andrés C, Oreja-Guevara C, Rodríguez-Antigüedad A, et al. Documento del grupo de Consenso de la Sociedad Española de Neurología sobre el uso de medicamentos en esclerosis múltiple. *Neurología* 2013;28(6):375-8.
- (9) Puigventós F, Santos-Ramos B, Ortega A, Durán-García E. Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals. *Pharm World Sci* 2010; 32(6):767-75.
- (10) ¿Qué hace el TARC andaluz con las ATEs? <http://www.elglobal.net/noticias-medicamento/2014-01-10/editorial-opinion/editorial-que-hace-el-tarc-andaluz-con-las-ates/pagina-opinion.aspx?idart=802662>.
- (11) Alegre del Rey E. Equivalentes terapéuticos: ¿cómo?, ¿por qué? Disponible en <http://cimfarmaciapuertoreal.wordpress.com/2013/04/05/equivalentes-terapeuticos-razones-para-su-aplicacion/>.
- (12) Marín R, Puigventós F, Fraga MD, Ortega A, López-Briz E, Arocas V, et al. Grupo de Evaluación de Novedades y Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos (GENESIS) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Método de Ayuda para la toma de Decisiones y la Realización de Evaluaciones de Medicamentos (MADRE). Versión 4.0. Madrid: SEFH (ed.), 2013. ISBN: 978-84-695-7629-8. Disponible en <http://grupos-detrabajo.sefh.es/genesis/genesis/basesmetodologicas/programamadre/index.html>.
- (13) Ortega Eslava A, Fraga Fuentes MD, Alegre del Rey EJ, Ventayol Bosch P. Editorial: Comparaciones indirectas. *Farm Hosp* 2012;36 (4):173-5.
- (14) Peppercorn J, Zafar SY, Houck A, Ubel P, Meropol NJ. Does comparative effectiveness research promote rationing of cancer care? *Lancet Oncology* 2014; doi:10.1016/S1470-2045(13)70597-7.
- (15) Hoaglin DC, Hawkins N, Jansen JP, Scott DA, Itzler R, Cappelleri JC, et al. Conducting Indirect-Treatment-Comparison and Network-Meta-Analysis Studies: Report of the ISPOR Task Force on Indirect Treatment Comparisons Good Research Practices—Part 2. *Value Health* 2011;14:429-37.
- (16) Lee AW. Review of mixed treatment comparisons in published systematic reviews shows marked increase since 2009. *J Clin Epidemiol* 2014; 67(2):138-43.
- (17) Song FJ, Loke YK, Walsh T, Glenny AM, Eastwood AJ, Altman DG. Methodological problems in the use of indirect comparisons for evaluating healthcare interventions: survey of published systematic reviews. *BMJ* 2009; 338:b1147.
- (18) Mills EJ, Ioannidis JP, Thorlund K, Schünemann HJ, Puhan MA, Guyatt GH. How to use an article reporting a multiple treatment comparison meta-analysis. *JAMA*. 2012;308(12):1246-53.
- (19) López-Casasnovas G, Puig Junoy J. Precios de referencia como mecanismo de reembolso de medicamentos. En: Puig-Junoy J ed. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: Masson, 2002;83-102.
- (20) Martín Moreno S. Ética en la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc.)* 2001;116(8):299-306.
- (21) Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ* 1995;310:923-5.
- (22) Doherty RB, Crowley RA, for the Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Principles Supporting Dynamic Clinical Care Teams: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med* 2013;159(9):620-6.
- (23) Hampton JR. The end of clinical freedom. *BMJ* 1983;287(6401):1237-8.
- (24) Loewy EH. Cost should not be a factor in medical care. *N Engl J Med* 1980;302(12):697.
- (25) Sociedad Española de Oncología Médica. Posicionamiento acerca de las equivalencias terapéuticas de fármacos oncológicos. Disponible en [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Equivalentes\\_terapeuticos\\_Posicionamiento\\_SEOM.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Equivalentes_terapeuticos_Posicionamiento_SEOM.pdf).
- (26) Sociedad Española de Farmacología. Comunicado sobre alternativas terapéuticas equivalentes. Disponible en <http://www.socesfar.com/attachments/article/218/Comunicado%20de%20la%20Sociedad%20Española%20de%20Farmacología%20sobre%20Alternativas%20Terap%20Equivalentes.pdf>.
- (27) Kopp C. What is a truly innovative drug? New definition from International Society of Drug Bulletins. *Can Fam Physician* 2002;48(9):1413-5.

# GCS EN LA RED

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

## Copago opcional: una modalidad de financiación pública de fármacos caros y de efectividad limitada

Van de Vooren K, Curto A, Garattini L.

Optional copayments on anti-cancer drugs. *BMJ*. 2013;346(4):349-351.

Los nuevos tratamientos, sobre todo los biológicos, contra el cáncer tienen un coste muy elevado, parcialmente justificado por el pequeño nicho poblacional para los que están indicados. Además, la mayoría demuestran sólo una pequeña mejora en cuanto a la efectividad medida en supervivencia (pocos meses) y calidad de vida. Sin embargo, se siguen financiando, quizás porque las autoridades sanitarias están sometidas a un chantaje emocional ejercido por la industria farmacéutica, las asociaciones de pacientes y presiones políticas, aunque acabe siendo una situación insostenible para los hospitales. Esto se acaba convirtiendo en un “duro juego”, entre industria, administración (pagadores), médicos, pacientes (con información asimétrica), y asociaciones. Ni siquiera el NICE ha podido resistir esta presión y ha flexibilizado sus criterios de coste-efectividad en este tipo de tratamientos.

Los autores proponen el copago opcional como alternativa ante tratamientos del cáncer con escasa o nula relación coste-efectividad. Consideran que el copago puede apoyar las decisiones de las administraciones y atenuar las presiones políticas. No sólo sirven para recaudar sino también para ejercer un freno en el consumo por parte de los pacientes. Pero suele ser inequitativo y dificulta la adherencia del tratamiento, y por tanto, puede generar empeoramientos en la salud y la calidad de vida.

Los autores defienden que el uso de un copago puede contener el elevado gasto hospitalario de aquellos fármacos que tienen más un beneficio emocional que no clínico, y proponen que las autoridades sanitarias fijen un umbral de supervivencia en función del tipo de cáncer y el tratamiento estándar que sirva como criterio de efectividad entre fármacos y para la fijación de precio (y copago opcional) en función del beneficio añadido.

Esto puede orientar las decisiones de los pacientes aminorando potenciales afectaciones de su salud y modulando que se planteen cuestiones de equidad. Por otro lado, podría incentivar a la industria farmacéutica a diseñar fármacos con mejor relación coste-efectividad para seguir contando con financiación pública, moderar los precios de los fármacos para que pudieran estar al alcance de los pacientes e incluso mejorar la comunicación entre oncólogos –pacientes– familiares ya que los primeros tendrían que explicar la baja efectividad incremental de los fármacos para que estos pudieran decidir libremente teniendo en cuenta el copago adicional, y disminuiría la presión de la industria.

*Financiación:* No se indica ninguna.

*Conflicto de intereses:* Se declara no tener.

*Correspondencia:* L. Garattini [livio.garattini@marionegri.it](mailto:livio.garattini@marionegri.it)

### COMENTARIO

Si hay algún campo de la medicina donde se considera complejo y “políticamente incorrecto” hablar de evaluaciones económicas es en oncología y en general en los tratamientos farmacológicos con fines paliativos. Sin embargo los oncólogos se enfrentan diariamente con el dilema de prescribir carísimos tratamientos de última generación a pacientes con tumores avanzados, con la certeza de que este tratamiento no solo no va a lograr un aumento significativo de la supervivencia sino que además, en muchos casos, va a comprometer su calidad de vida debido a toxicidades, reingresos..., etc. (1). Ante esta situación no parece descabellado exigir a estos fármacos una aceptable relación coste-efectividad para seguir contando con financiación pública (2).

En este contexto los autores plantean el copago opcional en tratamientos contra el cáncer que muestran escasa o nula relación coste-efectividad. Básicamente se reduce a que el estado paga una terapia o prestación basándose en unos criterios preestablecidos de coste-efectividad. Más allá de este umbral el paciente tiene opción de solicitar esta terapia pero debería hacerse cargo de ese coste adicional.

Ante este nuevo horizonte, surge una pregunta: ¿sería equitativo este copago opcional? En mi opinión es una realidad que se presenta en todos los ámbitos de la vida; las personas con más recursos económicos siempre tienen más posibilidades de elegir otras opciones terapéuticas simplemente porque pueden pagar en el ámbito de la medicina privada prestaciones no financiadas por el sistema sanitario público.

En la propuesta que hacen los autores los pacientes pagarían sólo por

algo que su sistema de salud determinara que no es rentable y con unos escasos beneficios tanto a nivel de supervivencia como de calidad de vida. Por supuesto el gobierno debería seguir financiando aquellas terapias coste-efectivas.

Visto así parece razonable y sencillo pero inmediatamente surgen dos nuevas preguntas: ¿entenderían estos pacientes, y sus familiares (que se encuentran en una situación límite a nivel emocional), que en un hospital público a los pacientes con más recursos económicos se les administre otro tratamiento adicional? ¿No sería preferible que en los hospitales públicos solo se administraran tratamientos coste-efectivos y aquellos que puedan permitírsele acudan a la medicina privada?

Sea como fuere, este copago opcional aparece como una alternativa que permitiría respetar los deseos del paciente de recibir una terapia con escasa o nula efectividad sin cargar todos los gastos en el sistema sanitario público.

### Diego Doncel Molinero

Responsable Atención Ciudadana. Agencia Sanitaria Costa del Sol.

(1) Sánchez-Muñoz A, Pérez-Ruiz E, Sáez MI, Trigo JM, Galindo MM, Manzanque L, et al. Limited impact of palliative chemotherapy on survival in advanced solid tumours in patients with poor performance status. *Clin Transl Oncol*. 2011;13(6):426-9.

(2) Garattini L, van de Vooren K, Zaniboni A. Ethics for end-of-life treatments: Metastatic colorectal cancer is one example. *Heal Policy Amst Neth*. 2013;109(1):97-103.

## Las amenazas a la independencia e integridad de la ciencia

Anderson TS, Dave S, Good CB, Gellad WF.

**Academic Medical Center Leadership on Pharmaceutical Company Boards of Directors. JAMA. 2014;311:1353-5.**

### Antecedentes

Cada vez se presta más atención a las relaciones financieras entre la industria farmacéutica y los sanitarios. Sin embargo las relaciones entre esa industria y los directivos de centros médicos académicos (CMA) han sido menos investigadas a pesar de la influencia potencial que los decisores de esos centros tienen en las actividades de investigación, formación y asistenciales.

### Método

Se estudió la presencia de líderes de CMA en los consejos de dirección de compañías farmacéuticas. La información sobre los consejos y sobre las posiciones académicas se obtuvo de las páginas Web de las 50 mayores compañías en enero de 2013. Los datos sobre compensaciones económicas recibidas durante 2012 se obtuvieron de la base de datos pública US Securities and Exchange Commission y de los informes de 2012 a los accionistas. Se definió CMA como facultades de medicina, escuelas de formación de profesionales de salud, hospitales universitarios y centros sanitarios. Las posiciones de liderazgo incluyeron cargos académicos o de gerencia hasta el nivel de director de departamento o división.

### Resultados

No había datos públicos de 3 de las 50 compañías. De las 47 restantes, diecinueve (40%) tenían al menos un miembro de su consejo de dirección que al mismo tiempo ocupaba puesto de liderazgo en CMA, esto ocurrió en 16 de las 17 (94%) compañías estadounidenses. La media de ingresos recibidos de la industria de los 41 miembros que simultanean dedicación fue de 312.564 dólares al año. El 3% de los miembros de los consejos de dirección de las industrias (18 personas) ocupaban 21 posiciones de administración directa en los CMA, por ejemplo rector, decano o directivo de centro sanitario. El 5% de los miembros de los consejos (25 personas) ocupaban hasta 28 puestos de consejos de administración de universidades, facultades de medicina u hospitales.

### Conclusión

La nueva norma de transparencia sobre las relaciones financieras de la industria con los médicos que entra en vigor en EE.UU. en 2014 (Physician Payment Sunshine Act) supone un paso positivo hacia la integridad de la ciencia, la formación y la práctica sanitaria. Sin embargo, la magnitud de los lazos entre la industria farmacéutica y los centros académicos junto a la incompatibilidad de sus prioridades requiere otras aproximaciones que una simple declaración interna de intereses.

*Financiación: Ayuda de la VA Health Service Research que no tienen ningún papel en esta investigación.*

*Conflicto de intereses: Uno de los autores declara una ayuda de la American Medical Student Association para hablar de conflictos de interés y otro una ayuda de Express Scripts a través de RAND, no relacionada con este trabajo.*

### COMENTARIO

Breve e interesante trabajo que revela los conflictos de interés de instituciones de referencia en investigación, formación y provisión de servicios de salud. Aunque escasa, había ya alguna información recogida en la obra de referencia al respecto del Instituto of Medicine se resumía (1). La presente investigación permite ir completando el mapa de la red de intereses que permiten la captura de la ciencia, la práctica y la política de salud, es decir, contribuyen a que éstas se guíen por intereses concretos, generalmente de corporaciones, antes que por el interés general, asunto este, el interés general, que se define de modo diverso según el observador.

Hay excelentes trabajos que muestran las influencias ejercidas por las corporaciones para que la agenda de investigación y de práctica sanitaria se deslice al consumo de fármacos y productos sanitarios basados en patentes que ofrecen beneficio y se descuiden aquellas acciones que pese a mayor potencial de salud no están respaldadas por beneficios comerciales (2, 3). El grado de captura es tal, que no se vislumbran soluciones sencillas y los implicados en buscarlas no conciben el funcionamiento de sus instituciones sin la contribución de las corporaciones. Destacadas universidades no pueden prescindir de golpe de la creciente dependencia de la financiación con riendas que les ofrece la industria. Las sociedades científicas y profesionales se perciben a sí mismas como inviables sin el patrocinio de la industria. Entre tanto la disminución continua de la financiación pública a los centros académicos y a otras organizaciones hace que la dependencia de la financiación privada sea creciente.

A mayor abundamiento, las políticas de financiación pública de la ciencia siguen la idea –dogma para algunos– de que éstas deben contribuir a la competitividad. Nada mejor para ello que entregarla a las empresas que así se benefician de fondos públicos que dejan de ir a los centros académicos, lo que en la Unión Europea se ha denominado secuestro de la ciencia por las industrias (4). El incremento actual de la investigación sobre la integridad de la ciencia y sobre la captura de las políticas públicas sanitarias augura una posible adopción de medidas, aunque quizá sólo reduzcan daños mientras las corporaciones ya están en el siguiente escalón de captura de políticas, seguramente ser más internas a los gobiernos. Nueva regulación, instituciones de calidad, formación en el asunto son posibilidades a considerar. De momento no estaría de más que aquí en España la administración cumpla las leyes, por ejemplo el artículo 11 de la Ley General de Salud Pública que afecta a los conflictos de interés de las organizaciones que hacen recomendaciones de salud.

### Ildefonso Hernández Aguado

Universidad Miguel Hernández.

(1) Institute of Medicine (IOM). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington, DC: National Academies Press; 2009.

(2) Wiist WH. "The corporate play back, health and democracy", en Stuckler D y Siegel K (eds), Sick societies: responding to the global challenge of global health, New York: Oxford University Press, 2011.

(3) Brezis M, Wiist WH. Vulnerability of health to market forces. Med Care. 2011;49:232-9.

(4) Galsworthy MJ, Palumbo L, McKee M. Has Big Pharma hijacked the European health research budget? Lancet. 2014;383:1210.

## El copago en las actividades preventivas. Lo poco que sabemos

Rezayatmand R, Pavlova M; Groot W.

**The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review. Eur J Public Health (2013) 23(1):74-79. doi: 10.1093/eurpub/cks034**

### Antecedentes

Los copagos por parte del paciente pueden tener un gran impacto en la demanda sanitaria. Así, podrían ser esenciales para disminuir el uso de servicios sanitarios de carácter preventivo que se prestan gratuitamente o con un coste mínimo. Pero además estos desembolsos pueden modificar pautas no saludables e incentivar un estilo de vida saludable.

### Método

Revisión sistemática de la evidencia empírica sobre los efectos de los copagos en el uso de servicios preventivos y en el estilo de vida. Se han utilizado todo tipo de combinaciones de búsqueda con las tres palabras clave "prevención", "copago" y "comportamientos relacionados con la salud" en PUBMED, ECONLITH, ECONPAPER, y EMBASE, identificándose en total 47 publicaciones relevantes.

### Resultados

Los hallazgos de la revisión sugieren que los copagos pueden crear una barrera financiera y disminuir el uso de servicios preventivos y el consumo de medicación preventiva. Unos pocos estudios (con evidencias empí-

ricas contradictorias) se centran en el impacto del copago y del seguro de cobertura limitada en un estilo de vida más saludable.

### Conclusión

Aunque la gran variedad de estudios dificultan el poder ofrecer unas recomendaciones más sólidas a seguir, los resultados instan a replantearse cómo podrían ser financiados los servicios preventivos. No obstante, se necesita continuar investigando el impacto del copago en el estilo de vida, así como explicar el papel de otros determinantes que pueden influir en esta relación.

*Financiación: Comisión Europea, Séptimo Programa Marco (FP7).*

*Conflicto de intereses: No declaran.*

*Correspondencia: mr.rezayatmand@maastrichtuniversity.nl*

### COMENTARIO

El debate en torno a la influencia del copago sanitario, constituye uno de los temas más importantes que se pueden abordar en relación a la economía de la salud. El presente artículo realiza una revisión bibliográfica relacionada con el impacto del copago en la prevención y conductas más saludables, compuesta principalmente por estudios norteamericanos, donde existen diversas formas y nomenclaturas en cuanto a su aplicación en la demanda de diferentes servicios sanitarios. Dados los numerosos trabajos analizados con diversos resultados, los autores determinan la falta de evidencia empírica que permita establecer la relación causal entre el copago de servicios sanitarios (en general) y conductas más saludables, por lo que habrá que esperar la aparición de más estudios que permitan establecer conclusiones más robustas.

En España es prácticamente inexistente la investigación en cuanto a la influencia que puede tener el copago (excluido el farmacéutico) en las conductas relacionadas con la salud y/o demanda de diferentes servicios sanitarios por parte de los pacientes (1). Así, nos encontramos en una situación previa de debate (más centrado en lo económico) sobre la pertinencia de su aplicación sobre servicios sanitarios (2, 3) y donde partidarios y detractores pueden encontrar en el artículo nuevos argumentos a su favor con respecto a su implantación más allá del ámbito farmacéutico.

Es en este ámbito donde en los últimos años se han introducido una serie de reformas, como por ejemplo, la aplicación del copago sobre el colectivo pensionista, lo que unido a la salida de la financiación de una gran cantidad de fármacos, han representado las principales herramientas para intentar alcanzar (entre otros objetivos) la reducción del excesivo gasto farmacéutico y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en la situación macroeconómica que atraviesa España. Actualmente se discute la aplicación del copago en fármacos hospitalarios para pacientes externos, donde difícilmente cabe el argumento de la (ir)racionalidad en su consumo.

Pero seguimos sin saber gran cosa de los efectos del copago en la sanidad, más allá de la farmacia

### Manuel Correa

Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Granada.

(1) González López-Valcárcel, Beatriz. "¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones" en J Puig (coord.) La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Fundación Rafael Campalans. Informes FRC n.1. 2007 ISSN: 1887-4037.

(2) Rodríguez, Marisol y Puig-Junoy, Jaume. Por qué no hay que temer al copago. Gac Sanit. 2012;26(1):78-79.

(3) Benach, Joan, Tarafa, Gemma y Muntaner Carles. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26(1):80-82.



## Impacto de la crisis sobre la salud mental: mejor no hacerse el loco

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D.

**The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010.**  
**Eur J Public Health 2013;23:103-108.**

### Contexto y Objetivo

La crisis económica puede poner en riesgo la salud de las personas. Los autores sostienen –con más empeño que evidencia– que España es uno de los países donde las consecuencias negativas de la situación económica actual son más acusadas y pretenden contrastar la hipótesis del efecto adverso de la recesión económica sobre la salud mental.

### Métodos

Datos de una encuesta realizada en centros de atención primaria (AP) en todo el territorio nacional en dos períodos distintos 2006-07 (previo al estallido de la crisis) y 2010-11. Comparan dos grandes muestras de pacientes con trastornos mentales identificados mediante el cuestionario Primary Care Evaluation of Mental Disorders. La encuesta proporciona información sobre características socio-demográficas (edad, sexo, estudios, situación laboral, dificultades para pagar deudas, desahucios, lugar de residencia) y variables de salud. Consideran cinco trastornos mentales: depresión mayor y menor, ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastorno de somatización, dependencia del alcohol y bulimia (este último como grupo de control). Para determinar la evolución de estos trastornos en el período se estiman modelos de probabilidad lineal. Se calculan los riesgos atribuibles en la población (RAPs) para cuantificar el impacto de algunos determinantes socio-económicos sobre los trastornos mentales.

### Resultados

Durante el período de estudio la prevalencia de depresión mayor aumentó un 19,4% y la distimia aproximadamente un 11%. Un 8,4%, 6,4% y 7,3% fueron los incrementos de los casos de ansiedad generalizada, ataques de pánico y trastorno somatomorfo, respectivamente. En relación con el consumo de alcohol, los casos de dependencia aumentaron un 4,6% y los de abuso otro 2,4%. No se observa variación significativa en la prevalencia de trastornos alimenticios.

Alrededor de un tercio del riesgo de ser diagnosticado con un trastorno depresivo mayor es atribuible al desempleo en el hogar o a dificultades para pagar la hipoteca o sufrir riesgo de desahucio. Los efectos sobre los demás tipos de trastornos mentales incluidos en el análisis son similares. La probabilidad de padecer depresión para un hombre que se enfrenta a múltiples factores de riesgo de carácter económico es de 0,65 frente al 0,35 para un hombre sin dificultades económicas.

### Conclusión

El estudio evidencia un incremento significativo de la demanda de servicios de AP por trastornos mentales a lo largo de los años de recesión y apunta al riesgo de que las medidas de austeridad (concretamente, algunos recortes en sanidad y servicios sociales) tengan un impacto adverso sobre la salud mental de las personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social y económica.

Financiación: *Almiral SA, España.*

Conflicto de intereses: *Ninguno declarado.*

Correspondencia: *mgili@uib.es*

### COMENTARIO

Que la salud mental sea la dimensión de la mala salud donde se refleja, en mayor medida, el efecto de las crisis económicas está avalado por un creciente número de estudios científicos. Las principales consecuencias de una crisis económica son el aumento del desempleo y las crecientes dificultades financieras que, en los extremos, pueden llevar a pobreza y marginalización. Éstas están estrechamente relacionadas con la mayor prevalencia de trastornos psíquicos. Los estudios que vinculan las recesiones con los niveles de suicidios no permiten dar un mensaje inequívoco. Los resultados sobre la evolución de los suicidios durante épocas de importantes desequilibrios económicos difieren según las características demográficas (edad, género) y socioeconómicas (educación, ocupación, ingresos, estructura familiar), los estilos de vida (consumo de alcohol y drogas), el país o la región estudiados.

Más escasa es la evidencia empírica sobre el trinomio crisis económica-desigualdades de renta-desigualdades en salud. Aquí, las hipótesis defendidas desde la salud pública sugieren que las recesiones empeoran la distribución de la renta en la sociedad, incrementando las desigualdades socioeconómicas, que a su vez pueden agudizar los problemas de salud mental castigando las poblaciones más vulnerables (1). Aunque la verdadera relación entre crisis económica y desigualdades en salud parece compleja y no está exenta de controversias, ni los más escépticos niegan que las hipótesis podrían apuntar en la dirección correcta y de ser así la principal preocupación debería ser la falta de respuestas adecuadas de política sanitaria ante un problema con consecuencias adversas a largo plazo que podría prevenirse con actuaciones inmediatas (2). La heterogeneidad de los hallazgos empíricos que vinculan las recesiones económicas con incrementos en la prevalencia de trastornos psíquicos y en las desigualdades en salud mental reclama un mayor esfuerzo por parte de los investigadores (mejorando la metodología, la calidad de los datos, los indicadores empleados en los análisis, etc.) si lo que se pretende es influir en el diseño de actuaciones de política sanitaria. Es previsible que las repercusiones más inquietantes de la actual crisis sobre el bienestar emocional de la población podrían surgir en el futuro.

En momentos de severos recortes presupuestarios es ilusorio pensar en incrementos del gasto público. Sin embargo, es necesario impulsar reasignaciones juiciosas en forma de políticas fiscales y/o programas de protección social que tengan como objetivo fomentar la ocupación, proporcionar apoyo a las familias más desfavorecidas, prevenir el endeudamiento excesivo, controlar los precios del alcohol, etc. (3, 4). En definitiva, buscar soluciones flexibles que se ajusten a una realidad cambiante para mitigar el impacto adverso de la crisis sobre la salud mental.

### Alexandrina Stoyanova

Universitat de Barcelona.

(1) Pickett KE. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 2010; 197(6):426-428.

(2) López i Casanovas G. Crisis económica, regresión de renta, desigualdades en salud. *GCS* 2013;14 (52 y 53):43-44.

(3) Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;11(3):139-145.

(4) Cooper B. Economic recession and mental health: an overview. *Neuropsychiatr*. 2011;25(3):113-117.

## Endemismo periférico resistente al euro-tratamiento

Fernández-Villaverde J, Garicano L, Santos T.

**Political credit cycles: The case of the Euro zone. National Bureau of Economic Research. Working paper 18899. Marzo 2013.**

### Contexto

El de los países periféricos de la zona euro tras la introducción de la moneda única, el euro, el 1 de enero de 1999. Fundamentalmente Grecia, Portugal, Irlanda y España. Italia y Francia parcialmente.

### Material y métodos

Análisis de los casos de los cuatro países periféricos citados para ver si como países menos productivos de la eurozona, con control exterior de las cuentas públicas, se veían realmente obligados a introducir reformas estructurales (mejora sistema educativo por ejemplo) y mejoras institucionales (mayor transparencia por ejemplo) –tal como la moneda única pretendía– una vez perdían la capacidad de utilizar las devaluaciones para corregir los desequilibrios económicos.

### Resultados

Paradójicamente la tremenda caída en los tipos de interés en la eurozona hasta alcanzar suelos alemanes, la eliminación del riesgo de cambio, la estampida de flujos financieros hacia la periferia y la burbuja inmobiliaria de España e Irlanda (parcialmente fundamentada en su demografía) supusieron un relajamiento en las restricciones a las que empresas y gobiernos se enfrentaban. Cuando se consigue financiación exterior, incluso a tipos negativos, las reformas se posponen. Cuando todas las empresas ganan dinero todos los gerentes parecen competentes y no tienen por qué esforzarse especialmente. Cuando todos los países periféricos

proporcionan lo que los ciudadanos desean, sus gobiernos parecen eficientes y son reelegidos.

En el caso de España, sin ganancias en productividad desde 1995 hasta el inicio de la crisis, las Cajas de Ahorro ilustran el deterioro. Una combinación de élites políticas locales deseosas de estimular la actividad constructora y unas Cajas muy politizadas (particularmente desde 1985) y mal gestionadas llevan tanto a la burbuja inmobiliaria como a la crisis financiera. Mal gestionado (sueldo de 'mercado' pero nombramiento a dedo) se traduce en morosidad mucho más elevada y mucho préstamo al ladrillo. Particularmente grave en Valencia, Cataluña y Galicia.

### Discusión

Muy probablemente el efecto de las burbujas persistirá en el comportamiento público y privado. Los aeropuertos sin aviones, los trenes a ninguna parte, y los hospitales y universidades en cada población afectarán al ritmo de crecimiento. Los capitales humanos y físicos que la construcción atrajo no tienen fácil recirculación. El endeudamiento, más privado que público en España, crea resaca. Su alivio requiere tiempo. Finalmente, el deterioro institucional no se resuelve de inmediato: El éxito económico se refleja en el éxito político. Promotores y constructores (por ejemplo), con dinero, poder, palcos, y capacidad de influencia para conseguir arreglos favorables a sus intereses pueden pesar más que las empresas situadas en sectores exportadores a las que fiamos la recuperación de España. Las burbujas crean su clientela interesada... en que la burbuja continúe.

### COMENTARIO

¿Qué tendrá que ver el aplazamiento de las reformas estructurales y el deterioro institucional (efecto paradójico producido por la moneda única en los países periféricos de Europa) con la salud y los servicios sanitarios? Muchísimo:

1. Reposicionamiento de los determinantes de la salud. Con más 3,5 millones de ciudadanos parados de larga duración y desempleo acumulado en los jóvenes, cualquier país ha de palparse sus 'animal spirits'. La oportunidad de salud en todas las políticas no tiene mejor expresión que la de preocuparse por el impacto a medio y largo plazo de la crisis en la salud de la población. No puede perderse la batalla de una educación seria, con igualdad de oportunidades, que proporcione el capital humano que se precisa para tener un lugar en un mundo, ancho y ajeno, que no está en crisis ni es periférico. Por justicia, por salud y por productividad. Las pomadas y los programas de niños crónicamente sanos pueden esperar. Virchow y su Medicina como política a gran escala no.

2. No habrá mejor gestión sanitaria, ni pública ni privada, sin una mejor calidad de la política (1). La inversión pública acertada en sanidad significa cartera de servicios elegida con criterios que tú, lector de GCS, has leído en muchos resúmenes. Y si apelamos a la altamente probable homofilia entre los seguidores de GCS convendrá asentarla también en lo relativo a las mejoras institucionales: No valen los simplismos de culpar a los políticos. Digámoslo con las palabras del Manifiesto por una nueva Ley de Partidos (2):

“En España los partidos se autorregulan: los congresos y órganos de dirección se reúnen cuando conviene a sus dirigentes; el método habitual de se-

lección de cargos internos y de candidatos a cargos representativos es la cooptación; y el control de las cuentas se encomienda al Tribunal de Cuentas, fuertemente politizado, cuyo último ejercicio auditado es 2007. En las democracias más avanzadas los partidos están fuertemente regulados por la ley... Los partidos políticos no son entidades privadas como, por ejemplo, un club de fútbol o una empresa agrícola. Son entidades a las que se les reconoce el monopolio de la representatividad política y que se financian con fondos públicos. Por ello, la periodicidad de los congresos, los métodos de selección de los delegados y el control de sus cuentas están regulados por la ley. Entre los muchos cambios que hoy demanda nuestro sistema político, el más urgente es la elaboración de una nueva Ley de Partidos Políticos, con el fin de regular su actividad, asegurar su democracia interna, la transparencia y el control de su financiación y acercar la política a los ciudadanos. Esta es una condición necesaria para poder abordar con garantías un proceso de reforma institucional mucho más amplio que debería incluir, entre otras, la reforma de la Justicia, la regulación de los lobbies y la separación estricta de los cargos políticos y los puestos administrativos para garantizar la independencia y la profesionalidad de la función pública”.

### Vicente Ortún

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

(1) Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit* 2011;25(4):333-8.

(2) <http://porunanuevaleydepartidos.es/manifiesto/>

## Consecuencias del desempleo sobre la salud. Lo que la evidencia muestra

Urbanos-Garrido RM, López-Valcarcel BG.

**The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. Eur J Health Econ 2014 Jan 28, DOI 10.1007/s10198-014-0563.**

### Objetivo

Explorar el impacto del desempleo sobre la salud de la población española en edad laboral, valorando si la crisis económica lo modifica.

### Método

Selección de la población en edad de trabajar (16-65 años) de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006 y de 2011-12, la submuestra de población activa laboralmente con trabajo o que llevaba más de un año parada (n=13663 en 2006, 9495 en 2011-12). Complementariamente se estudia dicha asociación en toda la población activa clasificando el desempleo en 5 categorías de duración.

Se valoran tres índices de salud. Salud Autopercebida y dos medidas, dicotomizadas, de salud mental: índice de Goldberg y problemas mental en el último año. Se aplican técnicas de emparejamiento entre empleados y desempleados, nivelados por el grado de propensión a estar en paro (propensity score matching). Para dicha nivelación se emplea, en cada muestra, una regresión probit que estima la probabilidad de estar parado como función de 4 covariables: edad, género, nivel educativo y región.

Se realizan dos análisis. En el primero, el parámetro de interés es el efecto de la situación de desempleo sobre la salud de los parados de

*larga duración*, en formulación contrafactual: ¿Cuál sería el nivel de salud –percibida y mental– de estos desempleados si tuvieran un trabajo? Este cambio hipotético en el estado de salud se calcula, tras emparejar por “propensión” a estar parado, contrastando la salud de los desempleados con la de sus alter egos: trabajadores empleados con la misma propensión a estar en paro.

El segundo análisis responde al *impacto de la crisis sobre la relación de desempleo-salud* aplicando técnicas de Diferencias en Diferencias: un modelo de regresión para cada uno de los 3 indicador de salud a explicar por las 4 covariables citadas, la situación desempleo, la crisis (2011 vs 2006) y la interacción de esta última con el resto de las covariables.

### Resultados y conclusiones

Se muestra de modo consistente que el desempleo tiene un efecto negativo sobre la salud autopercebida y mental, mayor si es de larga duración y agravado por la crisis económica. Se concluye que el impacto sobre la salud individual muestra la vulnerabilidad de este grupo y se apela al desarrollo de políticas de prevención del deterioro y a la monitorización de riesgos específicos que surgen o se agravan durante la recesión, como los problemas psicológicos.

### COMENTARIO

Diversos trabajos han intentado medir el efecto sobre la salud de la recesión económica española. Dadas las diferencias en diseños y definiciones empleadas no es extraño cierta disparidad en sus conclusiones, ocasionalmente polémicas (1-4). Lo característico de esta recesión son las astronómicas cifras de desempleo, por lo que este trabajo es especialmente relevante, aportando junto a otro anterior una buena revisión de los argumentos, modelos y resultados empíricos que enmarcan la cuestión de la relación paro-salud. El primer trabajo de las autoras (5) empleó, además de la ENS, una fuente longitudinal: la Encuesta de Condiciones de Vida (2006 a 2011). En ella sólo es posible estudiar la salud autovalorada, concluyendo que si bien condiciones de vivienda y proxies de necesidades cubiertas influyen significativamente en la salud autovalorada, ni las variaciones en renta ni el paso a estar parado tiene una influencia negativa.

En el presente trabajo, se centran en el contraste entre dos ENS separadas por la crisis económica: 2006 y 2011-12. Con un interesante despliegue de abordajes metodológicos y análisis de sensibilidad obtienen estimaciones robustas que señalan, por un lado, la vulnerabilidad de los desempleados, especialmente en términos de salud mental y, por otro, que esta vulnerabilidad se ha agravado en el contexto de crisis económica. Hay poco que añadir sobre las implicaciones en términos de salud pública. Un aspecto reseñable es cómo las diferencias en las muestras estudiadas apuntan a cambios importantes en composición de sexo y educación de la población activa entre 2006 y 2011 ¿reflejan una retirada del mercado laboral de ciertos colectivos? ¿Cómo ha cambiado la salud de la población que no busca empleo? No era é-

ta la pregunta de las autoras, pero resultan de indudable trascendencia para completar la imagen del impacto de la crisis.

Para ampliar la polémica cabe citar un trabajo, casi simultáneo, contrastando las mismas fuentes (ENS 2006-11) centrado en otras covariables (género y clase social), con diferente abordaje analítico –pero sobre los mismos rangos de edad y con salud mental como resultado (índice de Golberg)–, realizado sobre toda la muestra (activos e inactivos) y sin distinguir tiempo de desempleo, que muestra un efecto diferencial de la crisis en la salud mental de hombres (empeoramiento, con claro gradiente socioeconómico) y de mujeres (ligera mejora) (6).

#### Julian Libro

(FISABIO - Valencia).

#### Francisco Viciano

(Intituto de Estadística Andaluz- Sevilla).

(1) Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health 23,103-108 (2013).

(2) Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Has health in Spain been declining since the economic crisis? J Epidemiol Community Health 2014;68:280-282.

(3) López Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CL, McKee M. The effect of the late 2000 financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. Eur J Public Health 2013;23:732-6.

(4) Libro J, Segura A, López-Valcarcel B. Suicides, hurricanes and economic crisis. Eur J Public Health, Nov 2013.

(5) Urbanos R, González B. Desempleo y salud: un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles. Estudios de Economía Aplicada 31(2), 303-326 (2013).

(6) Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. Eur J Public Health. 2013 doi: 10.1093/eurpub/ckt208.

## Diferencias entre inmigrantes y nativos a la hora de sufrir una discapacidad

Solé M, Díaz-Serrano L, Rodríguez M.

**Disparities in work, risk and health between immigrants and native-born Spaniards. *Social Science & Medicine* 76 (2013), 179-187.**

La incapacidad permanente (IP), como problema de salud laboral, está relacionada con las condiciones de empleo y de trabajo y en particular, con la exposición a riesgos laborales.

### Objetivo

Valorar la probabilidad de padecer una IP, contrastando la hipótesis de que el impacto de esas condiciones de trabajo y empleo está mediado a través de la elección de la ocupación con un nivel de riesgo que asume el trabajador, y que dicha elección depende de la combinación de preferencias personales y oportunidades que pueda ofrecer el mercado de trabajo; las cuales pueden diferir entre inmigrantes y nativos.

### Métodos

El estudio parte de una muestra representativa de afiliados a la seguridad social en el año 2006 extraída de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). De estos individuos, se dispone de su historial de afiliación a la Seguridad Social con información socioeconómica y laboral, permitiendo identificar los que sufrieron una incapacidad permanente (IP) entre los años 1980 y 2006. Para el contraste de las hipótesis mencionadas, se utilizó un modelo probit ajustando por variables sociodemográficas y laborales, y asumiendo como variables latentes (no observadas)

la probabilidad del individuo de sufrir una IP y la propensión de dicho individuo a la elección de unas condiciones de trabajo de alto riesgo.

### Resultados y conclusiones

Las ocupaciones de baja cualificación y alta exposición a riesgos laborales y los trabajadores con contrato temporal, así como las mujeres, tuvieron una mayor probabilidad de padecer una IP. Finalmente, a pesar de que los inmigrantes tuvieron una mayor probabilidad de estar empleados en ocupaciones con peores condiciones de trabajo, su probabilidad de padecer una IP fue menor que para los nativos. Por ello, la hipótesis de que el impacto de los riesgos laborales está mediado a través de la elección de la ocupación es válida solamente para los nativos ya que el impacto de las malas condiciones de trabajo y empleo es menor en los inmigrantes. Asimismo, se observó una relación directa entre el tiempo transcurrido desde la primera afiliación a la Seguridad Social y la probabilidad de padecer una IP, tanto para inmigrantes como para nativos.

*Financiación: Ministerio de Educación y Programa FPU; FIS y Gobierno de Catalunya.*

*Conflictos de interés: Ninguno declarado.*

*Correspondencia: meritxell.sole@ub.edu*

### COMENTARIO

El presente artículo, además de las conclusiones a las que llega, posee al menos dos características que cabe resaltar desde la óptica de la salud laboral entendida ésta, como bisagra entre salud pública y Seguridad Social (1). Tenemos, por una parte, el análisis de un outcome de salud, como es el padecimiento de una IP, relacionado con las condiciones de trabajo y empleo y con la edad. En este sentido, una de las conclusiones que apunta el artículo es una mayor propensión a padecer una IP, con el aumento del tiempo de afiliación a la seguridad social, el cual está directamente relacionado con la edad del trabajador.

El otro aspecto a destacar es la utilización de la MCVL. Esta es una muestra que contiene información sobre afiliación a la Seguridad Social, tanto por lo que respecta a trabajadores como a pensionistas del sistema contributivo, en particular de IP. Esta muestra representativa de todos los afiliados en el año en curso se viene generando anualmente desde 2004, con una estructura longitudinal a través de los distintos años, y que contiene el 4% de la población afiliada en cada año; suponiendo aproximadamente 1.100.000 afiliados, 800.000 de los cuales trabajadores. Se trata pues, de una muestra de gran tamaño, cuyo contenido supone una valiosa herramienta para la investigación en salud laboral, y que en los últimos años ha tenido un importante empuje desde esta perspectiva (2-4).

En el actual marco de envejecimiento de la población activa, la salida prematura del mercado de trabajo (*early retirement*) en general, y por IP en particular, está teniendo una importancia creciente para gobiernos e instituciones supranacionales (5). Asimismo, si se confirman

los hallazgos de este trabajo, podemos prever un incremento de la incidencia de los casos de IP, tanto por el envejecimiento de la población como por el deterioro de las condiciones de empleo. La investigación orientada a la comprensión de estos procesos puede ser de suma importancia para prevenir y retrasar la aparición de los problemas de salud que pueden desencadenar una IP y en última instancia, facilitar la reinserción laboral de las personas que hayan padecido una IP.

### Xavier Duran Jorda

Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL).  
Universitat Pompeu Fabra.

(1) Benavides FG. Salud pública y seguridad social, dos componentes básicos del estado del bienestar. *Gac Sanit* 2011;25(2):91-93.

(2) Solé M, Rodríguez M. Disparities in the effect of working conditions on health between immigrant and native-born populations in Spain. *Gac Sanit* 2010;24(2):145-150.

(3) Benavides FG, Durán X, Martínez JM, Jodar P, Boix P, Amable M. Incidencia de incapacidad permanente en una cohorte de trabajadores afiliados a la Seguridad Social, 2004-2007. *Gac Sanit* 2010;24(5):385-390.

(4) Durán X, Martínez JM, Benavides FG. Occupational factors associated with the potential years of working life lost due to a non-work related permanent disability. *Work* 2013;45(3):305-309.

(5) Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD publishing, Paris 2010.

## Los pacientes como vehículo de la (falta de) comunicación entre sus médicos y farmacéuticos

Latif A, Pollock K, Boardman HF.

**Medicines use reviews: a potential resource or lost opportunity for general practice? BMC Family Practice 2013; 14:57-64.**

### Objetivo

Describir y medir mediante un estudio cualitativo el conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos que retira de la oficina de farmacia, así como de la detección tanto de errores en la prescripción del médico GP inglés como del uso inadecuado de un medicamento por parte de los pacientes detectados por el farmacéutico.

### Metodología

Se escogieron un total de 17 farmacias de 2 áreas del Reino Unido, informando de su realización a los médicos-GP asociados a esas áreas sanitarias. Se pedía la participación voluntaria de los pacientes que acudían a esas farmacias a retirar sus medicamentos a colaborar con la realización del mismo. Parte del estudio se centra en detectar incidencias y en realizar educación sobre el uso de los fármacos, así como mejorar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y el uso de sus fármacos, así como estudiar en profundidad algunos casos más delicados para evitar complicaciones asociadas al mal uso o incorrecta prescripción de medicamentos.

### Resultados

Se estudiaron en profundidad 54 pacientes de las 17 farmacias colaboradoras, indicando que solían trasladar a su médico los consejos del farmacéutico, pese a que en algunas ocasiones se sentían incómodos al hacerlo por miedo a que se molestase por dudar sobre su prescripción, o primar la opinión del farmacéutico sobre la suya.

### Conclusiones

Se destaca la importancia de estrechar las relaciones entre los médicos y los farmacéuticos para mejorar la adherencia a los tratamientos de sus pacientes, así como para facilitar la detección de errores en prescripciones, uso no apropiado de medicamento. También se destaca la labor del farmacéutico para aumentar el nivel de conocimiento del paciente sobre el manejo de su enfermedad y de su tratamiento para y disminuir complicaciones y mejorar su salud.

Financiación: Economic and Social Research Council (ESRC) y Medical Research Council (MRC).

Correspondencia: Asam.Latif@nottingham.ac.uk

### COMENTARIO

El estudio muestra un aspecto poco atendido de la realidad, el de las dificultades que existen para comunicarse entre los farmacéuticos y los médicos de atención primaria, ya que dependen de la actitud del paciente para realizar dicha intervención por un lado y por la resistencia, en general, de no querer aceptar sugerencias para mejorar posibles errores entre los profesionales sanitarios de distintas categorías.

En el entorno del sistema sanitario público español estas relaciones tampoco son estrechas, incluso parece ser que peor vistas por el sistema que en el Reino Unido. Así, según lo publicado por la revista Atención Primaria (1), entre el 5 y el 10% de las farmacias del país han adaptado la atención farmacéutica, y la relación entre ambos es nula, existiendo una mala consideración del farmacéutico como profesional sanitario.

Esta situación se arrastra con anterioridad al año 2000, existiendo otros estudios que indican la misma situación dentro del SNS español (2), en los que se hace patente la falta de comunicación entre estos 2 elementos claves en la salud del paciente.

Pese a que actualmente, tanto los médicos de AP como los farmacéuticos han manifestado la necesidad de mejorar esta falta de comunicación, así como de trabajar conjuntamente, no han logrado llevarlo a cabo. Incluso como contraposición algunos resultados de las investigaciones en esta materia han visto que el médico tiende a recibir como una intromisión las acciones del farmacéutico, y el paciente se siente incómodo en una situación que le afecta y que pone en juicio su confianza ante ambos profesionales de la salud (3).

Teniendo en cuenta la introducción de las nuevas tecnologías sanitarias, la digitalización de las prescripciones electrónicas en el SNS español, que comunica parte de la historia de salud del paciente con la farmacia, y la mayor implicación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, se entiende que disponemos de herramientas para mejorar esta comunicación, ya que se pueden crear canales virtuales para ella sin tener que ser el paciente el vehículo de dicha comunicación, y poderse así ajustar al rol de beneficiado de la misma.

#### Daniel Moreno Sanjuan

Jefe de Servicio Atención Ciudadana. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

#### Eugenia Gómez Bermúdez

Farmacéutica. Málaga.

(1) Puche Herrero M, Arroyo Álvarez de Toledo L, Ramos Morales R, Danet Danet A, March Cerdá J. Farmacéuticos comunitarios, el eslabón perdido de atención primaria. Aten Primaria. 2011;43:682.

(2) Faus Dader MJ, Martínez Romero F. Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharm Care Esp 1999;1:52-61.

(3) Aremando P, Semeria N, Tellado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Primaria. 2005;36:129-34.

## Efectos secundarios

Manuel Arranz

António Lobo Antunes

*Sobre los ríos que van*. Traducción de Antonio Sáez Delgado. Barcelona, Random House, 2014.

Ortega, en una ocasión: “ya puedo ver a la muerte en el horizonte, ojalá me de tiempo suficiente para acabar todo lo que llevo entre manos”. Más o menos, cito de memoria. La enfermedad, la proximidad de la muerte, la convalecencia, nos hace a todos más humanos. Incluidos filósofos y novelistas, que pensaban que estaban más allá del bien y del mal, se dan cuenta de pronto de que, como todo hijo de vecino, están más acá, de que más allá no hay nada.

“Nadie escribe como yo. Tampoco yo”, ha dicho recientemente António Lobo Antunes en una entrevista con motivo de la publicación de su último libro: *Sobre los ríos que van*. Verdad a medias. Efectivamente nadie escribe como Lobo Antunes, pero Lobo Antunes sí escribe como Lobo Antunes. Todos sus libros tienen algo que los hace inconfundibles. Tal vez sea eso que llaman estilo, aunque hoy en día se llama estilo a cualquier cosa. ¿Un aire de familia? Posiblemente. Y posiblemente esto se pueda decir de la mayoría de los escritores. De algunos incluso se dice que están siempre escribiendo el mismo libro, y los más lúcidos hasta lo dicen sin ambages de sí mismos. En su caso podría tener que ver con su método de escritura; pues Lobo Antunes tiene un método de escritura, que consiste en escribir sin parar durante meses y luego, durante otros meses más, desbrozar todo ese bosque de palabras. Por ejemplo el manuscrito de *Sobre los ríos que van* quedó reducido a su quinta parte. Todo el mundo sabe que en literatura, al contrario que en otros asuntos de la vida, mejor es quedarse corto que pasarse. No parece mal método después de todo.

Lobo Antunes fue amigo de José Cardoso Pires quien, tras recuperarse milagrosamente de una isquemia cerebral, escribiría contando su experiencia un libro magistral, *De profundis*. Moriría años después de un segundo ataque. El libro lo prologó precisamente otro Lobo Antunes, Joao, hermano de António y célebre neurocirujano. Libro magnífico e inolvidable, insisto. Por cierto António también es médico, psiquiatra para más datos. Como también fueron médicos su padre y su abuelo. Y Cardoso Pires uno de los pocos escritores portugueses para el que Lobo Antunes no tiene más que elogios. El gran Pessoa, por ejemplo, le resulta sospechoso. “No se puede uno fiar de un célibe”, dijo más o menos en una ocasión. Yo creo que hay cosas peores. Bueno..., no estoy seguro. Por no hablar de Saramago. Pero si traigo a colación a Cardoso Pires, es por otro motivo evidentemente. Y el motivo es la novela que ha escrito António Lobo Antunes: *Sobre los ríos que van*.

Son muchos los escritores que han escrito a las puertas de la muerte, después de un accidente, una enfermedad grave, una operación. El mencionado Cardoso Pires; Harold Brodkey en *Esta salvaje oscuridad*. *La historia de mi muerte*, en la que cuenta, derrota a derrota, su batalla perdida con el sida; las novelas de Max Blecher, todas ellas magistrales y sobrecogedoras, *Acontecimientos de la irrealidad inmediata*, *La guarida iluminada: diario de sanatorio*, o *Corazones cicatrizados*; o, en fin, por no abrumarles más, el clásico y escalofriante librito de Alphonse Daudet sobre su sífilis, *En la tierra del dolor*. Libros todos ellos que les aconsejo efusivamente, pues, como dice François Cheng en sus *Cinco meditaciones sobre la muerte*, meditar sobre la muerte es meditar sobre la vida. Y ya que ha vuelto a aparecer la muerte y la filosofía no podemos dejar de citar uno de los mejores ensayos filosóficos que se hayan escrito nunca

sobre tan inquietante y eterno tema, *La muerte*, del filósofo francés Vladimir Jankélévitch.

Pero, ¿por qué escriben los escritores? Mejor dicho, ¿por qué escriben ciertos libros, tan íntimos, tan personales, tan impúdicos, como éste de Lobo Antunes o como los otros citados? No nos basta evidentemente la respuesta del autor y de algunos otros escritores, respuesta sincera seguramente: “porque no sé hacer otra cosa”, porque la pregunta no es por qué se escribe, sino por qué se escriben determinadas cosas. Quizás la respuesta sea que sólo se debería escribir precisamente sobre esas cosas. Las únicas que importan en definitiva. Las únicas que valen la pena. Cosas comunes y corrientes que nos pasan a todos, todos los días. Escribir siempre es una cuestión de llegar más lejos para estar más cerca. Ser capaz de transmitir con una sencilla frase, quédate un rato más, toda la convulsión que llevamos dentro. No es nada fácil, pues esa frase, esas cuatro palabras, tienen que llegar en el momento justo, y ser precisamente esas cuatro palabras y no otras.

Pero volvamos a Lobo Antunes, pues hay algunas diferencias notables entre los libros citados y su última novela. Para empezar Lobo Antunes hace, consciente y deliberadamente, literatura, tiene lo que se conoce como “voluntad de estilo”, y ya hemos hablado del método, mientras que los otros aparentemente se limitan a narrar, a contar una experiencia, no una experiencia cualquiera evidentemente, sin pretensiones de estilo, y consiguen, quién sabe si precisamente por eso, hacer la más alta literatura. La que estremece, la que hace que te tambalees, la que hace que te olvides de admirar y te pongas a temblar. O, en otras palabras, que te olvides de la novela que estás leyendo y pienses en la vida que estás viviendo.

La novela de Lobo Antunes, probemos con una metáfora clínica, se desarrolla, crece, se multiplica como un cáncer, caprichosamente, con un aparente desorden, pero, ay, seguramente también, una implacable y siniestra lógica, una lógica más allá de la lógica. ¿Recuerdan a Max von Sydow jugando al ajedrez con la muerte en *El séptimo sello*? Cualquier mediocre jugador de ajedrez sabe que el menor movimiento de un peón puede resultar fatal, que la partida se pierde o se gana por un descuido propio o del rival. *Nuestras vidas son los ríos...* ¿se siguen leyendo las *Coplas por la muerte de su padre* de Jorge Manrique como las leíamos nosotros? Sobolos ríos que vao... ¿siguen los portugueses leyendo las rimas de Camoens? ¿Leyó el luso al castellano? “Qué misteriosa es la vida”. Qué misteriosos los recuerdos. ¿Trata de reproducir Lobo Antunes el mecanismo de los sueños? La combinación y la asociación aparentemente azarosa, o azarosamente aparente, de imágenes, pero ¿son realmente imágenes?, que conforman un relato, pero ¿es realmente un relato?, los accidentes diurnos, nimios casi siempre, el sombrero que te arranca el viento, la mancha de café en la camisa, el corte al afeitarte, cobran en el sueño una importancia desmesurada, porque el sombrero no es el sombrero, la mancha no es la mancha, el corte no es el corte, sino, por abreviar, su significado. Y no se les ocurra preguntar a un psicoanalista pues no volverán a encontrar el sombrero. Yo no creo demasiado en los sueños. Creo más en las novelas. Aunque estén construidas como un sueño, como esta última de Lobo Antunes.

“Formas, formas. Formas que iban, venían y volvían a irse, se superponían y alejaban, rodaban lentamente o se elevaban y caían deprisa, parecían definirse y en lugar de definirse se disolvían, la ilusión de que voces y no voces, presencias y no presencias...”. Si sustituyéramos formas por palabras podríamos hacernos una idea de cómo está construida esta novela. También dónde, en el hospital de Lisboa, y por qué, el cáncer, e incluso cuándo, marzo de 2007, aunque se acabase, o se ensamblase, o se armase, entre el 2009 y el 2010.

“Si me callo no existo”. Y entonces la infancia, “para mí la infancia es la salud, la vida, la alegría, la esperanza...”, vuelve con fuerza por sus fueros, “yo he sido consciente de mi infancia en la madurez”, sólo se puede ser consciente de la infancia en la madurez, o en la vejez, el abuelo y la abuela queridos, los padres no tan queridos, las lecciones de piano, las pelotas de tenis, el perfume de los eucaliptos, “ojalá estuviera mi madre con su aspirina”.

“Yo después de los cánceres no miento”.

“Hay cosas que de repente me empezaron a gustar muchísimo”.

Y esas cosas, por ejemplo el sol, aunque el sol no sea exactamente una cosa, también, supongo, la lluvia, el hecho de estar vivo, de seguir vivo. “Si me callo no existo”. Escribir es la forma de hablar que tienen los escritores, mezclando metáforas con recuerdos, el cáncer es un erizo, la vida es un río, palabras propias con ajenas, más ajenas que propias, leídas en algún libro, no necesariamente bueno, escuchadas en alguna parte, Lobo Antunes sigue leyendo, no vayan a creer que todos los escritores lo hacen, y lee tanto a sus autores favoritos, Chéjov, Balzac, Quevedo, como libros malos, ya que es de la opinión que en los libros malos un escritor aprende más que en los buenos, pues se aprecian mejor sus costuras. “Nunca se termina de aprender a escribir”, nunca se termina de aprender a nada, hasta que un día se termina todo a la vez. Las novelas de Lobo Antunes, nos dice él mismo, no son novelas en sen-

tido estricto. O dicho de otro modo, aunque tengan un principio y un final, no tienen principio ni fin. No le interesan las tramas, no le interesan los personajes, “nunca sé lo que voy a escribir antes de empezar a escribir”, sólo le interesan las emociones. “Yo no escribo novelas”, suele decir, “no sé lo que hago, pero sé que no son novelas”. En *Sobre los ríos que van* Lobo Antunes escribe sobre su infancia, tan parecida a la de cualquiera, tan parecidas las frases de la abuela, tan parecida la mermelada, la rubia extranjera de la piscina, las fiebres, el paseo de las moras, la maestra, los dictados, las mismas faltas de ortografía, “si juegas con cerillas te mearás en la cama”, “los niños buenos no escupen el jarabe”, “no se mete la barbilla en el plato”, “quita los zapatos del sillón”, “lo entenderás cuando crezcas”. La vida contemplada desde la enfermedad adquiere tonos distintos. En absoluto más sombríos, más bien todo lo contrario. *Sobre los ríos que van* es como una especie de caleidoscopio, otra metáfora, no sé si se siguen fabricando estos mágicos aparatitos, en mi infancia, en la de Lobo Antunes seguramente también, eran un tesoro. Mirabas por el agujero y al menor giro todo el dibujo cambiaba. Eran los mismos cristalitos de colores, pero formando un dibujo distinto. No sé si se repetían los dibujos, ahora que lo pienso supongo que sí, pero entonces nos faltaba ciencia para hacernos esas preguntas. En la novela los cristalitos son los recuerdos de infancia de un hombre en una cama del hospital de Lisboa al que van a operar de un cáncer, y al que no le falta ciencia precisamente para escribir. Los médicos, los enfermeros, las bandejas de aluminio con la cena, el dolor, los goteros, los pañales, las visitas, el sopor, la vergüenza, todo lo que es real, palpable, humillante, se difumina, se disuelve, desaparece, y aparecen la extranjera rubia de la piscina, las pelotas de tenis, el Mondego, la bicicleta, el ratoncito de chocolate, la mermelada de la abuela, el pinar, el camino de las moras... “qué me mantiene amarrado a esto y qué me hace volver sin que me dé cuenta, a lo que creía olvidado...”.

**VISITA EL BLOG DE GCS**

**<http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>**

**GCS EN LA RED**

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

**EDITORIALES**

El cuaternario de la atención sanitaria: seguridad del paciente y prevención. Aibar Remón C. ....	1	3
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. ....	1	6
Crisis económica, regresión de renta, desigualdades en salud. López Casasnovas G. ....	2 y 3	43
Sobrediagnóstico: una sinécdoque y algo más. La epidemia de sobrediagnósticos. Segura A. ....	2 y 3	45
Aparatos y dispositivos médicos: casuística de una desregulación. Campillo Artero C. ....	4	76

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

Benzodiazepinas en ancianos: La pastilla para dormir no me la quite. Eyaralar Riera T, Abal Ferrer F, resumen y comentario de: Velert Vila J, Velert Vila MM, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Aten Primaria. 2012;44:402-10	1	7
Las redes profesionales: relaciones que crean valor. Barrasa Villar JI, resumen y comentario de: 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	1	8
La inercia clínica necesita moverse, pero no se sabe en qué dirección. Gavilán Moral E, resumen y comentario de: 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	1	9
El volumen también importa: Si se hace mucho se hace mejor. Gea MT, Aranaz JM, resumen y comentario de: Hernández-Boussard T, Downey JR, McDonald K, Morton JM. Relationship between patient safety and hospital surgical volume. Health Services Research. 2012;47:756-69	1	10
Cirugía segura: evaluación de la puesta en práctica del listado de verificación de la OMS en Francia. Imaz Iglesia I, resumen y comentario de: Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf. 2012;21:191-7	2 y 3	50
Más interrogantes que certezas con la telemedicina. En algunas patologías crónicas no demuestra mejorar la calidad de vida ni aspectos psicológicos importantes para los pacientes. Ruiz García V, resumen y comentario de: Cartwright M, Hirani SP, Rixon L, Beynon M, Doll H, Bower P, Bardsley M, et al: Whole Systems Demonstrator Evaluation Team. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. BMJ. 2013;346:f653	2 y 3	51
En ancianos polimedicados, menos puede ser más. Santos Ramos B, resumen y comentario de: Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations	4	83
La complejidad de las intervenciones complejas. Sarria Santamera A, resumen y comentario de: Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al. A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2012;156(10):673-83	4	84
Conciliación de la medicación: Experiencias poco concluyentes. Cervera Casino P, resumen y comentario de: Janice L. Wann, Lisa Lo, Margaret Sampson, Kaveh G. Shojania. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: A systematic review. Ann Intern Med 2013;158:397-403	4	85

**EFFECTIVIDAD: TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, EFECTOS ADVERSOS**

En la Diabetes mellitus tipo I aun no ha llegado el momento de los tratamientos preventivos. Fernández Pereira L, resumen y comentario de: Ludvigsson J, Krisly 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	1	11
Dudas sobre las ventajas de los test de troponina de alta sensibilidad. Moliner Lahoz FJ, resumen y comentario de: Aldous SJ, 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;184(5):E260-8	1	12
Poliquimioterapia en cáncer de mama precoz: las diferencias importan. Marroquín EC, resumen y comentario de: 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	1	13
Suplementación con calcio y vitamina D para la prevención de caídas en adultos sanos. Se confirma lo esperado. Sanfélix Genovés J, resumen y comentario de: López Torres J(ANVITAD). Efecto del calcio y la vitamina D en la reducción de caídas de las personas mayores: ensayo clínico aleatorizado frente a placebo. Med Clin (Barc). 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.11.025">http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.11.025</a>	2 y 3	52
Esperando al Registro Nacional de Implantes. Tebé Cordomi C, resumen y comentario de: Villanueva-Martínez M, Hernández-Barrera V, Chana-Rodríguez F, Rojo-Manaute J, Ríos-Luna A, San Román Montero J, et al. Trends in incidence and outcomes of revision total hip arthroplasty in Spain: A population based study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2012, 13:37	2 y 3	53
La compleja contribución de los antihipertensivos a la supervivencia a largo plazo. Gosalbes Soler V, resumen y comentario de: Kostis JB, Cabrera J, Cheng JQ, et al. Association between chlorthalidone treatment of systolic hypertension and long-term survival. JAMA 2011;306:2588-93	4	89
¿Saben los médicos por qué recomiendan lo que recomiendan? Confusiones e ignorancias en medicina preventiva. Segura A, resumen y comentario de: Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do Physicians Understand Cancer Screening Statistics? A National Survey of Primary Care Physicians in the United States	4	87
Los pacientes con diabetes tipo 2 no tratados con insulina necesitan la auto monitorización de la glucemia solo de forma muy individualizada. Navarro Pérez J, resumen y comentario de: Farmer AJ, Perera R, Ward A, Heneghan C, B AH, Davidson MB Guerci B, et al. Meta-analysis of individual patient data in randomized trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. BMJ. 2012;344:e486	4	88
Cirugía de la diabetes: una nueva aproximación para una vieja enfermedad. Peiró S, resumen y comentario de: Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. N Engl J Med. 2012;366(17):1577-85	4	89

**MODOS DE VER**

Las funciones de riesgo cardiovascular podrían ser útiles, se asocie o no el colesterol total con más mortalidad. Buitrago Ramírez F, resumen y comentario de: 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	1	14
¡Que no!: ni colesterol, ni tablas de riesgo, ni estatinas en personas sanas. García FM, resumen y comentario de: 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	1	15
La sobreutilización en los servicios sanitarios disminuye la calidad y la eficiencia en costes. Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, resumen y comentario de: Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of Health Care Services in the United States. Arch Intern Med. 2012;172(2):171-78	2 y 3	54
Es la guerra, ¡más madera! la sub-utilización de consultas apropiadas mejora en una década, pero la sobre-utilización casi nada... Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, resumen y comentario de: Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. JAMA Intern Med. 2013;173(2):142-8	2 y 3	55

**ELEMENTOS PARA UN DEBATE INFORMADO**

Crisis económica, política sanitaria y salud. Palomo L. Rabanaque MJ. ....	1	16
--	---	----



**CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

Sensibilidad de los médicos a las emociones de sus pacientes: un área donde es necesario mejorar. Pérez Pérez P, resumen y comentario de: 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 ..... 1 20

La incidencia de reinfectos y la mortalidad a 30 días se asocian al nivel socioeconómico en los hombres del País Vasco. Grau M, resumen y comentario de: Machón M, Aldasoro E, Martínez-Camblor 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 ..... 1 21

Propuestas que funcionan para cambiar la cultura de seguridad en los hospitales. Mira JJ, resumen y comentario de: Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):369-74 ..... 2 y 3 56

La sensibilidad y la especificidad de las pruebas diagnósticas pueden modificarse con las variaciones en la prevalencia de la enfermedad. Gervas J, resumen y comentario de: Leeflang MMG, Rutjes AWS, Reitsma JB, Hooft L, Bossuyt PMM. Variation of test's sensivity and specificity with disease prevalence. *CMAJ* 2013;185:E537-E544. DOI:10.1503/cmaj.121286 ..... 2 y 3 57

Errar es humano, pero sólo analizando las causas de los errores de administración de medicamentos podremos saber como evitarlos o, al menos, minimizarlos. Ordozabal Baines JP, resumen y comentario de: Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf*. 2013 Aug 24 [Epub ahead of print] (DOI 10.1007/s40264-013-0090-2) ..... 4 90

Efectividad de las estrategias dirigidas a reducir errores diagnósticos. Lorenzo Martínez S, resumen y comentario de: Patient Safety Strategies Targeted at Diagnostic Errors. A Systematic Review. Mc Donald KM, Matesic B, Contopoulos-Ioannidis DG, Schmidt E, Pineda N, Ioannidis JPA. *Ann Intern Med*. 2013;158:381-9 ..... 4 91

Insuficiencia cardiaca en urgencias. Conocer para mejorar. García Torrecillas JM, resumen y comentario de: Martín-Sánchez FJ, Marino-Genicio R, Rodríguez-Adrada E, Jacob J, Herrero P, Miró Ò et al. El manejo de la insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias hospitalarios españoles en función de la edad. *Rev Esp Cardiol*.2013;66(9):715-720 ..... 4 92

Los reingresos o como describir la calidad con sencillez (la elegancia dejémosla al sastre). Libroero J, resumen y comentario de: Berry JG, Toomey SL, Zaslavsky AM, Jha AK, Nakamura MM, Klein DJ et al. Pediatric Readmission Prevalence and Variability Across Hospitals. *JAMA*. 2013;309(4):372-380. doi:10.1001/jama.2012.188351 ..... 4 93

**EVALUACIÓN ECONÓMICA, COSTES, PRODUCTIVIDAD**

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior es coste-efectiva frente al tratamiento conservador. Ruano Raviña A, resumen y comentario de: 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 ..... 1 22

ACB vs. ACU en programas de seguridad vial: diferentes métodos, diferentes recomendaciones. Oliva J, resumen y comentario de: Peters JL, Anderson R. The cost-effectiveness of mandatory 20 mph zones for the prevention of injuries. *Journal of Public Health* 2013;35 (1): 40-48 ..... 2 y 3 58

Los costes evitables no nacen, se hacen. O de cómo abordar eficientemente el manejo de la cronicidad. García Sempere A, resumen y comentario de: Joynt K, Gawande AA, Orav J, Jha AK. Contribution of Preventable Acute Care Spending to Total Spending for High-Cost Medicare Patients. *JAMA*. 2013;309(24):2572-8 ..... 2 y 3 59

¿El QALY fracasa en los programas de salud pública?: un ejemplo en actividad física. Trapero Bertrán M, resumen y comentario de: Trueman P, Anokye NK. Applying economic evaluation to public health interventions: the case of interventions to promote physical activity. *Journal of Public Health*. 2012;35(1):32-39 ..... 4 94

El coste de la imprecisión y del cribado. Pons JMV, resumen y comentario de: Chubak J, Boudreau DM, Fishman PA, Elmore JG. Cost of breast-related care in the year following false positive screening mammograms. *Medical Care* 2010;48:815-820 ..... 4 95

**UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS**

El análisis de los determinantes sociales debe incluirse en las recomendaciones preventivas. Palomo L, resumen y comentario de: Duerksen A, Dubey V, Iglar C. Annual adult health checkup. Update on the Preventive Care Checklist Form®. *Can Fam Physician*. 2012;58:43-7 ..... 1 24

La asistencia a centros de día no influye en la utilización posterior de servicios sanitarios. Pradas Arnal F, resumen y comentario de: 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 ..... 1 25

Incremento de los antipsicóticos en el tratamiento de la depresión entre 1996 y 2005 en EE.UU. Ferrer M, resumen y comentario de: 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 ..... 1 26

Diferencias en el control de la diabetes entre aborígenes e inmigrantes. Hernansanz F, resumen y comentario de: Soler-González J, Marsal J, Serna C, Real J, Cruz I, López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gac Sanit*. 2013;27(1):19-25 ..... 2 y 3 60

Controlar el "sesgo de intensidad de observación" y los problemas de recurrencia al evaluar los resultados de la asistencia sanitaria. Libroero J, Ibáñez B, resumen y comentario de: Wennberg JE, Staiger DO, Sharp SM, Gottlieb DJ, Bevan G, McPherson K, et al. Observational intensity bias associated with illness adjustment: cross sectional analysis of insurance claims. *BMJ*. 2013;346:f549 doi: 10.1136/bmj.f549 ..... 2 y 3 61

Los ricos visitan más al especialista pero esperan menos. Evidencias en España. González López-Valcárcel B, resumen y comentario de: Abásolo I, Negrán-Hernández MA, Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain. *Eur J Health Econ*. 2013 Aug 2. [Epub ahead of print] ..... 2 y 3 62

Si quiere modificar la utilización en atención primaria, actúe sobre la oferta. Hay gorriones (pacientes) e inductores (médicos), pero los segundos cambian más la dinámica de las consultas. Gervas J, resumen y comentario de: Dijk CEV, Berg BVD, Verheij RA, Spreuwenberg P, Groenewegen P, Bakker DH. Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Econ*. 2013;22:340-52 DOI:10.1002/hec. .... 4 96

La desigualdad social en el acceso a los servicios sanitarios en España apenas varía a lo largo de tres lustros. Urbanos Garrido R, resumen y comentario de: Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Rocha KB, Pasarín MI, Borrell C. Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993–2006. *Eur J Health Econ*. 2013;14:211-219 ..... 4 97

**GESTIÓN: INSTRUMENTOS Y MÉTODOS**

La eficiencia de la incorporación de la enfermería en las consultas depende del modelo organizativo. Abad Díez JM, resumen y comentario de: Liu N, D'Aunno T. The productivity and cost-efficiency of models for involving nurse practitioners in primary care: A perspective from queuing analysis. *Health Serv Res*. 2012;47:594-613 ..... 1 27

Gasto hospitalario, calidad y resultados. No es solo cuestión de financiación, también de uso efectivo de recursos. Prados Torres A, resumen y comentario de: 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 ..... 1 28

El pay-for-performance no ha contribuido a la mejora del control de la presión arterial en el Reino Unido. Catalá López F, resumen y comentario de: Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011;342:d108 ..... 2 y 3 63

Informar sobre los costes y la radiación de las pruebas de imagen importa. Y también el orden en que se informa. Arana E, resumen y comentario de: Gimbel RW, Fontelo P, Stephens MB, Olsen CH, Bunt C, Ledford CJ, Loveland Cook CA, Liu F, Burke HB. Radiation exposure and cost influence physician medical image decision making: a randomized controlled trial. *Med Care*. 2013;51:628-32 ..... 2 y 3 64

De sueños, también se vive: conocer, evaluar y coordinar prácticas de atención sanitaria y social para evitar cuidados inadecuados. García Vicente S, resumen y comentario de: Woodhams et al.: Triumph of hope over experience: learning from interventions to reduce avoidable hospital admissions identified through an Academic Health and Social Care Network. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:153. doi:10.1186/1472-6963-12-153 ..... 2 y 3 65

Pago por resultados en salud en las tecnologías sanitarias: Yes, we can. Espín Balbino J, resumen y comentario de: Campillo-Artero C, Kovacs F. The use of risk sharing tools for post adoption surveillance of a non pharmacological technology in routine practice: results after one year. BMC Health Services Research 2013; 13:181	4	98
Una herramienta para comparar la Atención Primaria: útil, necesaria y a la espera de sus consecuencias. Martínez Pillado M, resumen y comentario de: Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García-Altés A, Vallverdú I, Starfield B. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. Gac Sanit. 2013 Jan-Feb;27(1):12-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.03.009. Epub 2012 Aug 24	4	99
Informar sobre el precio de las pruebas de laboratorio reduce (moderadamente) las solicitudes. Un ensayo clínico controlado. Carratalá Calvo A, Rodríguez Borja E, resumen y comentario de: Feldman LS, Shihab HM, Thiemann D, Yeh HC, Ardolino M, Mandell S, Brotman DJ. Impact of providing fee data on laboratory test ordering: a controlled clinical trial. JAMA Intern Med. 2013 May 27;173(10):903-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.232	4	100
Las intervenciones basadas en teorías conductuales no influyen sobre la prescripción inadecuada de antibióticos. Galeote Mayor M, resumen y comentario de: Milos V, Jakobsson U, Westerlund T, Melander E, Mölstad S, Midlöv P. Theory-based interventions to reduce prescription of antibiotics-a randomized controlled trial in Sweden. Fam Pract. 2013. doi: 10.1093/fampra/cmt04	4	101
<b>POLÍTICA SANITARIA</b>		
Legislación sobre genéricos y marcas en Canadá. Aspectos a evitar en el contexto español. Jiménez García R, resumen y comentario de: Grootendorst P, Bouchard R, Hollis A. Canada's laws on pharmaceutical intellectual property: the case for fundamental reform. CMAJ. 2012;184:543-9	1	29
Evaluar las crisis sanitarias. Utilidad o ejercicio de investigación. Rodrigo Val M <sup>a</sup> P, resumen y comentario de: 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	1	30
Privatización de la provisión asistencial y mortalidad evitable. Una perspectiva a partir de la experiencia italiana. Repullo Labrador JR, resumen y comentario de: Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. J Epidemiol Community Health. 2013;67(2):132-8. doi: 10.1136/jech-2011-200640. Epub 2012 Sep 29	2 y 3	68
Magallanes mantiene la flota unida y cada hospital aguanta su vel. Ortún V, resumen y comentario de: Shwartz M, Peköz E, Labonte A, Heineke J, Restuccia J. Bringing responsibility for small area variations in hospitalization rates back to the hospital. The propensity to hospitalize index and a test of the Roemer's Law. Med Care 2011;49:1062-67	2 y 3	67
Premarketing y conflictos de interés ¿Ojos que no ven, conflicto que no sientes? García Ruiz A, García-Agua Soler N, resumen y comentario de: Kesselheim AS, Wang B, Studdert DM, Avorn J. Conflict of Interest Reporting by Authors Involved in Promotion of Off-Label Drug Use: An Analysis of Journal Disclosures. PLoS Med 2012 9(8): e1001280. doi:10.1371/journal.pmed.1001280	4	102
(re)Cortar por lo sano. Castañó Riera EJ, resumen y comentario de: Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijó S, González López-Varcalcel B. Paying for formerly Free Medicines in Spain: Dramatic Prescription Drops, Looking for Unanswered Questions. CRES-UPF Working Paper #201307-76. http://www.upf.edu/cres/_pdf/CRESWP20130776_PJBGLV.pdf	4	103
<b>POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA</b>		
Comer fritos parece no ser tan malo para la salud cardiovascular. Galán Rebollo, resumen y comentario de: 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	1	31
La reducción de la mortalidad coronaria en el Este de Europa es más explicada por la reducción de riesgos que por los tratamientos. Córdoba Doña JA, resumen y comentario de: 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	1	32
Riesgos y desencadenantes de discapacidad para la movilidad en ancianos: espacio para la investigación. Rubio Villegas C, resumen y comentario de: 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	1	33
Avanzando en el análisis del impacto en salud de las políticas públicas sectoriales no sanitarias. La evaluación del impacto en la salud. Martos Jiménez C, resumen y comentario de: 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	1	34
Un éxito de la salud pública, y por tanto, de todos. Rodríguez Artalejo F, resumen y comentario de: Agüero F, Dégano IR, Subirana I, Grau M, Zamora A, Sala J, Ramos R, Treserras R, Marrugat J, Elosua R. Impact of a partial smoke-free legislation on myocardial infarction incidence, mortality and case-fatality in a population-based registry: the REGICOR study. PLoS One 2013;8(1):e53722	2 y 3	68
La contribución a la salud pública de la obligatoriedad del uso del casco por los ciclistas. Hernández Aguado I, resumen y comentario de: Dennis J, Ramsay T, Turgeon AF, Zarychanski R. Helmet legislation and admissions to hospital for cycling related head injuries in Canadian provinces and territories: interrupted time series analysis. BMJ 2013;346:f2674 doi: 10.1136/bmj.f2674	2 y 3	69
La percepción de inseguridad laboral es un (moderado) factor de riesgo de enfermedad coronaria. Hurtado I, resumen y comentario de: Virtanen M, Nyberg ST, Batty GD, Jokela M, Heikkilä K, Fransson EI, et al. Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;347:f4746	2 y 3	70
Tendencias y variaciones geográficas de los suicidios en España (1991-2008). González López Valcárcel B, resumen y comentario de: Salmerón D, Cirera LI, Ballesta M, Navarro-Mateu F. Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. Journal of Public Health Vol. 35, No. 2, pp. 237-245	4	104
Los precios elevados de los alimentos imponen "austeridad nutricional" a los hogares y países más pobres. Pinilla Domínguez J, resumen y comentario de: Green R, Cornelsen L, Dangour AD, Turner R, Shankar B, Mazzocchi M, Smith RD. The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. BMJ. 2013 Jun 17;346:f3703. doi: 10.1136/bmj.f3703	4	105
Los teléfonos móviles también ayudan a dejar de fumar. Faubel R, resumen y comentario de: Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R, Edwards P, Zhou W, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. Lancet 2011;378:49-55	4	106
<b>REDEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>		
El cribado de cáncer de próstata no reduce la mortalidad. Resultados de un ensayo clínico en población española con 15 años de seguimiento. Cózar Olmo JM, Bermúdez Tamayo C, resumen y comentario de: 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	1	35
Conflictos, intereses y conflictos de intereses en los editoriales favorables a la terapia hormonal sustitutiva. Delgado Sánchez A, resumen y comentario de: 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	1	36
<b>EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LOS PACIENTES</b>		
No hay enfermedades, sino enfermos. Con preferencias dispares. Sarria Santamera, resumen y comentario de: 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	1	37
Los pacientes tienen un buen conocimiento sobre errores e incidentes y quieren participar en su reducción. Gutiérrez Ibarluzea I, resumen y comentario de: Iledema 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	1	38
¿Qué dijo el doctor? El recuerdo de instrucciones médicas. Carrasco Gimeno JM, resumen y comentario de: McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. Med Care. 2012;50:277-82	2 y 3	71

La percepción de los pacientes de su seguridad: más allá del no sabe/no contesta. Aibar Remón C, Obón Azuara B, resumen y comentario de: Bjertnaes O, Skudal KE, Iversen HH, Lyndahl K. The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I): assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2013;22: 743-751	2 y 3	72
Los resultados normales de las pruebas diagnósticas no tranquilizan a los pacientes. ¿Cui bono? Sánchez Robles GA, resumen y comentario de: Rolfe A, Burton C. Reassurance After Diagnostic Testing With a Low Pretest Probability of Serious Disease. <i>JAMA Intern Med.</i> 2013;173(6):407-16	4	107

**INFORMES DE LAS AGENCIAS**

Los valores de las personas mayores sobre la prevención son muy variables y resistentes a la generalización. Ruiz-Azarola A, Pérez-Corral O, resumen y comentario de: 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	1	39
--	---	----

**EL RESTO ES LITERATURA**

Simonon. Arranz M.	2 y 3	73
--------------------	-------	----

ÍNDICE DE AUTORES

Abad Díez JM, 27	García Sempere A, 59	Ortún V, 67
Abal Ferrer F, 7	García Torrecillas JM, 92	Oteo Ochoa LA, 55
Aibar Remón C, 3, 72	García Vicente S, 65	Palomo L, 16, 24
Arana E, 64	Gavilán Moral E, 9	Peiró S, 89
Aranaz JM, 10	Gea MT, 10	Perez Corral O, 39
Arranz M, 73	Gérvas J, 57, 96	Pérez Pérez P, 20
Barrasa Villar JI, 8	González López-Valcárcel B, 62, 104	Pinilla Domínguez J, 105
Bermúdez Tamayo C, 35	Gosalbes Soler V, 86	Pons JMV, 95
Buitrago Ramírez F, 14	Grau M, 21	Pradas Arnal F, 25
Campillo Artero C, 76	Gutiérrez Ibarluzea I, 38	Prados Torres A, 28
Carrasco Gimeno JM, 71	Hernández Aguado I, 69	Rabanaque MJ, 16
Carratalá Calvo A, 100	Hernansanz F, 60	Repullo Labrador JR, 55, 66
Castaño Riera E, 103	Hurtado I, 70	Rodrigo Val MP, 30
Catalá López F, 63	Ibáñez B, 61	Rodríguez Artalejo F, 68
Cervera Casino P, 85	Imaz Iglesia, I, 50	Rodríguez Borja E, 100
Córdoba Doña JA, 32	Jiménez García R, 29	Ruano Raviña A, 22
Cózar Olmo JM, 35	Librero J, 61, 93	Ruiz Azarola A, 39
Delgado Sánchez A, 36	López Casanovas G, 43	Ruiz García V, 51
Espín Balbino J, 98	Lorenzo Martínez S, 91	Rubio Villegas C, 33
Eyalaral Riera T, 7	Marroquin EC, 13	Sánchez Robles GA, 107
Faubel R, 106	Martínez Pillado M, 99	Sanfélix Gemovés J, 52
Fernández Pereira L, 11	Martos Jiménez C, 34	Santos Ramos B, 83
Ferrer M, 26	Mira JJ, 56	Sarria Santamera A, 37, 84
Galán Rebollo A, 31	Moliner Lahoz FJ, 12	Segura A, 45, 87
Galeote Mayor M, 101	Navarro Pérez J, 88	Tebé Cordomi C, 53
García FM, 15	Obón Azuara B, 72	Trapero Bertrán M, 94
García Agua Soler N, 102	Oliva J, 58	Urbanos Garrido R, 97
García Ruiz A, 102	Ordovás Baines JP, 90	

## 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