

Número coordinado por Juan del Llano

Editoriales	
Reinversión y coste de oportunidad	3
¿Es tiempo para la “Real World Data based Medicine”?	6
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Ante la variabilidad de la cirugía es el momento (otra vez) para preguntar por lo clínico	10
Está claro: la tecnología de información (TI) impacta e impactará la sanidad y demanda de servicios médicos, más o menos	11
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
La supresión del copago en medicamentos cardiovasculares aumenta la adherencia y reduce las desigualdades raciales y étnicas	13
Reducción del uso de benzodiazepinas en mayores mediante intervenciones educativas en la farmacia comunitaria	14
La percepción de factores de riesgo de cáncer. Espacio para la educación y la prevención	15
Mejorar la información sobre las mamografías de cribado de cáncer de mama: más allá del lazo rosa	16
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Volumen de ingresos por urgencias y mortalidad: una relación inversa	17
El tamaño importa. La forma y el color también	18
Elementos para un debate informado	
La equidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: situación actual y perspectivas	19
Evaluación económica, eficiencia, costes	
¿Un AVAC es un AVAC es un...? Depende de la oportunidad y del tipo de resultado	23
Las tecnologías de la información aplicadas a la salud incrementan costes pero no mejoran resultados en salud	24
La contribución de los modelos para la decisión de reducción de dosis en pacientes con Artritis Reumatoide moderada en remisión	25
VHC: La posibilidad de “curar” miles de pacientes a un coste que el SNS no puede abordar	26
Gestión: instrumentos y métodos	
Oportunidades y desafíos de las aproximaciones adaptativas para el acceso al mercado de nuevas tecnologías	28
Telemedicina en Cuidados del Paciente Crítico: una solución para una gestión eficiente de la dotación de personal médico en las Unidades de Críticos	29
Impacto de la receta electrónica en el gasto farmacéutico	30
Resultados en salud e incentivos. La experiencia del “Advancing Quality Program” en Inglaterra	31
Política sanitaria	
Desigualdades, oportunidades y movilidad intergeneracional	32
Las paradojas de la redistribución	33
Políticas de salud y salud pública	
La asistencia sanitaria como determinante positivo de la salud	34
La vitamina D: algo más que huesos	35
Ver TV más de una hora al día favorece el sobrepeso y/o la obesidad	36
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Efectos de las solicitudes de medicación por parte del paciente. Las repercusiones del exceso de información	37
El resto es literatura	
El aire que respiramos	38

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-Valcarcel (Las Palmas)
Ildefonso Hernández (Alicante)
Jaime Latour (Alacant)
Félix Lobo Aleu (Madrid)
José J. Martín Martín (Granada)
Salvador Peiró (València)
Jaume Puig i Junoy (Barcelona)
Laura Pellisé (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 Altes (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 (Sevilla)
Ana Sainz (Madrid)
Pedro Saturno (Murcia)
Pedro Serrano (Las Palmas)
Serapio Severiano (Madrid)
Ramón Sopena (València)
Bernardo Valdivieso (València)
Juan Ventura (Asturias)
Albert Verdagué 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 Calidad Asistencial
Revista Española de Salud Pública
Revue Prescrire
Social Science & Medicine

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

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

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

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

Reinversión y coste de oportunidad

**José M^a Abellán, Carlos Campillo-Artero
y Juan del Llano**

En el artículo 3.1. de la Ley General de Sanidad (LGS) se afirma que: “Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”. No debe interpretarse con ello que el Sistema Nacional de Salud (SNS) tenga el mandato (la obligación) de colmar cualquier demanda de atención sanitaria, sino solo de prestar aquellos servicios que reporten unos beneficios (ganancias de salud) razonables a la población.

De lo anterior se deduce que todas aquellas tecnologías sanitarias que no proporcionen suficiente beneficio o que lo hagan solo muy marginalmente, bien porque sean ineficaces o inefectivas, innecesarias, inapropiadas o perjudiciales de hecho o potencialmente, no deberían formar parte de la cartera de servicios del SNS, simplemente porque no estarían obediendo al propósito del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades. Obviamente, esta conclusión de alcance sistémico es aplicable a todos los niveles de la gestión sanitaria, no solo a las decisiones de financiación pública de las prestaciones, sino también a las de distribución de recursos entre servicios, centros y niveles asistenciales (mesogestión), así como a la propia práctica clínica (microgestión).

Pero incluso la prestación de servicios sanitarios que sí son efectivos (que sí aportan valor clínico) no puede (ni debe) ampliarse indefinidamente. No puede, porque las *capacidades* del presupuesto público son inevitablemente limitadas, mientras que las necesidades son virtualmente ilimitadas. El reconocimiento tácito de este desequilibrio se vislumbra en el artículo 31.2 de la Constitución, donde se establece que: “El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos y su programación y ejecución responderá a los criterios de *eficiencia y economía*”. Es decir, si bien los recursos públicos no deben gestionarse únicamente atendiendo a criterios de eficiencia y economía (también deben responder a una *asignación equitativa*), hacer un uso ineficiente de ellos entraña un despilfarro, ya que, por definición, podrían tener un mejor destino alternativo, habida cuenta de que el presupuesto es finito. Es esta finitud la que confiere sentido al concepto de eficiencia económica o, lo que es lo mismo, al imperativo de establecer prioridades en la asignación de los recursos disponibles.

Conviene matizar, no obstante, que si bien es la salud el auténtico *output* sanitario, el valor social de las intervenciones médicas no se mide únicamente por el tamaño de dicho *output* (maximización de las ganancias de salud), sino también por la consecución de otros objetivos que la sociedad considera igualmente meritorios, concretamente la equidad (1), objetivo este explícitamente reconocido en la LGS (art. 3.2. y 3.3.) cuando dispone que: “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” y que “La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y so-

ciales”. De esta forma, cualquier estrategia o mecanismo de establecimiento de prioridades que se pretenda implantar no puede soslayar el canje existente entre mejoras potenciales de eficiencia y preservación de la equidad (2).

Que la forma tradicional de distribuir los recursos sanitarios (como el resto de los medios públicos por otra parte) responda a un patrón histórico que propende al incrementalismo (*lo mismo que el año pasado más un poco más*) camufla el coste de oportunidad de no hacer un uso eficiente de dichos recursos. Dicho coste de oportunidad (los beneficios que dejan de obtenerse por las oportunidades desaprovechadas) se hace patente, no obstante, ante una coyuntura como la actual marcada por el desafío que representa para España reducir a más de la mitad su cifra de déficit público en términos del PIB de aquí a 2016 (3). La consecución de la senda de consolidación fiscal hace perentoria –guste o no– la necesidad de hacer más con menos. En cualquier caso, incluso si el signo de los tiempos fuese otro, incluso si se dispusiese de presupuestos holgados, no sería razonable que la oferta de servicios sanitarios creciese descontroladamente. Y esto es así porque los beneficios marginales de las intervenciones sanitarias, aun cuando sean positivos, decrecen conforme estas se extienden (abarcando paulatinamente subgrupos de pacientes menos graves y, por tanto, que menos se benefician) y se intensifican (aumentando la frecuencia y dosis con que se indican). Ello sitúa a la práctica médica en la parte “plana” de la curva, allí donde la tasa de retorno de la inversión sanitaria (la ganancia de salud por euro gastado) es prácticamente nula.

Ante el desafío de sostener o incluso mejorar el output sanitario con menos recursos caben varias alternativas. Una, la menos aconsejable, consiste en practicar recortes, más o menos lineales, a lo largo de todo el presupuesto, o concentrarlos en aquellas partidas de las que resulta más “fácil” detraer recursos. Esta estrategia puede servir transitoriamente al propósito de minorar el crecimiento e incluso el volumen global del gasto sanitario, pero resulta inviable (o al menos muy costoso, social y políticamente hablando) aplicarla repetidamente y, en cualquier caso, ignorar el efecto que dichos recortes pueden tener sobre la calidad asistencial, pueden acabar resintiéndolo los resultados en salud.

Una segunda vía más refinada y conciliadora con el objetivo de promoción de la eficiencia consiste en implantar medidas de ‘contención de costes’ (4), esto es, medidas de minimización del despilfarro de recursos que pueda estar produciéndose en la provisión de los servicios sanitarios. Ejemplos de este tipo de ineficiencias técnicas o meramente productivas son los procesos erróneamente diseñados, la utilización de *inputs* excesivamente caros o la duplicación innecesaria de servicios (5). Hay que resaltar que (al menos en teoría) con este tipo de iniciativas ningún paciente es privado necesariamente de beneficio, simplemente se aborda su atención de un modo diferente. El problema es que si

los ajustes presupuestarios requeridos son de gran entidad, probablemente los ahorros que puedan conseguirse con esta vía no sean suficientes.

Queda, por último, una tercera vía, la denominada 'desinversión' o 'reinversión'. Si bien, como ha sido señalado por varios autores (6, 7), el término anglosajón *disinvestment* no implica de suyo cancelación o reducción de programas, servicios o tecnologías, ni pretende tampoco la búsqueda sin más de ahorros, no es infrecuente la publicación de estudios que únicamente identifican oportunidades de desinversión, pero no así potenciales candidatas a la reinversión de los recursos liberados (8). A este respecto, es preciso subrayar que la identificación y priorización de intervenciones total o parcialmente desfinanciables es solo una cara de la moneda de la genuina reinversión, la cual, tal y como destacan Campillo-Artero y Bernal-Delgado (7), requiere de un proceso explícito mediante el cual los recursos liberados por la supresión o reescalamiento de los servicios de menor valor clínico se destinan a financiar aquellos otros de más alto valor.

Con independencia de la nomenclatura, muchas veces empleada de modo indistinto, la desinversión debería reunir idealmente dos propiedades (9): en primer lugar, no es una apuesta a todo o nada, sino que debería considerarse en relación la indicación y los subgrupos de pacientes, y, además, aspira a que los fondos liberados por la supresión o reducción de una actividad sean reinvertidos en aquellos servicios que más pueden beneficiar a los pacientes.

Sin embargo, se ha avanzado bastante más en la identificación y priorización de tecnologías inefectivas o no coste-efectivas que en la reasignación de los fondos liberados en nuevos programas. Hay excepciones protagonizadas sobre todo por aquellos estudios que, en diferentes países, aunque particularmente en Canadá, han aplicado el método de la programación presupuestaria y análisis marginal o PBMA (también denominados análisis de impacto presupuestario y análisis marginal). Se entiende aquí por análisis marginal el destinado a estimar costes de oportunidad (10, 11, 12, 13, 14). Empero, la estrategia más extendida pasa por la elaboración de listas de intervenciones de bajo valor (15), como es el caso de la base de datos de recomendaciones *Do not do* del NICE, la elaborada en Australia en el marco de la revisión del *Medicare Benefits Schedule*, la impulsada por Fundación ABIM en Estados Unidos como contenido de la campaña *Choosing Wisely* o la lista de *Croydon* del Reino Unido.

Si bien en todos los países revisados hay ejemplos, más o menos tibios, de búsqueda de oportunidades de desinversión, en ningun-

no de ellos se dispone de un modelo estructurado de reevaluación de las tecnologías ya implantadas, con la excepción de España (16). Es el caso de la guía GuNFT desarrollada por OSTEBA, integrada supuestamente en la gestión del ciclo de vida de las tecnologías sanitarias en el País Vasco. No existe, sin embargo, información acerca del grado de utilización que se hace de ella ni de su impacto real. Se carece en cualquier caso en España de una estrategia de reinversión a escala nacional, lo que la sitúa a gran distancia en esta materia de países como el Reino Unido.

La inexistencia de la mencionada estrategia en España no deja de resultar paradójica, toda vez que, como se ha señalado (17), se cumplen los tres requisitos básicos necesarios para su despliegue:

- el mandato para hacerlo (recogido en el marco normativo vigente),
- la capacidad para identificar las tecnologías de bajo valor y orientar sobre la mejor práctica, y
- la capacidad para verificar el grado de utilización de dichas tecnologías y para monitorizar y evaluar los progresos de un potencial programa de reinversión.

Sin embargo, como indican los autores, las dos últimas capacidades no están operativas en el SNS. Existen los instrumentos para identificar y priorizar las tecnologías candidatas a desinversión (la guía GuNFT, la herramienta *PriTec*, el Programa de guías de práctica clínica en el SNS coordinado por GuíaSalud), así como para monitorizar en un futuro cercano la utilización de procedimientos de bajo valor por proveedor y área geográfica (a través del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS que se está construyendo) (<http://www.atlasvpm.org/avpm/>), pero se carece de un sistema que incardine todos estos elementos, como una actividad más, consustancial del aparato regulatorio, cuyos resultados tengan, además, un carácter vinculante.

La reciente creación del Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS debería servir, entre otras cosas, para impulsar un sistema de actualización de la cartera común de servicios del SNS que contemplase seriamente, no solo la preceptiva evaluación de cualquier nueva tecnología que aspire a ser incluida en dicha cartera, sino también la identificación de tecnologías candidatas a ser abandonadas o redimensionadas. Dicha tarea de identificación debería comenzar con las siguientes tecnologías:

- (1) las inseguras (con razones de riesgo-beneficio altas),
- (2) las que no se usen para tratar enfermedades graves,
- (3) las muy invasivas cuyo impacto en el paciente es alto (riesgo de efectos adversos, etc.),

VISITA EL BLOG DE GCS

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

- (4) aquellas cuya desinversión cause menos desconfianza y resentimiento entre pacientes y proveedores,
- (5) las que tienen alternativas efectivas claras, y
- (6) las de alto impacto presupuestario y las de baja repercusión en los recursos humanos dedicados a las que se dejan de financiar.

Asimismo, se urge acompañar estas medidas con el fomento de la utilización de las coste-efectivas que están siendo subutilizadas.

La campaña *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas de España* es, en teoría, una buena iniciativa, que puede acabar destilando un interesante catálogo de intervenciones médicas que deben evitarse. El desafío radica en que esas recomendaciones se implanten realmente y de forma efectiva; esto es, que trasciendan el papel del catálogo, mutando en acciones (más bien en inacciones, dado que precisamente se trata de 'no hacer'). Y aquí, en el terreno de la implantación, se precisa una actitud proactiva por parte de todos los actores implicados.

La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS tiene que articular un programa sistemático de reevaluación de tecnologías sanitarias que informe de cuáles son las tecnologías que deben evitarse al tiempo que se promocionan las buenas prácticas. Para conseguir esto no solo hay que identificar, priorizar y evaluar las tecnologías ya financiadas, sino también diseminar eficazmente la evidencia recopilada entre los clínicos, un problema, el de la diseminación de información, no exente de obstáculos e ineficiencias.

La exclusión de tecnologías de la cartera de servicios comporta costes. Para empezar políticos, motivo crucial por el cual cualquier programa de reinversión exige el convencimiento de los profesionales sanitarios. Y para convencer lo primero es modificar los flujos, el formato y los contenidos de la información que se dirige y llega a los médicos.

Por otra parte, y precisamente porque los costes de revertir decisiones previas de financiación pueden ser muy elevados, resulta fundamental favorecer una política de introducción de nuevas tecnologías que sea exigente e inteligente. Lo primero (la exigencia) previene frente a futuras (y costosas) reversiones. Lo segundo (la inteligencia) persigue minimizar el coste de oportunidad de no beneficiarse de inmediato de tecnologías prometedoras (aunque inciertas). No han de olvidarse dos errores regulatorios en que puede incurrirse en estas situaciones: el de tipo I (poner en el mercado una tecnología supuestamente eficaz y segura que no lo es), que afecta al productor, el tipo II (retrasar la aprobación y comercialización de una tecnología por considerarse erróneamente que no eficaz o segura, privando así a los pacientes de sus beneficios) y el tipo III (los costes de oportunidad asociados con ellos y su consustancial incertidumbre) (18, 19).

Hay que conectar con el diseño de una política inteligente de incorporación de nuevas tecnologías. Es necesario, pues, recurrir con mayor frecuencia a esquemas de aprobación y financiación selectiva y condicionada como los que se usan en otros países y a acuerdos de riesgo compartido como fórmulas de mitigación de la incertidumbre y de transferencia de riesgos a la industria.

En definitiva, más allá del compromiso de las sociedades científicas con la práctica de la medicina basada en la evidencia, la rein-

versión debería instalarse donde merece estar, donde más y mejores efectos puede lograr, en la ordenación de la cartera de prestaciones del SNS, y convertirse en un elemento consustancial y permanente –no circunstancial ni oportunista– de la regulación.

Se impone conocer a fondo los factores propulsores y limitantes en la implantación de programas de desinversión y la ulterior reinversión en el escenario de la práctica clínica real para que no añadamos una nueva asignatura pendiente al SNC español.

Referencias

- (1) Brouwer W, van Exel J, Baker R, Donaldson C. The new myth - The social value of the QALY. *Pharmacoecoon* 2008;26:1-4.
- (2) Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. *J Health Econ* 2001;10:21-41.
- (3) Ministerio de Economía y Competitividad. Actualización del Programa de Estabilidad 2013-2016. Reino de España. Disponible en: http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/programa_estabilidad_2013_2016.pdf.
- (4) Dionne F, Mitton C, Shoveller J, Peacock S, Barer M. How to control the costs of health care services. An inventory of strategic options. *Healthc Manag Forum* 2009;22:23-30.
- (5) Bentley T, Effros R, Palar K, Keeler E. Waste in the US health care system: A conceptual framework. RAND Corporation. *Milbank Quarterly* 2008;86:629-59.
- (6) Repullo JR. Taxonomía práctica de la "desinversión sanitaria" en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Cal Asist* 2012;27:130-8.
- (7) Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: Fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit* 2013;27:175-9.
- (8) Schmidt DE. The development of a disinvestment framework to guide resource allocation decisions in health service delivery organizations. MSc Thesis. British Columbia: The University of British Columbia; October 2012.
- (9) Elshaug A, Watt A, Moss J, Hiller J. Policy Perspectives on the Obsolescence of Health Technologies in Canada. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technology in Health; 2009.
- (10) Spenceley S, Halma L. Improving surgical service utilization - An application of program budgeting and marginal analysis. *Ambul Surg* 2002;10:37-44.
- (11) Mitton CC, Donaldson C. Tools of the trade: A comparative analysis of approaches to priority setting in healthcare. *Health Serv Manag Res* 2003;16:96-105.
- (12) Donaldson C, Bate A, Mitton C, Dionne F, Ruta D. Rational disinvestment. *QJM: An Int J Med* 2010;103:801-7.
- (13) Urquhart B, Mitton C, Peacock S. Introducing priority setting and resource allocation in home and community care programs. *J Health Serv Res Pol* 2008;13(Suppl 1):41-5.
- (14) Mitton C, Dionne F, Damji R, Campbell D, Bryan S. Difficult decisions in times of constraint: Criteria based resource allocation in the Vancouver Coastal Health Authority. *BMC Health Serv Res* 2011;11:169.
- (15) Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA* 2013;309:775-6.
- (16) Leggett L, Noseworthy TW, Zarrabi M, Lorenzetti D, Sutherland LR, Clement FM. Health technology reassessment of non-drug technologies: Current practices. *Int J Technol Assess Health Care* 2012;28:220-7.
- (17) García-Armesto, S, Campillo-Artero, C, Bernal-Delgado, E. Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System (2013) *Health Policy*, 110 (2-3): 180-185.
- (18) Eichler HG, Bloechl-Daum B, Brasseur D, Breckendridge H, Leufkers H, Raine J, et al. The risks of risk aversion in drug regulation. *Nature Revs Drug Discover* 2013;12:907-15.
- (19) Baldwin R, Cave M, Lodge M. Understanding regulation: Theory, Strategy and Practice. 2nd. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.

¿Es tiempo para la “Real World Data based Medicine”?

**García López J. L.
Juan del Llano Señaris**

¿Qué es la medicina basada en datos de práctica clínica?

La necesidad de información sobre los resultados en salud y el consumo de recursos en la práctica clínica real, fuera de la proporcionada por los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), ha sido una constante para todos los agentes que intervienen en la asistencia sanitaria. La heterogeneidad de los pacientes que son atendidos en la realidad, los sesgos de selección de tratamiento y las diferentes características del medio donde son asistidos, hace difícil que se reproduzcan en la práctica real los resultados alcanzados en las condiciones ideales de los ensayos clínicos. Esta información obtenida de la práctica clínica real es relevante y complementa la proporcionada por los ensayos clínicos aleatorizados. Aunque la información sobre efectividad podría obtenerse de forma más rápida y con menor consumo de recursos, estos estudios también están expuestos a sesgos que hay que conocer y manejar.

En 1999, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía (ISPOR) se preguntaba cómo deberíamos evaluar estos *real world data* (RWD) para facilitar la toma de decisiones basada en los costes y en los resultados de la práctica clínica real, disminuyendo el riesgo de sesgos (1). En 2003, el gobierno norteamericano dotó a su agencia para la investigación y la calidad de los cuidados en salud (Agency of Healthcare Research and Quality, AHRQ) de fondos para promover la investigación en efectividad comparada en el sistema Medicare. Otras iniciativas en el mismo ámbito se sucedieron en esos años no sólo en Estados Unidos, sino también en Europa (NICE, IQWiG, 2006). En respuesta a todas ellas, ISPOR ha promovido un grupo de trabajo para estudiar cómo es y cómo debería ser el uso de los *real world data* en la toma de decisiones de cobertura y reembolso (2). En este documento los expertos participantes definieron lo que eran *real world data* (RWD) como todos aquellos datos recogidos fuera de los ensayos clínicos aleatorizados y que provienen de la práctica real. El grupo de trabajo discutió sobre la importancia de los RWD, sus limitaciones, la necesidad de buenas prácticas en su registro y en su publicación, la necesidad de establecer un proceso explícito para su aplicación en las decisiones de cobertura y reembolso, la necesidad de considerar costes y beneficios en el registro, la necesidad de considerar la modelización en función de los RWD y de continuar el diálogo con todos los agentes implicados en la toma de decisiones basadas en este tipo de datos.

A finales del siglo pasado, la digitalización de las bases de datos de la literatura científica permitió una búsqueda bibliográfica más eficiente y la toma de decisiones basada en las mejores pruebas obtenidas de la lectura crítica de esta literatura. Este acceso efi-

ciente a la información científica, junto con los avances de los años previos fueron aspectos claves que facilitaron el movimiento de medicina basada en la evidencia. En septiembre de 2008, coincidiendo con el décimo aniversario de Google, un editorial de *Nature* llamaba la atención sobre el cambio tecnológico en el que estamos inmersos, ligado a los *big data*, o al desarrollo de las herramientas informáticas que permiten el procesamiento de grandes cantidades de datos para extraer conocimiento (3). El editorial planteaba la necesidad de promover un gran acuerdo para obtener los recursos que permitieran aplicar esa capacidad tecnológica a la investigación; del mismo modo, indicaba que los investigadores necesitaban modificar sus instituciones y sus prácticas para poder extraer todo el conocimiento de esa gran cantidad de datos, de lo que se había denominado “inteligencia comunitaria”.

Desde entonces, han sido muchas las iniciativas que han promovido el uso de *big data* para identificar cuáles son los resultados de salud en los pacientes, principalmente obtenidos a partir de las historias electrónicas u otras bases de datos administrativas o clínicas (bancos de imágenes, de electrocardiogramas, etc...). Entre ellas, el Instituto Big Data del Centro Li Ka Shing para la Información y el Descubrimiento en Salud de la Universidad de Oxford fue inaugurado por el Primer Ministro David Cameron el 3 de mayo de 2013, con £10 millones que serán gestionados por el Consejo de Educación Superior de Inglaterra. Adicionalmente contará con una donación de £20 millones del emprendedor chino y filántropo Li Ka Shing (5).

Estas inversiones son de gran importancia porque la capacidad de uso de los *big data* va más allá; los recursos digitales actuales permiten ofrecer una visión sin precedentes y continua de nuestras vidas y de nuestro comportamiento: dónde vivimos y trabajamos, nuestro nivel de actividad, los patrones de viaje, hábitos de compra, lo que comemos y bebemos, y las personas con las que interactuamos. Al vincular estos pentabytes de información en bruto a los registros de salud, datos demográficos e información genética, aseguramos nuevas oportunidades para descubrir los patrones de salud de la población, predecir las condiciones a largo plazo e identificar puntos de intervención, donde tradicionalmente no se había actuado. Este acceso a la información plantea oportunidades para la mejora en la prevención de enfermedades y como consecuencia de ello, para la reducción de costes sanitarios. Se ha estimado que utilizados los *big data* para promover la eficiencia y la calidad en el sistema sanitario de los Estados Unidos se podría generar un ahorro de más de 300 mil millones de dólares cada año, lo que reduciría el gasto sanitario de Estados Unidos alrededor de un 8 por ciento (datos 2010) (6). Hay que considerar también que el potencial transformador de los *big data*

parece mayor en aquellos países donde en la actualidad existe la menor cantidad de datos, y donde la gran mayoría de los seres humanos no tienen acceso a los sistemas hospitalarios avanzados (7).

Todos estos miles de millones de huellas digitales proporcionan a los científicos una nueva lente para examinar la sociedad en detalle de grano fino. Este nuevo método de observación de la conducta humana, a veces llamada “minería de la realidad”, fue identificado por Technology Review como una de las “diez tecnologías emergentes que podrían cambiar el mundo”, ayudando a medir, documentar, y en última instancia, a entender mejor la dinámica de la vida humana (8).

Riesgos y beneficios

Si bien el uso de *big data* promete muchísimo para mejorar los sistemas de salud, también hay peligros que deben ser evitados. Existen riesgos científicos ligados a una mala interpretación que puede causar daños graves y otros por el uso indebido de la información, derivados de poner tanta información personal en manos de las empresas o los gobiernos (7).

Llegados a este punto se hace necesario diferenciar los conceptos de *big data* y de *real world data*. Mientras que *big data* hace referencia a grandes cantidades de datos (habitualmente pentabytes o hexabytes), a veces no estructurados o parcialmente estructurados, que procesados permiten extraer conocimiento de la práctica real; los RWD, definidos por la ISPOR, como aquellos datos utilizados para la toma de decisiones no obtenidos desde ensayos clínicos aleatorizados y sí desde la práctica clínica real, no tienen que ser *big data* (por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado pragmático, un estudio observacional, etc...). Los *big data* a través del procesamiento de grandes cantidades de datos de diferentes pacientes, pueden facilitar el acceso a nuevo conocimiento, su diseminación, pueden ayudar a practicar una medicina personalizada integrando grandes cantidades de información, a veces compleja, de pacientes concretos (por ejemplo, información genética, molecular, etc...) y pueden facilitar la participación de los pacientes en los cuidados (4).

Coincidiendo con estos avances tecnológicos que facilitan el manejo de los datos provenientes de la práctica clínica, la crisis económica enfatiza la necesidad de conocer cuál es el impacto de la inversión sanitaria en resultados de salud en la práctica real, es decir, de un mayor conocimiento sobre la efectividad comparada

de las intervenciones que demuestran eficacia en los ensayos clínicos aleatorizados. La creciente complejidad de los pacientes, cada vez de mayor edad y con más comorbilidades, hace difícil la generalización de la información derivada de los ensayos clínicos aleatorizados; los pacientes incluidos en estos ensayos, que pueden llegar únicamente al 5% de los pacientes que atendemos, muestran con criterios de selección específicos, unas características muy alejadas de la población general de pacientes.

Los estudios observacionales basados en datos reales obtenidos de la práctica clínica diaria (*real world data*, RWD) no pueden sustituir los datos de seguridad y eficacia generados por los ECAs, pero pueden ayudar a mantener esos datos permitiendo comparaciones en el contexto de un entorno clínico real. Son necesarios, por lo tanto, RWD que complementen la información derivada de los ensayos clínicos, y que nos informen sobre cuáles son los beneficios y daños que están teniendo nuestras intervenciones en esos pacientes con comorbilidades en la práctica clínica real, para la toma de decisiones informadas por todos los agentes, en diferentes ámbitos, pero con el paciente en el centro del sistema. En tal sentido, en septiembre de 2011, la Asociación Británica de la Industria Farmacéutica (ABPI) (<http://www.abpi.org.uk/our-work/library/industry/Pages/Vision-for-Real-World-Data.aspx>) difundió un *White Paper* sobre RWD, demostración de valor y oportunidades para el Reino Unido (9).

¿Estamos hablando de un camino de ida que va de la eficacia a la efectividad con vuelta? ¿Estamos hablando de algo nuevo o es una extensión natural del movimiento de la medicina basada en la evidencia? El concepto de *Real World Data* (RWD) se ha definido como los datos que se recogen fuera de las restricciones controladas de los ensayos clínicos aleatorizados convencionales, con el fin de poder evaluar lo que realmente está sucediendo en la práctica clínica normal (9).

Tipología

Hay muchos tipos diferentes de investigación que se ajustan a la definición de estudios basados en RWD, dependiendo de diferentes diseños y fuentes de datos, lo que puede llevar a inconsistencias en la comunicación y la interpretación de sus resultados (2). Los proyectos basados en RWD pueden ser comparativos o descriptivos, retrospectivos o prospectivos, llevados a cabo en el ámbito de la atención sanitaria primaria o en la hospitalaria. La tabla 1 recoge las principales diferencias entre ECAs y estudios basados en RWD, recogidas por la literatura científica (9).

Tabla 1. Resumen de las diferencias entre ECAs y estudios RWD

Diseño	ECA	RWD
Tipo de estudio	Experimental/intervencionista	Observacional/no-intervencionista
Resultados	Eficacia, seguridad y calidad	Efectividad
Población	Restringida	Amplia y sin restricciones
Monitorización	Intensa	No es necesaria
Aleatorización y cegamiento	Sí	No
Costes	Altos	Más baratos

Entre las formas en las que pueden caracterizarse estos estudios destacan el tipo de variables empleadas, el tipo de diseño seleccionado y la fuente de datos utilizada (2).

Por tipo de variable resultado: puede ser clínica, económica o en relación a los resultados informados por los pacientes. Una desventaja de este enfoque es que proporciona grandes categorías, cada una de ellas con la combinación de varias fuentes de evidencia:

–*Resultados clínicos:* incluyen medidas biológicas de morbilidad y mortalidad.

–*Resultados económicos:* coste-efectividad, coste-utilidad...

–*Resultados informados por los pacientes:* cualquier información que provenga directamente de los pacientes acerca de una condición de salud y su tratamiento, incluyendo los síntomas, el estado funcional, su satisfacción con el tratamiento, preferencia y adherencia al mismo. Proporcionan la única voz directa que tienen los pacientes en el proceso de toma de decisiones en salud.

Por tipo de diseño: empleando las jerarquías tradicionales de la fuerza del diseño de la investigación, que proporcionan una clasificación útil basada en el rigor del diseño pero no ofrecen un panorama completo de los datos reales. El uso estricto de las jerarquías en la evidencia no puede dar un fiel reflejo de la calidad metodológica de los estudios o de la fuerza total de la base de datos. Los resultados de muchos ECAs no son generalizables a una población más amplia mientras que un estudio observacional riguroso puede resultar de gran utilidad en ciertas situaciones, siempre que los posibles sesgos se hayan abordado adecuadamente.

Por tipo de fuente de datos: el valor de esta clasificación radica en la identificación de fuentes de información. Se han encontrado 6 fuentes definidas en la literatura: suplementos de un ECA tradicional, grandes ensayos clínicos simples (también llamados ensayos clínicos prácticos o pragmáticos), registros, datos administrativos, encuestas de salud, registros electrónicos sanitarios y revisiones de historias clínicas. Un posible inconveniente de este enfoque es que representa una simplificación que no captura adecuadamente los importantes problemas de diseño dentro de cada fuente de evidencia.

Finalidad

Los objetivos de los proyectos basados en RWD van a variar según el periodo pre-y post-licencia de la tecnología médica que se esté evaluando. En el periodo de pre-aprobación, los RWD pueden ser utilizados para identificar la existencia de alguna necesidad clínica insatisfecha, describir las vías de atención y costes de los recursos. Pueden, por tanto, reducir la incertidumbre mostrada por la nueva tecnología en el momento de puesta en marcha, mediante la mejora de la información sobre los beneficios y riesgos, y el desarrollo de pruebas sobre su efectividad. Durante la fase de post-comercialización, pueden ser utilizados para demostrar el valor y la seguridad de una tecnología en el mercado, de forma acorde a las prioridades del sistema sanitario, las necesidades

del paciente y las agendas nacionales. En algunos casos, la recogida de los RWD puede ser esencial para satisfacer requisitos reguladores establecidos durante la aprobación condicional provisional concedida a la tecnología en evaluación.

En cuanto a la recolección de datos, es importante que los esfuerzos sigan unas prácticas de investigación bien establecidas. Éstas incluyen preguntas clínicas bien definidas, establecimiento de plazos para la duración de la recopilación de los datos, la realización de monitorización periódica para garantizar la calidad y la capacidad de respuesta a la pregunta de investigación y la limitación del tamaño muestral al mínimo necesario.

El principal obstáculo para la realización de estos estudios puede ser la dificultad en la obtención de las aprobaciones éticas para su desarrollo, aunque Faden et al en un reciente artículo en *New England Journal of Medicine* (10) abogan por la no necesidad de consentimiento informado por parte de los pacientes. Otras limitaciones encontradas son: la posibilidad de sesgo debido a la falta de aleatorización, necesidad de ser evaluados rigurosamente para identificar posibles sesgos y factores de confusión, ajuste de sus resultados por los factores de confusión antes de estimar el posible impacto de las intervenciones sobre los resultados en salud, evaluación de la calidad de los datos en entornos multicéntricos, por si existen diferencias en la captura de datos y el uso de diferente terminología para la codificación de las prácticas médicas.

Las diferencias en los pacientes y en los medios donde son atendidos con aquellos de los ensayos clínicos, dificultan la estimación de la efectividad de las intervenciones. Se puede decir que los RWD, y/o los *big data* en salud tienen el potencial de mejorar la toma de decisiones delante del paciente, porque pueden facilitar al médico aquella información sobre la práctica clínica real que le permite reducir su incertidumbre. Además, el uso de grandes bases de datos puede revolucionar la investigación, al permitir estudios observacionales de grandes dimensiones y en cortos periodos de tiempo. De hecho, en Julio de 2014, Alan Weil escribe una carta como editor de *Health Affairs* para presentar un monográfico de la revista sobre “*big data* en salud: una nueva era para la investigación y el cuidado del paciente”, en el que refiere, entre otras cosas, la importancia de la privacidad cuando la vigilancia que obliga a los gobiernos puede ser burlada, lo que lleva a que los pacientes muestren preocupaciones muy legítimas. Las consideraciones éticas que pudieran devenir en el uso de análisis predictivos para la asignación de recursos también son abordadas. La transparencia, la propiedad de los datos, quién hará beneficios con ellos y cómo se rendirán cuentas, son otros asuntos tratados (11). Con todo, se trata de una oportunidad para la colaboración entre la academia y la industria farmacéutica (12). En último término, los *big data* como fuente de RWD, en diferentes ámbitos y también en salud, pueden condicionar un aumento de la productividad ligado a las múltiples pequeñas aportaciones que proporcionan, favoreciendo con ellas el uso eficiente de recursos (13).

En definitiva, optimizando la metodología de recogida de la información para aumentar su fiabilidad y aplicabilidad, los RWD pueden ser una buena herramienta para demostrar el valor de las intervenciones terapéuticas (14).

Su situación hoy

Hay varios factores que facilitan el uso de los RWD en nuestros días: En primer lugar, en estos momentos hay un trabajo previo realizado que ha permitido sentar las bases para manejar con seguridad la incertidumbre y los sesgos asociados a la información proveniente de los RWD, y/o de los *big data*. A esto han contribuido las propuestas como CONSORT (15), PRISMA, STROBE (16), TREND (17), etc..., que han permitido que se establecieran los estándares para la comunicación de la evidencia proveniente tanto de los ensayos clínicos aleatorizados y de las revisiones sistemáticas como de los estudios observacionales. En segundo lugar, también se ha dado en estos momentos cambios tecnológicos que permiten el procesamiento de grandes cantidades de información, también en salud. Y, por último, la crisis económica que ha remarcado la limitación de recursos disponibles y la necesidad de hacer un uso eficiente de los mismos: en la atención sanitaria, en la investigación clínica y en la demostración de valor de los medicamentos para su autorización y fijación de precios.

Muchos proyectos de RWD están actualmente en marcha en todo el mundo, con el objetivo de acortar el *gap* de conocimiento entre la información de eficacia y seguridad de los ensayos clínicos aleatorizados, y los datos de efectividad y daño de esas mismas intervenciones en la práctica real. El uso de estos estudios sobre efectividad basados en RWD en la toma de decisiones, debe considerarse sólo si han sido conducidos siguiendo las guías de buena práctica clínica, de investigación y de publicación, permitiendo su lectura crítica con un análisis de los factores de confusión que facilite la evaluación de su validez.

Referencias

- (1) Hay J. Health Care Costs and Outcomes: How Should We Evaluate Real World Data? *Value in Health* 1999; 2 (6): 417-419.
- (2) Garrison LP, Neumann PJ, Erickson P, Marshal D, Mullins D, et al. Using real world data for coverage and payment decision: the ISPOR real world data task force report. *Value in Health* 2007; 10: 326-35.
- (3) Community cleverness required. *Nature* 2008; 455 (7209): 1.
- (4) Murdoch T, Detsky A. The Inevitable Application of Big Data to Health Care. *JAMA* 2013; 309 (13): 1351-1352.
- (5) Gibney E. Oxford big data centre to get £30 million. *The Higher Education*. 2013. May. <http://www.timeshighereducation.co.uk/news/oxford-big-data-centre-to-get-30-million/2003661.article>.
- (6) Manyika J, Chui M, Brown B, Bughin J, Dobbs R, Roxburgh C, Byers AH. Big data: The next frontier for innovation, competition, and productivity. McKinsey Global Institute. 2011 June. <http://www.mckinsey.com/search.aspx?q=big+data+in+health-care>.
- (7) Pentland A, Reid TG, and Heibeck T. Big Data and Health: Revolutionizing medicine and Public Health. Report of the Big Data and Health Working Group 2013.
- (8) Greene K. TR10. Reality mining. MIT technology review. 2008. April. www2.technologyreview.com/article/409598/tr10-reality-mining.
- (9) The Association of British Pharmaceutical Industry. Demonstrating value with real world data: A practical guide. London: Abpi; 2011.
- (10) Faden R, Beauchamp T, Kass N. Informed Consent, Comparative Effectiveness and Learning Health Care. *N Eng J Med*. February 20, 2014; 766-768.
- (11) Alan R. Weil. Big Data In Health: A New Era For Research And Patient Care. *Health Affairs* 2014; 33 (7): 1110.
- (12) Jain Sachin H, Rosenblatt M, Duke J. Is Big Data the New Frontier for Academic-Industry Collaboration? *JAMA* 2014; 311 (21): 2171-2172.
- (13) Schumpeter. Little things that mean a lot. Businesses should aim for lots of small wins from "big data", that add up to something big. *The Economist*. 2014; Julio 19th.
- (14) Wasserman M, Whitcher C. Optimizing real world data collection for comparative effectiveness and market access. *Value in Health* 2013; 16: A18 (PRM30).
- (15) Schulz KF, Altman DG, Moher D. for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *J Clin Epidemiol* 2010; 1-7.
- (16) Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke J. P. for the STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bull World Health Organ* 2007; 85 (11): 867-872.
- (17) Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, and the TREND Group. Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 361-366.

GCS EN LA RED

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

Ante la variabilidad de la cirugía es el momento (otra vez) para preguntar por lo clínico

Angulo-Pueyo E, Ridaio-López M, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Bernal-Delgado E.

Variabilidad y coste de oportunidad de las alternativas quirúrgicas en cáncer de mama. *Gac Sanit.* 2014 Jun; 28(3): 209-214.

Objetivo

Análisis de la variabilidad clínica y estimación del coste de oportunidad en el tratamiento quirúrgico conservador (tumorectomía y/o radioterapia) del cáncer de mama respecto al no conservador (mastectomía).

Método

Estudio observacional de las variaciones de la práctica quirúrgica (VPQ) a partir de altas del CMBD. Se incluyeron 45.593 altas de 199 áreas sanitarias. Los costes se calcularon de manera indirecta a partir del sistema de agrupación de pacientes All-Patient Diagnosis Related Groups (APGRD) y de forma directa a partir de los registrados por la Red Española de Costes Hospitalarios (RECH). Los casos fueron asignados al área geográfica de residencia de la paciente, estandarizados por edad y analizados a partir de estadísticos apropiados para áreas pequeñas. Los costes incluyeron los de la cirugía y los del tratamiento radioterápico y farmacológico. El coste de oportunidad se estimaba a partir de la evaluación de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) considerando una igual efectividad entre la cirugía conservadora más radioterapia y la cirugía no conservadora.

Resultados

Las tasas estandarizadas de cirugía conservadora vs no conservadoras fue de 6.08 y 4.35 sobre 10.000 habitantes, respectivamente, con un rango de variación de 2.95-3.11. El 9% se realizó mediante CMA pero en un tercio de las áreas no se registraron intervenciones ambulatorias. El coste de oportunidad de cirugía conservadora (más radioterapia) resulta inferior a la cirugía no conservadora. El coste medio directo de la cirugía conservadora fue un 6% superior (7.078 vs 6.161 euros, 510 euros de diferencia) respecto a la no conservadora. Con AP-DRG, la diferencia fue un 13% superior (9.036 vs 8.526, por tanto, 917 euros). El coste de oportunidad de la cirugía conservadora resultó inferior sobre la no conservadora a partir del 46% (por estimación) de utilización de la CMA según RECH o en un 23% en la estimación de costes indirectos.

Conclusiones

La cirugía conservadora mediante CMA aparece como la opción con menor coste de oportunidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, a partir de cierto umbral.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III-FIS y REDISSEC.

Correspondencia: eangulop.iacs@aragon.es

COMENTARIO

Esta nueva posología de la VPQ actualiza una investigación de 2002-2006 y constata que ha aumentado la cirugía conservadora con una disminución de su variabilidad vinculada a una mejora tecnológica. Alternativamente, ha aumentado en la cirugía no conservadora, la OCDE (1) se ha ocupado recientemente de la variabilidad en las tasas de cesárea, histerectomía, procedimientos cardiovasculares y prótesis traumatológicas (en especial, rodilla) constatando una disminución "variable".

La CMA, tiene dificultades como herramienta, desde su definición operativa de procedimiento ambulatorio, hasta la distinta inclusión de las intervenciones susceptibles de ser consideradas tales. De las tres letras del acrónimo, es la A de ambulatorización la que contribuye a una mejora del coste de oportunidad en este trabajo. Que más de un tercio de las áreas no registraron intervenciones en régimen ambulatorio, es un dato relevante.

Se imponen algunas "cautelos", como que la estimación de costes no tiene en cuenta reconstrucciones posteriores, lo que modificaría la estimación, sobre todo de la cirugía no conservadora, la distinta estimación que ofrecen los agrupadores respecto a los parámetros de la RECH y el hecho de que, efectivamente, hay más costes asociados según la perspectiva adoptada (calidad de vida u otros costes "sociales").

Que Wennberg me perdona, pero más allá de las evidencias sobre las variaciones, necesitamos hacer algo sobre la calidad de las indicaciones (que forma más eufemística de decir lo que no se quiere decir). Monitorizar algo no ayuda necesariamente a mejorar el problema y sus causas.

Se apuntan diferencias de hasta cuatro veces en la utilización de cirugía conservadora que no se justifica por las cargas de enfermedad. Es sabido que esas variaciones no tienen nada que ver con diferencias en las necesidades, por tanto, ¿quién está garantizando la adecuación de las indicaciones?

Necesitamos modelos de intervención que den continuidad a estas investigaciones. La variabilidad se vincula más al estilo de práctica o a formas locales de organización, que a una necesidad de pacientes. Respecto al estilo, puede ser útil una experiencia (1) para reducir cesáreas en 41 hospitales públicos. A través de la implementación de GPC, recuerdos diarios/semanales así como la implicación de la Sociedad Científica y otros actores, ha mostrado una reducción en la tasa de cesáreas en partos de bajo riesgo. Quizás, tras leer un reciente artículo (2), un director médico o un cirujano hastiado de constataciones ajenas sobre la variabilidad, podrán descubrir una forma más clínica de dar continuidad práctica a estos estudios sobre la variabilidad. ¿Por qué tiene más cesáreas en partos de bajo riesgo? Respecto a formas locales de organización (mejora el eufemismo anterior), existen experiencias (3) premiadas en las que se vinculan objetivos a la mejora de la adecuación y a la disminución de la variabilidad. En suma, este trabajo permite (otra vez) un argumentarlo "clínico" para mejorar la eficiencia.

Modesto Martínez Pillado

MADS Fundación Gaspar Casal-Universitat Pompeu Fabra.

(1) OECD. Geographic Variations in Health Care. What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? *OECD Health Policy Studies* 2014 http://www.oecd.org/spain/Geographic-Variations-in-Health-Care_Spain.pdf.

(2) Libro J, Peiró S, Belda A, Calabuig J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. *Rev Esp Salud Publica.* 2014 May;3(88):1-12.

(3) Martínez-Pillado M, Antón-García P, Arranz J, et al. Efectividad de una intervención para modificar la hospitalización inadecuada. 107-22; En: Fundación Signo, 3ª edición Premios Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2005.

Está claro: la tecnología de información (TI) impacta e impactará la sanidad y demanda de servicios médicos, más o menos

Weiner JP, Yeh S, Blumenthal D.

The Impact Of Health Information Technology And e-Health On The Future Demand For Physician Services. Health Aff Nov 2013 vol. 32 no. 11.

Contexto y objetivo

El desarrollo de la tecnología digital cambia la forma de relación de las personas, y también modifica la forma de organizarse de las mismas, tanto a profesionales y proveedores de servicios como a los pacientes y su entorno. Esto afecta al contexto clínico, y modifica la relación médico-paciente. El rango va desde aplicaciones móviles (“m-health”, p.ej. whatsapp), de aparición reciente y desarrollo en curso, al más genérico “e-health”, que incluye la historia clínica digital, cualquier tipo de comunicación electrónica (incluido el correo-e), la telemedicina, y en general, todo el sector de tecnologías de información (TI).

El impacto sobre la futura demanda de servicios médicos se prevé debido al aumento de la autonomía del paciente por autocuidados mediados por e-health, disminución de las visitas físicas debido a la e-comunicación y relación asincrónica; delegación de la atención a otros niveles de cualificación (p. ej. enfermería, de especializada a primaria); aumento de la productividad de los proveedores y de los profesionales.

Este estudio es una aplicación a la demanda de servicios generada a partir de un modelo teórico sistemático desarrollado por uno de los autores (1).

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura. Identifican 7.066 artículos y retienen 134.

Resultados

Agrupan la TI en cuatro niveles, y para cada uno de ellos revisan el efecto potencial de la tecnología sobre la demanda, la magnitud de la evidencia y el impacto que se pueda calcular sobre la demanda de servicios médicos. Las herramientas de e-health para el usuario (m-health, e-health) reducen la demanda por aumento de la autonomía. La evidencia es modesta en esta reducción, que sería menor al 5% al número de visitas o ingresos. Las tecnologías de comunicación reducen el número de visitas pero aumentan el número de interacciones, cambiando pues el tipo de trabajo. Cuando se integran bien en el entorno de la práctica pueden reducir hasta el 15-20% de las visitas, de lo que hay evidencias substantivas, siendo la reducción real del trabajo médico del 10% a expensas de un aumento del tiempo dedicado a la comunicación.

En telemedicina y asistencia remota encuentran evidencias substantivas de que ésta es efectiva en la disminución del número de encuentros cara a cara, aumento de la delegación de asistencia a niveles menores y menos especializados. Calculan que hasta un 15-20% de la asistencia puede prestarse en remoto, y que implica un aumento de la productividad.

En la digitalización de la información clínica detectan una disminución inicial de la productividad que se invierte en cierto plazo de tiempo, aumentando ésta con la eficiencia y la delegación.

Conclusiones

Hay una reducción genérica de un 10% de la demanda de servicios a los médicos estimable en un 10%.

COMENTARIO

El estudio es un intento honesto de dar una visión global, y de síntesis, acerca del impacto del mundo digital sobre la carga de trabajo facultativa médica. Resumiendo mucho: alrededor de un 10% en el contexto EEUU. Aquí está la clave y las limitaciones de la validez de este ejercicio en un contexto no-EEUU. Esta es su principal aportación.

La tecnología de forma genérica cambia la forma de organizarse, de trabajar y de vivir, pero dentro de un contexto social y económico. A efectos concretos, las dificultades de adopción y las potencialidades de aprendizaje a nivel de sistema dependen del contexto. Nuestra atención primaria, la francesa y la inglesa son social, organizativa y profesionalmente distintas, pero relativamente consistentes cada una de ellas. En EEUU la variación es la norma. Esto afecta a los patrones de adopción, existiendo un mercado real en los EEUU con sus problemas. En contextos de sistemas sanitarios europeos, en general los patrones de adopción son más homogéneos y centrados en el propio sistema, y tienen unas dinámicas específicas y distintas.

El estudio excluye al entorno hospitalario, una limitación importante, ya que el desarrollo de la TI y su explotación cambia las posibilidades de raíz. Por ejemplo, en un contexto como el español desde hace cierto tiempo los datos hospitalarios son accesibles en remoto desde las consultas de AP, ahora con dificultades técnicas (“ancho de banda”, lentitud) pero solucionables con el tiempo.

La adopción de la tecnología ahora mismo está en proceso creciente, por tanto la información disponible es la de los “early adopters”, que cambian de perfil según contexto. No se debe extrapolar en exceso la información disponible de ellos.

Otro aspecto que se apunta pero no se elabora es el de la formación en TI de los clínicos, y en general de la maestría en el dominio de las herramientas.

La TI ha venido para quedarse, genera y generará una magnitud de datos de crecimiento exponencial, y esto en algún momento producirá cambios de tipo disruptivos, como ya los está produciendo en otros sectores: el “big data”.

Además de la magnitud de la información, la tecnología resitúa a los actores, desdibujando los rígidos roles tradicionales de profesional, paciente-usuario, proveedor.

Ese artículo es indicativo de lo que sabemos del asunto: su confusión, dispersión, dificultades en conceptualizar, lo nebuloso de las proyecciones y estimaciones.

En palabras de los autores: “...este artículo no responde de forma completa a estas cuestiones. Sin embargo, nuestro análisis debiera dar luz sobre algunos temas y hacer progresar el debate...”. De alguna manera lo hace, nos plantea preguntas, con una sensación de mal definir, de que no está claro que sean las correctas ni las más provechosas, sensación conocida, y que sabemos que la vamos a seguir teniendo.

Jordi M. Gol-Freixa

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud “Carlos III”.

(1) Weiner JP. Doctor-patient communication in the e-health era. *Isr J Health Policy Res.* 2012;1(1):33.

1989-2014

25

AÑOS
FORMANDO
PARA EL CAMBIO

Curso Académico 2014-2015

26

MADIS

Master en Administració
y Direcció de Serveis Sanitaris

75 ECTS

Fecha Inicio: 27 de febrero 2015



barcelona
school of
management



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona



Información: www.fgcasal.org www.e-mads.org

Recepción de inscripciones: Flor Raigada Teléfono: 91 40162 19 e-mail: flor.raigada@fgcasal.org

La supresión del copago en medicamentos cardiovasculares aumenta la adherencia y reduce las desigualdades raciales y étnicas

Choudhry NK, Bykov K, Shrank WH et al.

Eliminating medication copayments reduces disparities in cardiovascular care. Health Affairs 2014; 33(5): 863-70.

Objetivo

Utilizar datos del ensayo MI FREE para evaluar si la supresión del copago para medicamentos con eficacia probada en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares en pacientes dados de alta del hospital después de haber sufrido un infarto de miocardio ocasiona efectos diferenciales según raza o grupo étnico.

Datos y método

Analizan datos de 2.387 pacientes del ensayo MI FREE (*post-myocardial infarction free Rx event and economic evaluation*) con autodeclaración de raza o etnia. Los pacientes, menores de 65 años, se clasifican en dos grupos según raza: 1.856 pacientes blancos y 531 pacientes no blancos. Las variables de resultado son: la adherencia (días de tratamiento del medicamento retirado de la farmacia respecto del número de días de tratamiento prescrito); las tasas de readmisión por evento vascular mayor o revascularización coronaria; y el gasto sanitario total, incluyendo tanto el gasto del propio paciente como del asegurador. Se trata de un análisis secundario de un ensayo clínico aleatorio sin aleatorización según raza o etnia. Se estiman modelos de regresión para todos los pacientes con un término de inter-

acción según tratamiento (sin copago)/control (con algún copago) y grupo racial o étnico, controlando, entre otros factores, por la renta.

Resultados

El grupo de pacientes no blancos, comparado con los blancos, presenta menor adherencia a los tratamientos considerados en el estudio, mayor probabilidad de complicaciones y mayor gasto sanitario total. La supresión del copago aumentó la adherencia de forma significativa en los dos grupos de pacientes para las estatinas y beta-bloqueantes. La supresión de copago redujo de forma significativa las tasas de readmisión en los no blancos pero no así en los blancos. Asimismo, la supresión del copago redujo el gasto en un 70% entre los pacientes auto-identificados como no blancos, sin observar reducción significativa en el grupo de pacientes blancos.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indican que la extensión de la cobertura aseguradora con supresión del copago para medicamentos cardiovasculares mejora la adherencia de todos los pacientes. La supresión del copago es significativamente más efectiva para reducir las tasas de eventos vasculares mayores y revascularización y gasto sanitario total en los pacientes auto-identificados como no blancos que en los blancos.

COMENTARIO

Se ha llevado a cabo un experimento aleatorio, del mismo tipo que el Rand HIE de los años setenta, para saber si la supresión del copago sobre la medicación de probada eficacia para pacientes que han tenido un infarto de miocardio es una medida útil para mejorar la adherencia al tratamiento y su salud. El experimento aleatorio MI FREEE (1) observa el comportamiento de cerca de seis mil pacientes después de ser dados de alta en el hospital con infarto de miocardio. A todos ellos se les ha prescrito una medicación continuada que ha demostrado ser muy eficaz para prevenir complicaciones: estatinas, betabloqueantes, e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), o bloqueadores de los receptores de la angiotensina. Los pacientes que participaron en el experimento fueron asignados al azar a un grupo con fármacos gratuitos mientras que los otros continuaban pagando su copago habitual, que en el caso de las estatinas era de alrededor de 25 dólares al mes.

El grado de cumplimiento del tratamiento, incluso en estos pacientes que han padecido un problema grave, es realmente bajo. En el grupo de los que pagan algún tipo de copago, sólo 40 de cada 100 cumplen con lo prescrito por el médico. Cuando dejan de pagar y obtienen los medicamentos gratis, mejora el cumplimiento, pero sólo son 44, cuatro pacientes más de cada 100, los buenos cumplidores. La aparición de eventos cardiovasculares y la necesidad de procedimientos de revascularización es un poquito menor, sólo un 2%, en el grupo de los que tienen medicamentos gratis. El mayor gasto en medicamentos gratis se ha compensado ligeramente con un menor gasto en otro tipo de atención. Llama la atención lo poco que se ha conseguido aumentar la adherencia al tratamiento en estos pacientes que han padecido un infarto de miocardio. Los resultados de esta explotación secundaria del MI FREE que aquí se

comenta aparentemente difieren de los anteriores sólo en la medida que en el grupo de pacientes auto-identificados como no blancos, un número reducido, se reducen de forma significativa los eventos cardiovasculares y revascularización, además de reducirse el gasto sanitario total, de manera que el aumento de la adherencia en este grupo sí se traduce en un beneficio neto. La razón se encuentra en las características y la selección del grupo de los no blancos: pacientes con menor adherencia que el resto y con mayor probabilidad de complicaciones y de ser pacientes de alto coste. O sea, una ganancia clínica y económica significativa para este grupo que tiene un punto de partida notablemente peor que el de los blancos. Es interesante observar cómo este resultado se mantiene cuando se corrige por la renta, si bien las diferencias en renta entre los dos subgrupos del ensayo no son demasiado acusadas, lo cual permite a los autores concluir que la supresión del copago en este caso es útil para reducir las desigualdades raciales y étnicas. Análisis secundario y tamaño muestral reducido dejan dudas sobre las causas de la ganancia clínica y económica observada.

El problema de la baja adherencia para tratamientos efectivos no se resuelve tampoco en ninguno de los dos grupos con la supresión del copago ya que, por ejemplo, el mayor incremento en la adherencia en el grupo de no blancos corresponde a las estatinas y sólo alcanza el 36,2%.

Jaume Puig-Junoy

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

(1) Choudhry NK et al. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 2011; 365: 2088-97.

Reducción del uso de benzodiazepinas en mayores mediante intervenciones educativas en la farmacia comunitaria

Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S.

Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Jun;174(6):890-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.949.

Antecedentes

Varios organismos recomiendan reducir el uso de benzodiazepinas en los mayores de 65 años como tratamiento para el insomnio. Su prescripción es inadecuada en muchas ocasiones y puede provocar déficits cognitivos o aumento del riesgo de caídas y fractura de cadera. Sin embargo, no se cuenta con suficiente información sobre la efectividad de diferentes intervenciones para reducir su uso, especialmente aquellas que tratan de implicar, potenciar y formar a los pacientes, catalizando las decisiones de desprescribir. Se pretende evaluar el impacto de una intervención educativa directa sobre pacientes mayores de 65 años, dirigida a reducir o interrumpir el uso de benzodiazepinas en el ámbito comunitario.

Método

Ensayo clínico pragmático aleatorizado por grupos (EMPOWER) en el que se seleccionan 30 farmacias comunitarias que fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de intervención o al grupo control. En todas, se obtuvo la lista de pacientes con prescripción de benzodiazepinas, excluyendo los pacientes con demencia, enfermedad mental o institucionalizados. El grupo intervenido recibió un material educativo con autoevaluación de los riesgos del tratamiento, presentación de evidencias y casos prácticos de autoafirmación, así como un protocolo para la reducción paso a paso a discutir con su farmacéutico o médico. Al grupo control solo se le informó que recibiría el material en un plazo de 6 meses, ocultando así la intervención a participantes, farmacéuticos y evaluadores de los resultados. Los resultados se evaluaron mediante los datos de prescripción y una entrevista telefónica personalizada.

Resultados

Un total de 261 participantes completó el seguimiento del estudio durante 6 meses. El 27 % del grupo intervención interrumpió el uso de benzodiazepinas, comparado con el 5 % del grupo control (IC del 95 %, 14-32 %). En un 11 % adicional se produjo una reducción significativa de dosis (IC del 95 %, 6 -16 %). La edad mayor que 80 años, el sexo, la duración del tratamiento, la indicación del mismo, la dosis, el intento previo de interrupción, y la polimedición (10 fármacos o más al día) no tenían un efecto de interacción significativo con la interrupción del uso de benzodiazepina, sugiriendo que el efecto es relativamente constante en diferentes tipos de pacientes.

Conclusiones

La información al paciente basada en la evidencia respecto a los riesgos del tratamiento con benzodiazepinas a largo plazo parece eficaz y segura para interrumpir o disminuir su uso excesivo. Posiblemente, el componente educativo dirigido directamente al paciente resulta fundamental en la efectividad de las iniciativas de desmedicalización, permitiéndole ser parte activa en la toma de decisiones.

Financiación: Canadian Institutes of Health Research.

Conflicto de interés: Declaran sendas ayudas de la Michel Saucier Endowed Chair in Pharmacology, Health, and Aging of the Faculty of Pharmacy of the Université de Montréal y del Fonds de Recherche en Santé de Québec.

Correspondencia: cara.tannenbaum@umontreal.ca

COMENTARIO

Las benzodiazepinas son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en España (1). Muchos pacientes, en especial la población anciana, los usan de forma crónica para combatir el insomnio a pesar de estar desaconsejadas. Los efectos adversos son más frecuentes e intensos en pacientes de edad avanzada como resultado de las modificaciones relacionadas con la edad, pluripatología, así como la polimedición (2). Hasta el momento no contamos con un enfoque eficaz para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas en ancianos. Este estudio muestra una nueva estrategia para el abordaje del problema: proporcionar información directa al paciente en un formato estructurado y facilitar su participación activa en el proceso. El papel de los profesionales sanitarios es fundamental para dar apoyo y alternativas a las decisiones, produciendo resultados prometedores y a tener en cuenta.

Es difícil estimar la aplicabilidad de este estudio en nuestro entorno, dadas las diferencias de contexto y disponibilidad de recursos. Para llevar a cabo la intervención en estos pacientes se requiere de tiempo y habilidades por parte de los profesionales implicados que no siempre están disponibles. Las expectativas en las intervenciones dirigidas a la toma de decisiones compartidas a veces han sido demasiado altas (3).

La campaña Choosing Wisely (4), promovida por el American Board of Internal Medicine (ABIM), está elaborando informes para consumidores

de sus recomendaciones sobre intervenciones de bajo valor y están siendo ampliamente difundidos. Ésta y otras iniciativas similares dirigidas a pacientes y población en general son interesantes y prometedoras en el marco de iniciativas para dejar de hacer y reducir medicalización innecesaria.

Eduardo Briones

Unidad de Epidemiología. Distrito Sanitario Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Mónica Maure

MIR Medicina Preventiva. UGC Medicina Preventiva y Salud Pública, Área Sevilla Sur.

(1) Sanz Álvarez EJ, De las Cuevas Castresana C, De Abajo, FJ. Uso de benzodiazepinas en España (1992-2006). Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Accedido 3 de agosto 2014. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf

(2) Bejarano Romero F et al. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2008; 40(12):617-21.

(3) Katz SJ, Hawley S. The value of sharing treatment decision making with patients: expecting too much? *JAMA.* 2013;310(15):1559-1560.

(4) <http://www.choosingwisely.org>

La percepción de factores de riesgo de cáncer. Espacio para la educación y la prevención

Sanz-Barbero Belén, Prieto-Flores María Eugenia, Otero-García Laura, Abt-Sacks Analía, Bernal Mariola, Cambas Naiara. Percepción de los factores de riesgo de cáncer por la población española. *Gac Sanit* 2014;28(2):137-145.

Contexto

El cáncer es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. La Organización Mundial de la Salud, estima que se podrían evitar algo más del 30% de muertes causadas por el cáncer modificando o eliminando los principales factores de riesgo conductuales, dietéticos y ambientales asociados a la enfermedad.

Objetivo

Analizar la percepción de la población española sobre la importancia de los factores de riesgo de cáncer y valorar en cuáles incidir, para tratar de disminuir el número de casos.

Métodos

Los datos fueron extraídos de OncoBarómetro 2010, base de datos poblacional representativa de la población española mayor de 18 años, no institucionalizada. El diseño del cuestionario fue realizado por la Asociación Española Contra el Cáncer y el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Los encargados de realizar las encuestas, de puerta en puerta, fueron los miembros del CIS durante noviembre y diciembre del 2010. La muestra la componían 7.938 sujetos de ambos sexos residentes en España. Se realizaron modelos de regresión logística para analizar la importancia que la población atribuye al tabaco, alcohol, radiación solar, alimentación, peso, enfermedades de transmisión sexual, historia familiar, exposición a radiaciones ionizantes, contacto con sustancias nocivas y contaminación atmosférica. Las respuestas fueron recogidas en una escala de 0 a 10, y categorizadas en importancia baja (0-6) y alta (7-10).

Resultados

El estudio muestra que el tabaco es el factor de riesgo que la población percibe como más importante en el desarrollo del cáncer (83%), seguido por la exposición a sustancias nocivas, la historia familiar de cáncer y la exposición a radiación solar, mientras que las enfermedades de transmisión sexual y el peso (26%) se encuentran en los últimos lugares. La probabilidad de percibir importantes los factores de riesgo estudiados es menor en los hombres, siendo significativos los relacionados con el alcohol, la exposición a radiación solar, las enfermedades de transmisión sexual, la historia familiar y la exposición a radiaciones ionizantes. Las recomendaciones de los profesionales sanitarios para prevenir el cáncer, la vulnerabilidad hacia la enfermedad, así como conocer algún signo o síntoma de cáncer, se asocian positivamente a percibir importantes los factores de riesgo.

Conclusión

Es necesario dar a conocer la asociación del cáncer con el sobrepeso y las enfermedades de transmisión sexual. Para promover estilos de vida saludables y los comportamientos preventivos resulta importante la intervención de los profesionales sanitarios para concienciar a la población. En su realización se precisa abordar estas estrategias con perspectivas equitativas, para evitar desigualdades en salud.

Financiación: Observatorio del Cáncer, Asociación Española Contra el Cáncer.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: bsanz@iscii.es

COMENTARIO

El cáncer es una enfermedad multifactorial debida al efecto combinado de factores genéticos y ambientales. Muchos de los factores de riesgo de cáncer relacionados con los estilos de vida y el ambiente pueden evitarse. Para intentar disminuirlos, se debe realizar una buena política de prevención primaria, invirtiendo recursos en una actividad educativa orientada a ampliar el conocimiento de la población, tanto en estilos de vida saludables como en factores de riesgo de cáncer. Sería importante centrarse más en algunos factores que en otros, destacando el sobrepeso y las enfermedades de transmisión sexual, así como en los hombres, para buscar estrategias orientadas a aumentar su percepción sobre estos factores (1, 2).

Prevenir en materia de salud ha dejado hace tiempo de ser una declaración de intenciones para convertirse en un objetivo de las líneas de actuación del sistema sanitario español, poniendo casi a la par la necesidad de mantener la salud y la de curar la enfermedad de la población. La información exhaustiva y también las campañas publicitarias van dirigidas al ciudadano y a su responsabilidad en el autocuidado (3).

Para resultar eficaz la educación para la salud no debe sólo preocuparse de los individuos sino también de grupos, organizaciones y comunidades. Para ello, es importante la colaboración entre los servicios de salud pública y los servicios de atención primaria, que posibilitaría la

reorientación comunitaria de las actividades de promoción y de protección de la salud. La promoción y la protección de la salud, impulsada por ambos servicios, ayudaría a incrementar la salud y evitar enfermedades (4).

La prevención puede contribuir a la sostenibilidad de un sistema sanitario universal, equitativo pero no infinito. En ella deberíamos trabajar todos, profesionales de la salud y ciudadanos.

Iván Sanz Falque

Área de gestión integrada de A Coruña, SERGAS.

(1) Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Vela Vallespín C, Nuin Villanueva M, Bartolomé Moreno C, Vilarrobí Estrella M, Melús Palazón E. (Grupo de expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud). Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl 4):24-41.

(2) Observatorio del Cáncer. Asociación española contra el cáncer (AECC). OncoBarómetro, percepción y conocimiento de factores de riesgo de cáncer. Disponible en: https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/OncoBarometro_conocimiento_factores_riesgo.pdf

(3) Losilla Domínguez M, Altisent Trota R. Ética de la prevención: ¿es mejor prevenir que curar? *AMF* 2010;6(9):498-504.

(4) Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):104-10.

Mejorar la información sobre las mamografías de cribado de cáncer de mama: más allá del lazo rosa

Gigerenzer G.

Breast cancer screening pamphlets mislead women. All women and women's organizations should tear up the pink ribbons and campaign for honest information. BMJ 2014;348:g2636 doi: 10.1136/bmj.g2636.

Marco

Puesto que “todos los cribados provocan daños y sólo algunos más beneficios que daños” (1), lo lógico sería dar abundante información y obtener el consentimiento informado al invitar a la población y a los individuos a participar en los mismos. También sería de esperar que los médicos relacionados con el cribado concreto tuvieran ideas, ventajas e inconvenientes para poder contestar a preguntas tipo: “Doctor, si sale un resultado anormal en la mamografía, ¿qué probabilidad hay de que sea un cáncer y de que el extirparlo sea beneficioso para mi salud?”.

Objetivo

El autor pretende estimular el buen hacer de quienes son responsables de los folletos que se entregan a las mujeres para incentivar su participación en los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama con mamografías.

Tipo de estudio

En este comentario se cuenta con el trabajo del propio autor acerca de las creencias de hombres y mujeres europeos sobre el cribado del cáncer de próstata y el de cáncer de mama y de la influencia de los folletos informativos (5). Son muchos los trabajos que demuestran las expectativas

excesivas e infundadas de las mujeres respecto a las mamografías. En su extremo, hay quienes creen que la mamografía es el tratamiento, en sí mismo. Y, en general, se acepta que las mamografías disminuyen la mortalidad, que “salvan vidas”. En este texto se emplea este conocimiento para criticar y sugerir mejoras de la información en lo que respecta a beneficios.

Resultados

El autor comenta cuatro presentaciones frecuentes de los beneficios de las mamografías en forma que no ayudan a tomar una decisión informada: 1/ sin dato alguno, con simples aseveraciones generales sobre las ventajas del cribado (tipo “la detección precoz del cáncer de mama salva miles de vidas cada año”), 2/ con datos sobre el riesgo relativo (tipo “el cribado de cáncer de mama disminuye en un 30% su mortalidad”), 3/ con datos sobre la supervivencia a los cinco años (tipo “si se detecta a tiempo, la supervivencia en el cáncer de mama es del 97%”), y 4/ con datos poco claros sobre el riesgo absoluto (se dan resultados sobre la reducción del riesgo absoluto en 10 años, pero se extrapolan a 25 años).

Financiación. No consta.

Correspondencia: gigerenzer@mpib-berlin.mpg.de

COMENTARIO

Los médicos suelen ser malos aliados en las cuestiones que implican probabilidades y valoración de riesgo, pues han sido formados y entrenados para “en caso de duda, castigar al reo”. Es decir, en sentido contrario al de los jueces, quienes tienen por lema “en la duda, favorece al reo”. Los médicos prefieren equivocarse por “exceso” antes que por “defecto”; en concreto, prefieren diagnosticar de más. El lema es “en caso de duda, diagnóstica” (2). Con esa lógica es de suponer que los médicos “gobiernen” mal la incertidumbre que generan los cribados, que muchas veces interpretan como métodos diagnósticos (no como métodos que permiten seleccionar a los pacientes a los que vale la pena aplicar métodos diagnósticos). Por ello, lo que desean los médicos es simplificar los mensajes, adoptar una actitud paternalista y no dudar de las ventajas que ofrecen los cribados. Pero los mensajes simples suelen ser mensajes equivocados, y contener y llevar a errores. Y eso es lo que sucede con los cribados poblacionales de cáncer de mama mediante mamografía. Llegan a decir: “En cinco palabras: La mamografía evita el cáncer”. Resulta además increíble esta sobresimplificación cuando siempre ha habido dudas sobre la efectividad del cribado del cáncer de mama con mamografía. No es cuestión nueva, pues ya se publicó en 1995 en *The Lancet* un excelente trabajo acerca de la irrelevancia de tal cribado (3). Casi veinte años después de la publicación de ese texto, con un debate constante, los resultados canadienses han venido de nuevo a demostrar el balance negativo entre daños y beneficios (4). Es hora de dejar de entretener con lacitos rosa a las mujeres, de empezar a tratarlas como personas con capacidad de decisión y de suministrarles información pertinente que les permita tomar decisiones autónomas.

NOTA. La respuesta a la pregunta de una mujer sana de 50 años que quiere dar su consentimiento informado en un cribado poblacional de cáncer de mama y piense hacerlo durante los 10 próximos años: “Doctor, si sale un resultado anormal sospechoso en la mamografía, ¿qué probabilidad hay de que sea un cáncer y de que el extirparlo sea beneficioso para mi salud?” sería: “Es cáncer de mama 1 de cada 10 imágenes anormales sospechosas en la mamografía. El cribado disminuye una muerte por cáncer de mama de cada mil mujeres sanas de 50 a 69 años mamografiadas (en lugar de 5 serían 4). Respecto a la mortalidad general por cáncer en ese grupo de edad, no hay diferencia entre las mujeres sanas que participan o no participan en el cribado con mamografía pues al final morirán unas 21 por cada 1.000”.

Juan Gérvas

Médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid.

(1) Gray M. New concepts in screening. *Br J Gen Pract.* 2004;54:292-8.

(2) Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* 2002;118(2):65-7.

(3) Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. *Lancet.* 1995;346:29-32.

(4) Miller AB, Wall C, Baines C, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five years follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* 2014; 348 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g366> (Published 11 February 2014).

(5) Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:1216-20.

Volumen de ingresos por urgencias y mortalidad: una relación inversa

Kocher KE, Haggins AN, Sabbatini AK, et al.

Emergency Department Hospitalization Volume and Mortality in the United States. *Annals of Emergency Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.06.008>.

Objetivo

Estudiar la relación entre volumen de ingresos desde urgencias y mortalidad hospitalaria.

Método

Estudio descriptivo, transversal con componentes analíticos, sobre pacientes hospitalizados por urgencias en USA a partir de la National Inpatient Sample de los años 2005-2009. Muestra de 2.960 hospitales y 17.554.356 casos, incluyendo 8 categorías diagnósticas: Neumonías, Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Sepsis, Infarto agudo de miocardio (IAM), Enfermedad Cerebrovascular aguda (ACV), Fallo respiratorio, Hemorragias digestivas y Fallo renal agudo (IRA). El volumen de casos hospitalizados desde el servicio de urgencias se agrupó en quintiles según el rango de hospitalizaciones por urgencias del hospital asociado, distribuyendo de igual manera el número de pacientes atendidos en cada quintil. La mortalidad se estratificó en dos categorías: (1) temprana, en las primeras 48h del ingreso y (2) en cualquier momento durante el ingreso.

Análisis de regresión logística multivariante incluyendo en el modelo variables de ajuste (demográficas, comorbilidades, día de semana, tipo y tamaño de hospital). La medida de asociación fue la Odds Ratio, con Intervalos de confianza del 95%. Sendos análisis de sensibilidad consideraron (1) un mínimo de 500 ingresos por urgencias y 10 casos clínicos por categoría diagnóstica, y (2) generaron los quintiles según igual distribución del número de hospitales.

Resultados

Los hospitales con menos presión asistencial atienden a pacientes mayores, mientras que los que reciben a más pacientes, atienden a un porcentaje mayor de individuos de raza negra y del Medicaid. Estas distinciones reflejan diferencias locales y regionales en la organización y la atención sanitaria. Hay diferencias entre centros, respecto de las comorbilidades, pero no se encontró un patrón claro.

La mortalidad ajustada desciende de diferente manera según el diagnóstico clínico estudiado. Para procesos con tasas de mortalidad elevada (sepsis, IAM, IRA, ICC), se produce un descenso en escalera, desde los hospitales con menor número de pacientes a los de mayor número. En el caso de las Neumonías y sangrados intestinales, las diferencias sólo se aprecian en las categorías extremas. La diferencia mayor se encuentra en el caso de la sepsis entre hospitales que atienden mayor volumen, tasa de mortalidad ajustada, 15,2% [IC95% 14,6-15,8] y los que tienen menor número de casos, 20,8% [IC95% 20,3-21,4]. La menor corresponde a la neumonía, 0,2% [IC95% 0,1-0,6]. Considera la mortalidad ajustada global, la diferencia según el volumen de pacientes atendidos es del 0,4% [IC95% 0,3-0,6], entre los centros que atienden mayor y menor número de casos. Cuando el volumen de pacientes se considera una variable continua se relaciona significativamente ($p < 0,001$) con la mortalidad ajustada para todos los diagnósticos estudiados, salvo para la Neumonía.

En el caso de la Sepsis, la probabilidad de morir es menor en los hospitales que atienden a mayor número de pacientes [OR(IC95%):0,62(0,58-0,67)], manteniéndose esta tendencia cuando consideramos la mortalidad temprana. En la ICC la diferencia en el caso de la mortalidad durante todo el ingreso, es de un 33% menor: [OR(IC 95%):0,71(0,61-0,82)], y de un 29% [OR(IC 95%):0,71(0,61-0,82)] en el caso de la mortalidad temprana. La mortalidad e IAM considerando todo el ingreso es un 33% menor [OR(IC 95%):0,67(0,61-0,73)] en el caso de los hospitales que manejan más casos y un 34,5 menor cuando se considera la mortalidad temprana [OR(IC 95%):0,66(0,59-0,73)]. Tras la realización de los análisis de sensibilidad los hallazgos fueron similares.

Conclusión

Hay una relación inversa entre el volumen de pacientes ingresados desde Urgencias y la mortalidad hospitalaria.

Financiación y conflictos de interés: Declaran su inexistencia.

COMENTARIO

La relación entre el volumen de casos y los resultados sanitarios ha sido estudiada como elemento del proceso de planificación de los servicios. En Urgencias se ha estudiado el volumen de casos atendidos y la mortalidad durante el ingreso hospitalario para sepsis (1), hemorragias gastrointestinales (2) y EPOC (3).

Este trabajo aporta nuevas evidencias de que a mayor número de pacientes atendidos, menor tasa de mortalidad, estudiando esta relación para 8 diagnósticos clínicos agudos y graves, como motivo de atención en Urgencias, mediante un estudio con un elevado número de casos, recogidos a lo largo de 5 años, ajustando la tasa de mortalidad por variables "a priori" implicadas en el resultado.

Entre las hipótesis explicativas está la selección de hospital por pacientes y profesionales basada en el prestigio del mismo, lo que supondría mayor experiencia en la atención consecuencia de la curva de aprendizaje (1) (4). Para ciertos procedimientos y condiciones clínicas sí parece demostrarse esta relación inversa entre casos atendidos y resultados en salud, pero la magnitud de la asociación varía, según el procedimiento o proceso clínico considerado.

Aunque estos resultados son de trascendencia para la Gestión Clínica y Sa-

nitaria, deben tomarse con ciertas cautelas para la Política Sanitaria, porque incluso existiendo esta asociación, el volumen no tiene porqué predecir los resultados para un hospital concreto.

Ya que resulta factible, sería deseable y pertinente replicar este estudio en nuestro medio, dado el diferente estilo de práctica clínica y la práctica existencia de "mercados cautivos".

Patricia López Pereira

Jesús M. Aranaz Andrés

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

(1) Powell ES, Khare RK, Courtney DM, Feinglass J. Volume of emergency department admissions for sepsis is related to inpatient mortality: results of a nationwide cross-sectional analysis. *Crit Care Med*. noviembre de 2010;38(11):2161-8.

(2) Ananthakrishnan AN, McGinley EL, Saeian K. Higher hospital volume is associated with lower mortality in acute nonvariceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc*. septiembre de 2009;70(3):422-32.

(3) Tsai C-L, Delclos GL, Camargo CA. Emergency department case volume and patient outcomes in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. junio de 2012;19(6):656-63.

(4) Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med*. 17 de septiembre de 2002;137(6):511-20.

El tamaño importa. La forma y el color también

Kesselheim AS, Bykov K, Avorn J, Tong A, Doherty M, Choudhry NK.

Burden of Changes in Pill Appearance for Patients Receiving Generic Cardiovascular Medications After Myocardial Infarction Cohort and Nested Case–Control Studies. *Ann Intern Med.* 2014;161:96-103.

doi:10.7326/M13-2381.

Antecedentes

Los medicamentos genéricos de diferentes fabricantes pueden variar en color o forma. El intercambio entre estos productos farmacéuticos puede alterar e interrumpir el uso de medicamentos.

Objetivo

Determinar si la no persistencia terapéutica en los pacientes con enfermedades cardiovasculares después de un infarto de miocardio (IM) se asocia a los cambios en el uso de medicamentos genéricos. Se entiende por “persistencia terapéutica” el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción del tratamiento (1).

Diseño

Cohorte y estudios de casos y controles anidados. Los controles provienen de la base de datos nacional de medicamentos con receta de seguros médicos.

Sujetos

Pacientes dados de alta tras hospitalización por IM entre 2006 y 2011, que iniciaron el tratamiento farmacológico con medicamentos genéricos pertenecientes a los grupos terapéuticos: beta-bloqueantes, IECAs/ARA II o estatinas. Casos: pacientes que interrumpieron su medicación durante al menos 1 mes; Controles: pacientes que continuaron el tratamiento.

Ambos fueron emparejados según clase terapéutica, número de dispensaciones anteriores, falta de persistencia, sexo y edad.

Medidas

Cálculo de las tasas de cambios (en el color y forma de píldora) durante un año después del IM. A continuación, se evaluó si había tenido influencia los cambios (color, forma o ambos) en la no persistencia de los tratamientos. Las probabilidades de discordancia entre los casos y controles se compararon mediante regresión logística condicional.

Resultados

El 29% de los pacientes (3.286 de 11.513) tuvieron un cambio en la forma de pastillas o de color durante el estudio. Las estatinas presentaron la mayor cantidad de cambios en la apariencia, mientras que los betabloqueantes tuvieron la menor cantidad. Las probabilidades de que exista una falta de persistencia en los pacientes de casos aumentó en un 34% después de un cambio en el color de la píldora (odds ratio ajustada, 1,34 [IC 95%, 1,12-1,59]) y el 66% después de un cambio en la forma de píldora (odds ratio ajustado, 1,66 [IC , 1,43-1,94]).

Conclusión

La variación en la apariencia de los medicamentos genéricos se asocia con el uso no persistente de estos medicamentos esenciales después de un IM en los pacientes con enfermedad cardiovascular.

COMENTARIO

Alguno de nuestros políticos (también sanitarios) deberían haber oído más las canciones de Paco Ibáñez o leer a Goytisolo. Allí por el año 2003 en un congreso sobre medicamentos genéricos (2) acuñamos por vez primera el término de *bioapariencia* refiriéndonos a que los distintos genéricos de un mismo principio activo tuviesen misma forma, color y tamaño que el medicamento original.

En este artículo, el segundo de una saga (3), se demuestra una vez más la asociación entre los cambios en la apariencia de la píldora y la falta de adherencia a los medicamentos, y esto tiene importantes implicaciones para la salud pública. Aunque en el estudio se sugiere la necesidad de que los médicos y los farmacéuticos actúen de forma proactiva sobre los pacientes informándoles acerca de la posibilidad de estos cambios (y tranquilizarlos en el sentido de que los medicamentos genéricos son intercambiables clínicamente) y no debería importar el color, tamaño y forma de la pastilla, lo cierto es que este estudio (también lo hacía el anterior) revela que el cambio de la forma o el color de las pastillas es uno de los grandes impedimentos en la adherencia de los enfermos a su tratamiento. Aumentando la tasa de abandono en un 66% cuando cambió la forma de las pastillas que el paciente solía tomar, y aumentó en el 34% cuando se modificó el color de estas píldoras.

Se pone claramente de manifiesto algo que muchos hemos discutido, batallado, luchado, lidiado y fracasado, la *bioapariencia* (misma forma, color y tamaño que el medicamento original). Algunos pensábamos y aún seguimos erre que erre (4, 5) 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 fantástica “diferenciación de producto”.

El cambio en la forma, color o tamaño de los medicamentos puede generar confusión entre los pacientes a la hora de tomar sus tratamientos. O lo que es lo mismo, olvidarse de tomarlos o equivocarse de medicamento, lo que resulta en una menor adherencia terapéutica, especialmente en algunos subgrupos de población, y puede ocurrir tanto para los medicamentos de marca como para los genéricos. De otra parte, también puede existir un problema de seguridad por duplicación de tomas de un mismo principio activo de diferentes presentaciones.

Los investigadores reconocen que la adherencia a la medicación es un problema de múltiples facetas, pero sugieren que tomar medidas para permitir (o incluso exigir) la similitud de apariencia entre píldora de marca y genéricos bioequivalentes pueden ofrecer una forma relativamente sencilla de contribuir a una mejor adherencia.

Antonio J. García Ruiz
Nuria García-Agua Soler

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

(1) Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria* 2009;41(6): 342-348.

(2) Sánchez F y García AJ. Jornadas sobre Genéricos. Fundación HEFAME. Murcia, 2003.

(3) 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 Feb 11;173(3):202-8. doi: 10.1001/2013.jamainternmed.997.

(4) Sí, pero... algunos son más iguales que otros. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008; 10(4): 131.

(5) Don Erre que Erre: de vuelta con la bioapariencia. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2013;15(34): 43.

La equidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: situación actual y perspectivas

Rosa Urbanos, UCM.

Eficiencia y equidad son los pilares centrales de la intervención pública en cualquier ámbito. Ambos criterios son los que justifican, y los que a su vez permiten valorar, la actuación colectiva en la economía y, por consiguiente, también en el mercado de cuidados sanitarios. La importancia relativa que se concede a cada uno de ellos depende de forma importante de cuestiones ideológicas, pero también del contexto socioeconómico que se vive en cada momento. En algunos casos, además, la propia naturaleza del área de intervención otorga una relevancia especial a alguno de estos dos criterios. Esto es lo que ocurre con la equidad en el área de la protección social y particularmente de la salud, considerado como un bien de los llamados “preferentes”. Los objetivos de equidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS) aparecen expresados en la legislación en términos de igualdad en el acceso a las prestaciones y de reducción de las desigualdades en salud (1). Aunque las desigualdades injustas pueden analizarse desde una perspectiva geográfica, muy relevante en un sistema altamente descentralizado como el español, en este editorial nos referiremos casi exclusivamente a la dimensión personal de la equidad. El objetivo del texto consiste en analizar hasta qué punto durante los años de la presente crisis económica nos hemos acercado (o no) al logro de los objetivos de equidad del SNS y en indicar, a partir del repaso de una parte de la evidencia científica reciente, qué perspectivas cabe esperar en este sentido. Para ello revisaremos cuál ha sido la evolución en los últimos años de algunos de los indicadores que nos aproximan a las distintas dimensiones de equidad.

Equidad en el acceso y “acceso efectivo”

Listas y tiempos de espera son indicadores clásicos de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias. De acuerdo con la información que suministra el propio Ministerio de Sanidad (2), el número de pacientes por 1.000 habitantes en lista de espera quirúrgica pasó de 9,19 en diciembre de 2008 a 12,34 en diciembre de 2013. También se registró un incremento en el porcentaje de pacientes con espera superior a 6 meses entre 2010 y 2013 (en este caso no se dispone del dato de 2008) del 5,41% al 14%. Por último, el tiempo medio de espera creció, entre 2008 y 2013, de 71,44 días a 98. En lo que respecta a las consultas externas, el número de pacientes en espera por 1.000 habitantes pasó de 37,5 a 39, el porcentaje de pacientes con cita a más de 60 días del 37 al 39%, y el tiempo medio de espera de 59 a 67 días. Aunque el acceso a estos servicios se ha visto, según los datos, dificultado en los últimos años, carecemos de evidencia acerca del impacto que esta evolución ha podido tener entre los distintos grupos sociales. Algunos trabajos (en España y otros países) su-

gieren la existencia de un gradiente social en los tiempos de espera, que implica que los individuos con mayor nivel de renta (y, sobre todo, con mayor nivel educativo) tienden a esperar menos para ser atendidos por el sistema de salud (3, 4). Además, estos resultados no se explican por el hecho de que los pacientes más pudientes tengan la opción de acudir al sector privado para evitar la espera, pues el gradiente se observa incluso dentro del ámbito público. Otro indicador de acceso relacionado con los anteriores, el porcentaje de población que declara tener necesidades médicas no cubiertas de diagnóstico o tratamiento (ya sea por el problema de las listas de espera o por otros motivos: coste de la asistencia, lejanía, etc.) también registra un cierto incremento entre 2008 y 2012, según la información que aporta Eurostat (5). Además, se observa que dicho incremento se concentra en los quintiles de menor nivel de renta. Aunque debe señalarse que los porcentajes son, en cualquier caso, muy reducidos, en el quintil de renta más bajo la proporción de población con necesidades sin cubrir pasa del 0,2 al 0,8%; en el segundo quintil de menor renta el porcentaje aumenta del 0,2% al 0,5%, y en el tercer quintil se pasa del 0,1 al 0,5%. No sucede lo mismo, en cambio, entre la población socialmente más favorecida con dificultades de acceso, que se mantiene estabilizada en torno al 0,1%.

Es lógico pensar que los recortes presupuestarios que se han producido en los últimos años están detrás del empeoramiento de los datos mostrados, dado que los menores recursos se han traducido en una menor actividad asistencial. Por otra parte, las reformas introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012 (6) también han supuesto algunos obstáculos al acceso, particularmente para quienes se han visto excluidos de la cobertura pública (inmigrantes irregulares, colectivo ya de por sí vulnerable, y algunos no cotizantes). En lo que respecta a la reforma del copago, la extensión del mismo a los pensionistas, el aumento en el porcentaje de aportación para los activos con más de 18.000€ de renta anual y la desfinanciación de un conjunto amplio de fármacos, obviamente representa un obstáculo al acceso en tanto en cuanto el precio aumenta, aunque por el momento no sepamos cuáles son sus efectos distributivos, ni su impacto sobre el acceso a medicamentos según su efectividad, ni por tanto su impacto sobre la salud de la población. Pero sí tenemos información acerca de que el gasto medio en fármacos y productos sanitarios de las familias ha aumentado, de media, entre 2012 y 2013. Así, la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2013 indica que, pese a que el gasto medio por hogar se redujo en el año anterior un 3,7%, el gasto en medicamentos creció una media de 34€ (un 9,2%) (7). También sabemos que, al no existir un tope máximo a la aportación anual de los activos al coste de los medicamentos, el copago tiende a comportarse como un impuesto sobre la enfermedad, que pese al diseño por tramos de renta puede suponer una carga difícil de

asumir para muchas familias. Por otra parte, y a pesar de que la reforma del copago ha conseguido reducir significativamente el nivel en el número de recetas, tras los 10 primeros meses de implantación de la medida parece volver a recuperarse la tendencia al crecimiento previa a la puesta en marcha del Real Decreto (8). En lo que respecta al uso de servicios sanitarios como indicador de acceso “efectivo” a las prestaciones, aún sabemos muy poco sobre cómo la crisis está impactando en la equidad, entendida como igualdad de utilización a igual necesidad (con independencia del nivel de renta). Existe abundante evidencia (en España y en otros países), que muestra cómo los individuos de menor nivel de renta tienden a utilizar los servicios de atención primaria por encima de lo esperado (ajustando por necesidad), y por debajo cuando se trata de servicios de carácter especializado (habitualmente consultas al médico especialista, pero en ocasiones también ingresos hospitalarios) (9). Un análisis reciente, incluido en el último Informe SESPAS (10) (referencia obligada para quienes deseen saber más sobre las relaciones entre crisis y salud), muestra que, si bien se ha producido una reducción en la utilización de servicios sanitarios públicos entre 2006 y 2011-12, esta disminución no parece haber tenido un impacto diferencial por clases sociales (11). Aunque los signos de las estimaciones indican que los individuos de menor clase social podrían ver ligeramente facilitado su acceso efectivo a las consultas al médico general del SNS, y obstaculizado el acceso al médico especialista (reforzando de este modo las pautas de inequidad previamente señaladas), no parece que el efecto sea estadísticamente significativo. Sí lo es, en cambio, el impacto de la crisis sobre la reducción del uso de servicios dentales excluidos de la cobertura pública, que claramente perjudica a los individuos de menor clase social. No obstante, no podemos decir que en este caso se incumplan los objetivos de equidad del sistema, puesto que al tratarse de una prestación excluida de la financiación pública queda fuera, en principio, de los compromisos de equidad adquiridos por los responsables públicos.

Equidad de resultado: desigualdades en salud

Antes de examinar la evidencia disponible acerca del impacto que la crisis puede estar teniendo en las desigualdades en salud, conviene a mi entender repasar brevemente sus efectos sobre la evolución de los indicadores de salud más habituales, sin atender a su distribución. Varios estudios muestran que la mayor parte de los indicadores de salud han seguido registrando mejoras durante los años de crisis, de manera que la esperanza de vida al nacer ha continuado aumentando desde 2008, y las tasas de mortalidad estandarizadas por edad han seguido reduciéndose (12, 13). Tan solo cabe señalar dos excepciones: las tasas de mortalidad materna, que experimentan un cierto repunte entre 2007 y 2008, y las tasas de mortalidad por suicidio, que siguen la misma pauta si bien a partir de 2008 vuelven a reducirse, para en 2010 situarse en niveles inferiores a los de los años previos a la crisis (12).

De hecho, en algunos casos se comprueba que el descenso en las tasas de mortalidad es más intenso precisamente a partir del comienzo de la crisis económica: así sucede en lo que respecta a las muertes debidas a accidentes de tráfico, pero también a las vinculadas con enfermedades cardiovasculares o genitourinarias (13). Se ha argumentado que en época de crisis se reducen los gérmenes en circulación, la calidad medioambiental aumenta, y se reducen algunos riesgos asociados a la actividad económica (accidentes laborales, de circulación, menor estrés, etc.) (12). Los indicadores de salud percibida muestran un patrón similar: comparando con los momentos de crecimiento económico, hoy la proporción de población que declara percibir su salud como buena o muy buena es más alta, aunque en este caso se tenga la sospecha de que durante una recesión intensa la salud pasa a ocupar una posición de menos relevancia en el ranking de preocupaciones de la gente, lo que podría ayudar a explicar esta tendencia (14). Una vez revisados los efectos de la crisis sobre la salud, centrémonos en el modo en que la desigualdad en salud está evolucionando. En la clausura de las Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud 2013, Eddy van Doorslaer (autoridad mundial en temas relativos a la desigualdad y equidad sanitarias), mostró cómo los índices de desigualdad en salud relacionada con la renta se habían reducido en España entre 2008 y 2011, al contrario de lo que había sucedido en otros países fuertemente golpeados por la crisis, como Grecia y Portugal. Su trabajo arrojaba como resultado que esa reducción de la desigualdad era debida a que los mayores de 65 años mejoraban su posición en el ranking de renta, mientras que los adultos jóvenes tendían a empeorarla, tanto por la disminución relativa de las rentas salariales como por la caída de rentas de los desempleados (15). Un trabajo de ámbito europeo (16) también muestra una evolución favorable en España de las desigualdades sociogeográficas en salud (índices de Gini de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer para las 19 áreas geográficas en que se divide el país) entre los años 2002-2004 y 2007-2009. No obstante, algunos trabajos muestran una tendencia distinta en la evolución de las desigualdades en salud. Así, Ruiz-Ramos et al. (17) comprueban que las desigualdades sociales en la mortalidad general aumentaron en los hombres andaluces desde el inicio de la crisis, principalmente porque el descenso en la mortalidad fue más acusado entre los varones de mayor nivel de estudios. Otro análisis reciente muestra que las desigualdades socioeconómicas en mortalidad dentro de la ciudad de Barcelona se han intensificado desde 2009, dado que el riesgo de morir ha aumentado mucho más en los barrios con mayor privación económica que en los barrios más ricos (18). La evidencia, por tanto, está lejos de ser concluyente. Para estimar las perspectivas actuales de impacto de la crisis sobre la desigualdad en salud podemos recurrir al marco conceptual de los determinantes sociales de la salud que proporciona la OMS (o a alguna de sus variantes) (19). De acuerdo con este marco teórico, la estructura social, el contexto institucional y político, las condiciones materiales de vida, el contexto psicosocial y el sistema de salud se configuran como elementos influyentes sobre

la salud y sus desigualdades. De todo este conjunto, los estudios empíricos tienden a señalar como factores más relevantes en la explicación de las desigualdades sociales en salud la privación económica (y no tanto la renta per se) y el desempleo (20, 21). Dos variables cuya evolución ha sido particularmente significativa desde el comienzo de la crisis. Así, la renta bruta disponible de los hogares comenzó a descender en 2008, sin que se hayan recuperado aún los niveles de renta del período pre-crisis (22). El descenso en los ingresos medios por persona en España ha sido más acentuado que el registrado por la media de la UE-27 y por los países de la zona euro. Las tasas de pobreza y exclusión social también han aumentado desde 2008, colocando a los más jóvenes (menores de 24 años) en una situación de riesgo elevado, con tasas de pobreza que en ocasiones superan el 30% (22). El informe de UNICEF 2014 indica que los hogares con niños superan sistemáticamente la tasa de pobreza media del país, y que esta tasa alcanza en 2013 el 46,9% en los hogares con tres o más niños (23). Estas cifras son muy importantes no sólo desde el punto de vista cuantitativo, sino también por sus efectos esperables sobre la salud de los futuros adultos, según indica un reciente estudio (24). La tasa de desempleo es otro de los indicadores de hasta qué punto la crisis económica está golpeando con fuerza a la población. En 2013, el 28% de la población activa estaba desempleada, y la tasa de desempleo de larga duración llegó al 56%. Sabemos además que el desempleo está asociado a problemas de salud mental (14, 25) (sobre todo el de larga duración), y que estos efectos negativos que tiene estar desempleado empeoran en un contexto de crisis económica o desempleo generalizado (14). Por otra parte, las dificultades relacionadas con la vivienda (desahucios, dificultades para afrontar los costes de la hipoteca, deterioro de las condiciones de la misma, etc.) también están siendo destacadas durante la crisis española, y algunos trabajos indican que estas dificultades no sólo se asocian a algunos problemas de salud (25, 26), sino que además explican una parte no despreciable de las desigualdades sociales en su distribución (21). Finalmente, cabe destacar asimismo el incremento que se ha producido durante la crisis económica de los niveles de desigualdad social, medidos a partir del índice de Gini de distribución de la renta (22). Afortunadamente, aunque algunos trabajos asocian desigualdad social con problemas de salud (27), hasta el momento no existe evidencia concluyente acerca de la relación entre ambas variables (28).

Perspectivas

De momento, carecemos de datos que nos muestren de forma inequívoca en qué dirección está actuando la crisis en lo que a los objetivos de equidad se refiere. Sin duda precisamos de un período más largo (y de más y mejor información) para evaluar el impacto de una crisis que, por otra parte, aún no ha finalizado. No obstante, en las recesiones es particularmente importante vigilar cómo evoluciona la situación de los colectivos más vulnerables:

los ya destacados, como personas en riesgo de exclusión social o desempleados, pero también mayores, inmigrantes, etc. En el colectivo de mayores de 60 años, los datos muestran que la tasa de mortalidad ha visto ralentizado su descenso en los años de crisis, y que las diferencias entre mortalidad invernal y otras estaciones del año se amplifican también a partir de 2008, sobre todo entre la población femenina (29). En el caso de los inmigrantes, se apunta hacia un empeoramiento de la salud de esta población tanto en salud mental como en patologías infecciosas, a lo que hay que sumar los mayores obstáculos al acceso a los servicios sanitarios, ya se deban a la exclusión del derecho a la atención de los inmigrantes irregulares o a la menor prioridad en la adaptación de los servicios de salud a las características específicas de la población inmigrante en situación regular (30). Ya hemos visto además cómo la crisis ha puesto en situación de riesgo a una parte importante de la población, ya sea como consecuencia de los elevados índices de desempleo o por el incremento en los índices de privación y exclusión social. En tanto en cuanto no se pongan los medios para proteger a estos grupos de personas, las perspectivas sobre el impacto de la crisis no pueden ser muy halagüeñas. Por ejemplo, el ya mencionado informe de UNICEF señala cómo los fondos públicos destinados a la protección de la infancia han registrado una significativa reducción en los últimos años (23). Pese a que la evidencia sobre el impacto que las crisis (ésta y otras previas) sobre la salud y las desigualdades es ambigua, tenemos constancia de que el impacto final dependerá, entre otras cosas, de las políticas gubernamentales para superar la situación económica (31). En este sentido, en mi opinión es urgente abandonar la visión cortoplacista en el ejercicio de la autoridad para comenzar a pensar en el medio y largo plazo, pues podemos encontrarnos con que la prioridad que en época de crisis tiende a concederse a la eficiencia en relación con la equidad, no sólo puede no redundar en una eficiencia mayor (recuérdese que este concepto no equivale a gastar menos, sino que exige considerar simultáneamente inputs y outputs), sino que puede desembocar, además, en serias mermas de equidad. Para evitar que esto ocurra, nada mejor que disponer de la información y de la voluntad necesarias para evaluar el impacto de las reformas que están teniendo lugar y, en caso de que se demuestre que equivocan el rumbo, proceder a modificarlo. Y aunque acabar cualquier reflexión con una recomendación de mayor transparencia y evaluación se esté convirtiendo en un clásico, a la vista de la aún escasa eficacia del mensaje parece necesario persistir en esta idea.

Referencias

- (1) Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE número 128 de 29-05-2003.
- (2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud. Situación a 31 de diciembre de 2013. Indicadores resumen.
- (3) Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. Gac Sanit. 2006; 20(5):352-9.

- (4) Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: Evidence from England. *Soc Sci & Med*. 2012; 74(9):1331-41.
- (5) Eurostat. Statistics of health. (Consultado el 18/02/2014). Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/health/public_health/data_public_health/main_tables
- (6) Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE número 98 de 24-04-2012.
- (7) INE. Encuesta de Presupuestos Familiares 2013. Nota de prensa 16 de junio de 2014. (Consultado el 20 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np848.pdf>
- (8) Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijó S, González B. Paying for formerly free medicines in Spain: dramatic prescription drops, looking for unanswered questions. Barcelona: CRES-UPF Working Paper 07-76; 2013. Disponible en: http://www.upf.edu/cres/_pdf/CRESWP20130776_JPJBGLV.pdf
- (9) O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. The World Bank Institute, Washington 2008.
- (10) Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2014. Crisis económica y Salud. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1).
- (11) Urbanos R, Puig-Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1):81-8.
- (12) Tapia-Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva* 2014; 10(1):81-91.
- (13) 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; 68:280-2.
- (14) Urbanos-Garrido RM, González López-Valcárcel B. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *The European Journal of Health Economics*. DOI 10.1007/s10198-014-0563-y.
- (15) van Doorslaer E, García-Gómez P, van Ourti T. Health inequality and the economic crisis: what do we know. Conferencia de clausura de las XXXIII Jornadas AES. Disponible en: <http://www.aes.es/Jornadas2013/pdf/plenari/SP-D21.pdf>
- (16) Comisión Europea. Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Union 2013.
- (17) Ruiz-Ramos M, Córdoba-Doña JA, Bacigalupe A, Juárez S, Escolar-Pujolar A. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1):89-96.
- (18) Maynou L, Sáez M, López-Casasnovas G. Has the economic crisis widened the intraurban socioeconomic inequalities in mortality? The case of Barcelona, Spain. *J Epidemiol Community Health* 2014; Mar 28. DOI: 10.1136/jech-2013-203447.
- (19) CSDH. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
- (20) Hernández-Quevedo C, Masseria C, Mossialos EA. Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU-SILC. Eurostat Working Paper, Luxembourg; 2010.
- (21) Urbanos-Garrido R. Social inequalities in health: measuring the contribution of housing deprivation and social interactions for Spain. *Int J for Equity in Health*. 2012; 11(77). Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/77>.
- (22) Consejo Económico y Social. Distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos. Informe 03/2013.
- (23) UNICEF. La infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un Pacto de Estado por la Infancia. Madrid 2014.
- (24) Flores M, Kalwij A. The associations between early life circumstances and later life health and employment in Europe. *Empir Econ*. 2014. DOI: 10.1007/s00181-013-0785-3.
- (25) 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. *The European J Public Health*. 2012. DOI: 10.1093/eurpub/cks035.
- (26) Novoa AM, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1):44-50.
- (27) Wilkinson RG, Pickett K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Allen Lane/The Penguin Press, 2009.
- (28) Karlsdotter K, Martín JJ, López MP. Multilevel analysis of income, income inequalities and health in Spain. *Soc Sci & Med*. 2012; 74(7):1099-106.
- (29) Benmarhnia T, Zunzunegui MV, Lácer A, Béland F. Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1):137-41.
- (30) Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1):142-6.
- (31) Cortés-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28(S1):1-6.

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>

¿Un AVAC es un AVAC es un...? Depende de la oportunidad y del tipo de resultado

Pinto-Prades JL, Sánchez-Martínez FI, Corbacho B, Baker R.

Valuing QALYs at the end of life. *Soc Sci Med.* 2014 Jul; 113:5-14.

Contexto y objetivo

Uno de los debates históricos en el campo de la economía de la salud es si los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) deben tener siempre el mismo peso o si deben recibir una diferente consideración en función de cómo se obtengan (cantidad, calidad de vida) y de las circunstancias que envuelvan el proceso.

El trabajo analiza (i) si los tratamientos al final de la vida (FV) que extienden la misma son más valorados que aquellos que mejoran la calidad ante problemas de salud transitorios; (ii) si los tratamientos al FV que mejoran su calidad son más valorados que los que mejoran la calidad de vida ante problemas transitorios; (y iii) si son más valorados los tratamientos al FV que extienden la misma o los que mejoran su calidad.

Métodos y datos

Tres encuestas de sección cruzada realizadas a un total de 813 participantes (239+232+342) residentes en España. A lo largo de las mismas se plantean 6 escenarios de valoración donde se fueron modificando los tipos de ganancias en salud (problemas temporales, extensión de la vida, mejora de calidad al FV) y las duraciones de los resultados (6 y 18 meses). Se emplean dos tipos de métodos de revelación de preferencias: Disposición a Pagar (DAP) e Intercambio de Personas (Person Trade Off), manteniendo constante en las distintas comparaciones la ganancia en salud (AVAC).

Resultados

Primero, la DAP media para los tratamientos al FV que extienden su duración es superior a la de los tratamientos que mejoran la calidad de vida ante problemas de salud transitorios (aunque no es posible establecer si ello se debe a la situación de tratamiento al FV o a la naturaleza de una mejora en extensión de la vida vs. una mejora en la calidad). Segundo, la DAP en tratamientos que mejoran su calidad es más elevada al FV que ante problemas transitorios. Tanto en este caso como en el anterior, un resultado llamativo es que el porcentaje de encuestados que declara que su DAP es cero es mayor en la situación de tratamientos al FV que en el caso de problemas transitorios. Finalmente, la DAP en tratamientos al FV es mayor para ganancias en calidad de vida que para extensiones de la misma.

Los resultados alcanzados mediante la técnica del Intercambio de Personas son similares desde el punto de vista cualitativo, si bien hay algunos matices interesantes que se refieren a la interpretación de los resultados en función del tipo de comparación (directa o indirecta) realizada.

Conclusiones

Los resultados sugieren que (a) los AVACs ganados al final de la vida reciben una mayor valoración social que los AVACs ganados en tratamientos para problemas de salud transitorios; (b) los AVACs ganados al final de la vida que suponen una mejora en su calidad son más valorados que los que suponen una extensión de la misma.

Financiación: Ministerio de Ciencia e Innovación & Proyecto de Excelencia de la Junta de Andalucía.

Conflicto de intereses: no consta.

Correspondencia: joseluis.pintoprades@gmail.com, JoseLuis.Pinto@gcu.ac.uk

COMENTARIO

Desde la génesis de la evaluación económica aplicada al terreno de la salud ha estado presente la tensión entre introducir elementos normativos en la valoración de las ganancias en salud a lo largo del proceso o bien otorgar el mismo peso a cada ganancia en la fase técnica de análisis y dejar la valoración normativa para la ulterior etapa de toma de decisiones. Generalmente se ha optado por la segunda alternativa. Y ello no porque no existiera conciencia de que una misma ganancia en salud no tiene por qué recibir el mismo valor desde un punto de vista social. La dificultad en revelar las preferencias de la población ante diferentes escenarios mediante las herramientas adecuadas y el cómo trasladarlas a un proceso técnico de evaluación, al que deberá seguir un proceso de priorización y toma de decisiones político, han sido dos barreras importantes que explican en gran medida la solución adoptada.

El trabajo revisado es, sin duda, una aportación muy relevante en este terreno. Ello no es óbice para señalar algunas precauciones que afectan a la interpretación de sus resultados. Algunas son de carácter técnico (tamaño de las muestras empleadas en las encuestas; existencia de inconsistencias en las respuestas cuya explicación e interpretación no son obvias), mientras otras se revelan de su comparación con la literatura existente. Los (contados) trabajos más relevantes en este campo son perfectamente identificados por los autores y sus resultados (no coincidentes) son contrastados y debatidos en el último apartado del artículo. La conclusión que se deriva del mismo es que los métodos de revelación de preferencias y los escenarios de comparación elegidos pueden influir de manera importante en los resultados de los experimentos. De ahí que necesitemos un cuerpo más nutrido de trabajos que aborden esta temática antes de alcanzar conclusiones sólidas.

En la actualidad estamos asistiendo a interesantes experiencias en algunos países donde se está optando por aunar criterios de eficiencia y equidad en el proceso técnico de la evaluación económica, introduciendo de manera directa diferentes pesos a las ganancias en salud obtenidas (1, 2), y debatiendo cómo ello flexibiliza los umbrales de aceptabilidad, explícitos o implícitos, empleados.

Mientras en nuestro entorno se plantean estos debates cabe reflexionar sobre la utilidad práctica de sus experiencias en nuestro medio, toda vez que en la puerta de entrada de nuevas tecnologías más que de umbrales o dinteles parece perseverar el aldabonazo. Quizás algún día.

Juan Oliva

Universidad de Castilla la Mancha. Seminario de Investigación en Economía y Salud.

(1) Van de Wetering EJ1, Stolk EA, van Exel NJ, Brouwer WB. Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *Eur J Health Econ.* 2013 Feb;14(1):107-15.

(2) NICE. Centre for Health Technology Evaluation. Consultation Paper-Value Based Assessment of Health Technologies (accessible en: http://www.rees-france.com/IMG/pdf/2014_VBA_TA_Methods_Guide_for_CONSULTATION_upload_.pdf).

Las tecnologías de la información aplicadas a la salud incrementan costes pero no mejoran resultados en salud

Agha, L.

The effects of health information technology on the costs and quality of medical care. *Journal of Health Economics* 34 (2014) 19-30.

Resumen

Las tecnologías de la información están ligadas a incrementos de productividad en muchos sectores. En este sentido, las tecnologías de la información en sanidad (TIS) tienen un potencial muy importante y han generado mucha expectación sobre sus usos en sanidad y los posibles beneficios que su generalización puede suponer en términos de resultados de salud y uso de recursos (1-4).

El trabajo analiza el impacto que las TIS tienen sobre la calidad y la intensidad de la asistencia sanitaria. Para ello utiliza los datos de las reclamaciones presentadas en Medicare entre 1988 y 2005, la encuesta sobre los sistemas de información y gestión sanitaria realizada por el Dorenfest Institute para la información sanitaria y la Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales. La muestra está formada por 3.880 hospitales, con una muestra media de 60 pacientes por hospital, lo que implica una muestra de un total de 2,5 millones de pacientes ingresados. Los datos fueron enlazados mediante el número de proveedor de Medicare. Para medir los resultados se seleccionaron diversos indicadores a tres niveles: a nivel de paciente, se recogió el gasto por paciente anual y la tasa de mortalidad anual; a nivel de intensidad de uso, los días de estan-

cia y el número de médicos por año; y, respecto a la calidad de los hospitales, las complicaciones, los errores médicos y las tasas de readmisión. De esta forma se dispone de una metodología sólida que permite estudiar si a nivel hospitalario las TIS tienen un efecto sobre costes, intensidad y calidad del cuidado recibido en los hospitales. El trabajo distingue dos tipos de tecnologías de información: los registros médicos electrónicos y los sistemas de apoyo a la decisión clínica. Los resultados que encuentra son que los gastos sanitarios se incrementan un 1,3% después de la adopción de las nuevas tecnologías. No hay evidencia de ahorros incluso después de 4 años de la adopción de las TIS. La estancia media y el número medio de médicos por año no se ven afectados por la adopción de las TIS. Por último, la calidad de la asistencia medida como tasa de complicaciones, efectos adversos relacionados con medicamentos, tasa de mortalidad o reingresos no se ve afectada por la inversión en TIS. Las tecnologías de la información en sanidad implican un mayor coste, con un efecto muy débil tanto en tasas de mortalidad como en calidad de vida.

Financiación: No consta.

Correspondencia: lagha@bu.edu

COMENTARIO

Este trabajo pone de manifiesto la necesidad de diseñar estudios específicos para valorar el impacto que aspectos como las TIS tienen sobre las variables de morbilidad, mortalidad, calidad de vida y variables económicas. En este sentido las diferentes revisiones sistemáticas sobre el efecto de las tecnologías de la información utilizadas en sanidad sobre estas variables arrojaban unos resultados no concluyentes, ambiguos y evidenciaban las debilidades metodológicas que muchos de los estudios presentaban (2,5).

A pesar de la existencia de numerosas expectativas sobre el impacto que las TIS tendrían sobre mejores resultados en salud y ahorro de costes a medio y largo plazo, los resultados del estudio ponen de manifiesto que no existen diferencias ni en mortalidad, ni calidad de vida ni en indicadores de intensidad como la estancia media o el número medio de profesionales. Los resultados de trabajo también ponen de manifiesto que no existen efectos a medio plazo sobre ahorros de costes y que el resultado neto de la introducción de las TIS en los hospitales es un incremento de costes en el momento de la implantación, que no se compensa a menos en un horizonte de cinco años. Todo esto implica que si las pequeñas diferencias de resultados de efectividad no son estadísticamente significativas y el efecto neto en los recursos es un incremento, podríamos pensar en que las TIS son una inversión con escasa rentabilidad social. Sin embargo, esta visión no tiene en cuenta otros aspectos que implican un valor añadido a la introducción de las TIS en sanidad. Gracias a este tipo de tecnologías, nuestra capaci-

dad de análisis y de evaluación está creciendo de forma considerable, lo que se va a traducir en estudios con resultados mucho más fiables, más rápidos y con capacidad de ayudar en la toma de decisión tanto a nivel de la micro, la meso y la macro gestión sanitaria. Habitualmente se tiende a pensar que la innovación tecnológica suele estar asociada a una reducción de costes, aspecto que normalmente suele ser cierto en otros sectores, pero que en sanidad no suele ser así. En este sentido, las TIS no parece una excepción. Sin embargo, las TIS incrementan la transparencia, facilitan la evaluación y la identificación de medidas o instrumentos de gestión eficientes. Todos estos aspectos implican dotar a los decisores sanitarios de unos instrumentos de gestión sanitaria más potentes.

Álvaro Hidalgo-Vega

Seminario de Investigación en Economía y Salud. UCLM.

- (1) Abramson EL, Kern LM, Brenner S, Hufstader M, Patel V, Kaushal R. Expert panel evaluation of health information technology effects on adverse events. *Journal of evaluation in clinical practice*. Aug 2014;20(4):375-382.
- (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) McCullough JS, Casey M, Moscovice I, Prasad S. The effect of health information technology on quality in U.S. hospitals. *Health affairs*. Apr 2010;29(4):647-654.
- (4) Miller AR, Tucker CE. Can Health Care Information Technology Save Babies? *Journal of Political Economy*. 2011;119(2):289-324.
- (5) 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.

La contribución de los modelos para la decisión de reducción de dosis en pacientes con Artritis Reumatoide moderada en remisión

Kobelt G.

Treating to target with Etanercept in Rheumatoid Arthritis: Cost-Effectiveness of Dose Reductions When Remission is Achieved. Value Health 2014 Jul; 17(5):537-44.

Resumen

El manejo actual de la Artritis Reumatoide (AR) se dirige a inducir la remisión tan pronto como sea posible para evitar así el daño articular. El objetivo de este estudio fue estimar el ratio coste-efectividad de tres estrategias de mantenimiento ensayadas en el estudio PRESERVE (1).

Se diseñó un modelo de Markov que integraba las tres estrategias y extrapolado a diez años utilizando los datos del registro sueco de AR. La utilización de recursos y las utilidades se tomaron de un estudio observacional (2).

Los resultados se presentan como costes por año de vida ajustado por calidad (AVAC) para Suecia, desde la perspectiva social, en euros de 2010, con una tasa de descuento para costes y efectos del 3%. La ganancia de coste/AVAC con la mitad de la dosis de Etanercept frente a Metotrexato osciló entre 14.000€-29.000€. La mitad de la dosis de Etanercept es dominante sobre la dosis completa del mismo y Metotrexato en monoterapia, ya que obtiene menores costes (3.000€-6.300€) y similar efectividad (0,007-0-011).

Los autores concluyen que aunque las tres estrategias obtienen resultados de efectividad similares y favorecen el mantenimiento de la remisión, parece que la reducción de dosis es una estrategia ventajosa en pacientes con una moderada actividad de la enfermedad.

Financiación y conflicto de interés: La autora declara relación contractual como consultora con Pfizer en este trabajo. Adicionalmente trabaja y ha trabajado como consultora en evaluaciones económicas para otras farmacéuticas.

Correspondencia: Gisela.Kobelt@he-europe.com

COMENTARIO

Las terapias biológicas constituyen uno de los avances más importantes en el tratamiento de distintos tipos de artritis crónicas y procesos inmunomediados de las últimas décadas. Su eficacia-efectividad clínica ha sido ampliamente confirmada en ensayos clínicos y estudios observacionales, con un perfil de seguridad y tolerabilidad bastante aceptable. Estos pacientes son tratados inicialmente con las dosis recomendadas en la ficha técnica de acuerdo a los resultados de los ensayos clínicos fase III para registro y aprobación del producto por las autoridades competentes, pero no existe ningún consenso sobre cuál es la actitud a seguir en presencia de una remisión sostenida. Existen datos en la literatura que demuestran que el abandono de estas terapias produce una recidiva clínica de la enfermedad en la mayoría de los casos. No obstante, algunos estudios observacionales y recomendaciones en guías de manejo de la AR sugieren la posibilidad de reducir la dosis de los agentes biológicos en estos pacientes hasta la mínima dosis eficaz, con la idea de que algunos pacientes, quizá tratados demasiado intensivamente con las dosis estándar, podrían obtener el mismo beneficio con una dosis menor.

El modelo diseñado en este estudio explora los costes y resultados de la terapia con Etanercept en pacientes con AR moderada que alcanzan la remisión, y a los que posteriormente se les asigna a tres estrategias de mantenimiento de la misma (suspender el biológico, reducir su dosis a la mitad, o bien continuar a dosis plenas). Los parámetros en los que se sustenta el modelo son adecuados desde un punto de vista teórico, pero se aleja claramente de la realidad, en la que una de las estrategias frente al fallo de la terapia más extendida es el cambio de diana farmacológica, cuestión que se podría haber incluido en el modelo.

Otro aspecto a tener en cuenta es si está justificado o no la utilización

de un estudio coste-utilidad cuando las alternativas a comparar ofrecen resultados en salud muy similares (constatado por los datos de ensayos clínicos y práctica real, ¿minimización de costes?); incluso en el análisis de sensibilidad descrito esto se puede corroborar. Si esto es así, el estudio debiera justificar o discutir por qué este modelo ofrece unos ratios coste-utilidad incremental tan dispares frente a la opción de suspender Etanercept, afirmando por lo tanto, que ante un paciente de AR moderada en remisión (tras 36 meses de inducción), la mejor opción es reducir la dosis a la mitad. Por último, hay que reseñar que el motivo de explorar las estrategias de reducción de dosis o ampliación del intervalo han de fundamentarse en un criterio de búsqueda de la dosis óptima para cada paciente, con la mejor relación beneficio-riesgo, y al menor coste posible para la sociedad.

José Manuel Martínez Sesmero

Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

(1) Smolen JS, Nash P, Durez P et al. Maintenance, reduction, or withdrawal of etanercept after treatment with etanercept and methotrexate in patients with moderate rheumatoid arthritis (PRESERVE): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Mar 16; 381(9870):918-29.

(2) Brocq O, Albert C, Millasseau E, Grisot C, Flory C, Roux CH, et al. Effect of discontinuing TNFalpha agonist therapy in patients with remission of rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2009; 76:350-5.

(3) Baraliakos X, Listing J, Brandt J, Zink A, Alten R, Burmester G, et al. Clinical response to discontinuation of anti-TNF therapy in patients with ankylosing spondylitis after 3 years of continuous treatment with infliximab. *Arthritis Res Ther*. 2005; 7:R439-44.

(4) Emery P, Breedveld F, van der Heijde D, et al. Two-year clinical and radiographic results with combination etanercept-methotrexate therapy versus monotherapy in early rheumatoid arthritis: a two-year, double-blind, randomized study. *Arthritis Rheum* 2010; 62:674-82.

VHC: La posibilidad de “curar” miles de pacientes a un coste que el SNS no puede abordar

Wedemeyer H, Duberg AS, Buti M, Rosenberg WM, Frankova S, Esmat G, et al.

Strategies to manage hepatitis C virus (VHC) disease burden. *J Viral Hepat.* 2014;21 Suppl 1:60-89.

Antecedentes y objetivos

Mientras disminuye el número total de pacientes infectados por el virus de la hepatitis C [VHC], el número de casos con enfermedad avanzada irá creciendo en los próximos años por el efecto cohorte. El objetivo de este trabajo es examinar el impacto de diferentes estrategias (incremento en el número de casos tratados y mayor efectividad de los nuevos tratamientos) sobre la carga de enfermedad producida por el VHC hasta 2030 en 15 países, en su mayor parte industrializados (Australia, Austria, Bélgica, Brasil, República Checa, Dinamarca, Egipto, Inglaterra, Francia, Alemania, Portugal, España, Suecia, Suiza y Turquía).

Métodos

Modelización matemática previa (los detalles de la misma se describen en un trabajo anterior [1]) sobre la que introducen modificaciones en el número de pacientes diagnosticados, pacientes elegibles y pautas de tratamiento a las que se asigna diferente efectividad (desde el 50% de respuesta viral sostenida [RVS] para los actuales, hasta el 90% para los tratamientos recién incorporados).

Resultados

Para España se parte de un caso base (año 2013) con 9.800 pacientes

tratados, RVS del 50% y 15.300 nuevos casos diagnosticados, 50% elegibles para tratamiento. El cambio a los nuevos tratamientos produciría una reducción del 15% en la mortalidad, 15% en hepatitis crónicas [HCC], 20% en descompensaciones de cirrosis y 20% en el total de infectados. La combinación de nuevos tratamientos más incrementar el número de pacientes tratados hasta 16.800 supondría reducciones en estas cifras en torno al 50%.

Conclusiones

El estudio sugiere que tratando en torno al 10% de los infectados sería posible eliminar (reducción de las infecciones mayor del 90% para 2030) el VHC y concluye que es posible reducir la carga de enfermedad relacionada con el VHC mediante programas de cribado que permitan identificar a los infectados más un manejo activo con los nuevos antivirales.

Fuente de financiación: Gilead.

Conflicto de intereses: La mayor parte de los autores han recibido fondos o intervenido como consultores para diferentes firmas farmacéuticas, incluyendo fabricantes de fármacos para el tratamiento de la HVC (la declaración de conflicto de intereses de los autores ocupa casi 2 páginas).

Correspondencia: wedemeyer.heiner@mh-hannover.de

COMENTARIO

Se estima que aproximadamente medio millón de personas tienen HC en España, dos tercios por VHC genotipo 1 [2, 3], aunque la verdadera prevalencia es difícil de estimar (sólo un 10-30% presenta síntomas) y una reciente revisión la cifraba entre el 0,5 y el 2,6 de la población [4]. Esta horquilla, entre 250.000 y 1.250.000 personas, se ha vuelto crucial para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Y es que el abordaje de la HC ha cambiado sustancialmente desde la introducción de los primeros inhibidores de la proteasa (telaprevir y boceprevir, hace menos de 3 años) y la introducción este mismo año de los inhibidores de la polimerasa (sofosbuvir), con tasas de “curación” (entendida como una RVS > 95%, medida a las pocas semanas de finalizar el tratamiento) entre el 80% y 95%, tras ciclos de 12-24 semanas de tratamiento oral, libre de interferon y con menos efectos adversos que los tratamientos previos.

No tan sorprendentemente, este avance en el tratamiento de la HC no ha saltado a los medios de comunicación por su efectividad sino por su coste (desde 84.000 \$ en EE.UU., a 54.000 libras en Reino Unido por un ciclo estándar de 12 semanas; el doble en los ciclos de 24 semanas usados por ejemplo en pacientes coinfectados con VIH). Aunque en España aun no se ha fijado el precio de sofosbuvir, una cifra en torno a los 50.000 € (por 500.000 infectados) supondría el 25% del gasto actual de todo el SNS. Las cifras de tratamiento sugeridas en el artículo comentado supondrían unos 1.000 € millones/año, durante muchos muchos años. En todo caso, son cifras complejas y el artículo no aporta un análisis de sensibilidad: la mayoría de las personas infectadas no progresan a estadios finales de enfermedad hepática en 20-30 años, pero no disponemos de un método preciso de identificar a estas personas y, previsiblemente, habrá que tratar a todas. Aunque no necesariamente a todas a la vez.

Además, existen muchas razones para ser cautelosos. En la vida real los fármacos no funcionan como en los ensayos clínicos. Y, en este caso, los ensayos (aun justificable para permitir una comercialización rápida de un fármaco potencialmente muy útil) tampoco eran una maravilla, especialmente sabemos poco de la durabilidad del efecto sobre la RVS y de cómo este efecto se trasladará a una reducción de evoluciones graves (en los pacientes que evolucionaban mal).

En todo caso, los nuevos antivirales combinan su mayor efectividad con un precio enormemente elevado y, a diferencia de otros fármacos extraordinariamente caros como los empleados en enfermedades raras, con una elevada prevalencia. Su potencial para quebrar el SNS es enorme, incluyendo el descuido de muchos otros pacientes con otras enfermedades que no verán mejorar su atención por los recursos destinados a esta. Es posible que la competencia que introducirán los nuevos inhibidores que se comercializarán próximamente pueda reducir los precios, pero la competencia en precios no siempre funciona en este sector (al menos no está funcionando con los nuevos biológicos y oncológicos).

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

- (1) Razavi H et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. *J Viral Hepat.* 2014;21:34-59.
- (2) Global Burden Of Hepatitis C Working Group. Global burden of disease (GBD) for hepatitis C. *J Clin Pharmacol.* 2004;44(1):20-9.
- (3) Bruggmann P et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *J Viral Hepat.* 2014;21 Suppl 1:5-33.
- (4) Muñoz-Gómez JA et al. Prevalence of hepatitis B and C in Spain – further data are needed. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013;105(5):245-8.

Anuncio Preliminar



XXXV
Jornadas de
Economía de la Salud

Salud, bienestar y cohesión social:
hacia un enfoque transversal de las políticas

Granada, 17 al 19 de junio de 2015
www.aes.es/jornadas



Fechas importantes:

15 de enero de 2015

Fecha límite para la presentación de comunicaciones

30 de abril de 2015

Fecha límite para la inscripción a precio reducido

Oportunidades y desafíos de las aproximaciones adaptativas para el acceso al mercado de nuevas tecnologías

Husereau D, Henshall C, Jivraj J.

Adaptive approaches to licensing, health technology assessment, and introduction of drugs and devices. Int J Technol Assess Health Care. 2014; 12:1-9.

Contexto

Existe una presión creciente por parte de la industria de dispositivos sanitarios y fármacos para que se establezcan vías rápidas y alternativas a las actuales que permitan el acceso a tecnologías sanitarias preventivas, diagnósticas o terapéuticas consideradas prometedoras. Consecuentemente los profesionales sanitarios y los pacientes reclaman que el acceso a dichas soluciones sea más flexible. Las aproximaciones o enfoques adaptados a los resultados esperados de una tecnología sanitaria podrían permitir un acceso más rápido a la innovación, sin menoscabar las garantías ineludibles de los sistemas sanitarios. La sociedad internacional HTAi organizó un foro reuniendo a reguladores, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias e industria para discutir sobre estos temas (1).

Objetivo

Discutir entre los miembros del Policy Forum (PF) de la sociedad internacional HTAi las implicaciones que las aproximaciones adaptadas pueden suponer en los diferentes sistemas sanitarios y grupos de interés afectados, así como en las garantías establecidas desde la regulación al reembolso.

Métodos

Selección inicial del tema por parte de los miembros del PF seguida de una revisión elaborada por la secretaria de la sociedad y la presentación de estudios de casos que fomentaban el debate entre los asistentes. Además de los miembros del PF se invitó a la discusión a miembros de las agencias reguladoras de EEUU (FDA), Europa (EMA), Canadá y Australia. Las discusiones se realizaron siguiendo las reglas de Chatham House y las conclusiones fueron revisadas por todos los participantes.

Resultados

La autorización y reembolso adaptados se definen como un proceso prospectivo, flexible y planificado que implica a los tomadores de decisiones y que pretende reducir de manera progresiva la incertidumbre, en tanto en cuanto está disponible nueva evidencia y pretende mejorar los procesos de decisión informada, mejorar los resultados y ser más eficiente. Se observaban, sin embargo, diferencias entre las distintas tecnologías a considerar y específicamente entre los fármacos con sistemas regulatorios más estrictos y en los que los procesos adaptados tenían sentido en la fase de regulación y los dispositivos médicos en los cuales los procesos adaptados se correspondían con la fase de reembolso. Se identificaban varios retos como el acceso, interpretación y fiabilidad de los datos, los roles y responsabilidades de los grupos de interés, las implicaciones ético, legales y la asunción de los costes de la generación de evidencia y el manejo de la incertidumbre por parte de industria y sistemas sanitarios.

Conclusiones

Aunque existía un acuerdo sobre el beneficio teórico de adaptar los procesos de regulación y reembolso a las necesidades de las tecnologías individuales, lo que puede de alguna manera mejorar los procesos de incorporación de innovación, la práctica actual y los ejemplos existentes presentan una serie de aspectos que debieran ser previamente resueltos. Entre ellas la incorporación de todos los grupos de interés y el diálogo entre autoridades reguladoras y financiadores para el establecimiento de los resultados finales a considerar.

Financiación: Health Technology Assessment International (HTAi).

COMENTARIO

La reclamación por parte de los productores de tecnología y consecuentemente de los pacientes por tener un acceso temprano a la innovación ha sido materia de discusión recurrente. Estos pacientes reclaman que se les oferten en procesos más dinámicos y a precios asequibles soluciones fundamentalmente terapéuticas. Los productores reclaman sobre todo que los sistemas sean más flexibles en las autorizaciones de mercado y permitan que tecnologías prometedoras pasen por procedimientos abreviados. Las cuestiones en estos casos pasan por quién asume la responsabilidad de las posibles consecuencias de autorizaciones tempranas con fallas de evidencia, quién se responsabiliza de los costes de generación de evidencia post-introducción y qué consecuencias tienen todos estos procesos en las políticas de establecimiento de precios y reembolso.

Los enfoques o aproximaciones que tratan de adaptarse a las características de la tecnología sanitaria y sus resultados requieren la implementación de mecanismos que incorporen la evidencia sanitaria de manera progresiva y no de evaluaciones puntuales. Estas responden a necesidades momentáneas que persiguen una única decisión, positiva o negativa a la introducción de innovación. La cuestión igualmente es cómo afrontar una evaluación continua y una toma de decisiones progresiva e informada sobre la base de nuevas evidencias. Este hecho pone de manifiesto el paradigma del "ciclo de vida tecnológico" y la

reevaluación incluyendo el proceso de desinversión como garante de eficiencia en el caso de tecnologías de demostrado o nulo valor (2). Los procesos de diálogo entre reguladores y responsables del reembolso de tecnologías sanitarias contribuyen a definir mejor los resultados de salud finalmente requeridos y presentan sistemas más eficientes para beneficio de productores y sistemas (3). Del mismo modo, acuerdos entre gobiernos y productores denominados de "riesgo compartido" o de "cobertura o reembolso con evidencia" presentan alternativas suficientemente flexibles y dinámicas, sin menoscabar las garantías que salvaguardan a pacientes y profesionales (4).

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea

Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

(1) HTAi. About the HTAi Policy Forum. <http://www.htai.org/index.php?id=643>

(2) Ibarluzea N, Gutiérrez Ibarluzea I, Asua J. Guiding the process of health technology disinvestment. *Health Policy*. 2010; 98(2-3):218-26.

(3) Tsoi B, Masucci L, Campbell K, et al. Harmonization of reimbursement and regulatory approval processes: A systematic review of international experiences. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2013; 13:497-511.

(4) Hutton J, Trueman P, Facey K. Harmonization of evidence requirements for health technology assessment in reimbursement decision making. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24:511-517.

Telemedicina en Cuidados del Paciente Crítico: una solución para una gestión eficiente de la dotación de personal médico en las Unidades de Críticos

Kumar G, Falk DM, Bonello RS, et al.

The Cost of Critical Care Telemedicine Programs. A systematic Review and analysis. Chest 2013;143(1):19-29.

Objetivo

La implantación de programas de Tele-UCI puede obtener beneficios en los resultados clínicos pero los costes asociados a dichos programas no están caracterizados. El trabajo analiza los costes de implantación de un programa de Tele-UCI.

Métodos

Revisión Sistemática de la literatura de artículos que reporten datos de costes sobre Tele-UCI. Al tiempo se describen los costes de un programa Tele-UCI en una red hospitalaria de 7 centros de Veteranos americanos.

Resultados

La revisión aporta datos de costes entre 50.000 y 100.000\$ por cama

monitorizada en el primer año, con elevada heterogeneidad en la forma de imputar los costes entre los estudios. El análisis de la red de hospitales de veteranos comunica costes entre 70.000 a 87.000\$ diferencias que atribuyen a los métodos de cálculo de depreciación utilizado.

Conclusiones

El coste de la Tele-UCI y su impacto en los balances contables hospitalarios es todavía incierto, se precisan análisis de coste-beneficio.

Financiación y conflictos de interés: Veterans Affairs Health Services Research & Development e indirectamente National Center for Research Resources at the National Institutes of Health y Robert Wood Johnson Physician Faculty Scholars Program.

Correspondencia: gaurav-kumar@uiowa.edu

COMENTARIO

La apuesta por el uso de las telecomunicaciones está consolidando un nuevo sistema organizativo que repercute tanto en la ejecución de la profesión médica, como en la asistencia al paciente y en el sistema sanitario en general. La Telemedicina no debe entenderse simplemente como una tecnología, sino como un nuevo sistema organizativo. Mantiene sin embargo, cierta incertidumbre, relacionada con las expectativas previstas en cuanto a su efectividad y eficiencia. Se ha documentado (1) que la mayoría de las evaluaciones económicas en telemedicina no se adecuan a las técnicas estándar de evaluación, y que todavía se encuentran a una distancia considerable para producir datos válidos y fiables en términos de coste-efectividad.

La telemedicina no parece reducir el riesgo de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos, y un citado trabajo (2) no demostró que la gestión remota de los pacientes críticos se asocie con una mejora global de la tasa de mortalidad o de la duración de las estancias hospitalarias. Los expertos siguen recomendando que los especialistas de cuidados intensivos atiendan a los pacientes in situ, a pie de cama. Sin embargo, el descenso en número de profesionales cualificados y el incremento de la demanda de los servicios, ha fomentado la utilización de la telemedicina para gestionar de forma remota y simultánea a pacientes de varias UCIs.

La disponibilidad de personal médico en una UCI no siempre es posible, bien por escasez de facultativos o por motivos de accesibilidad geográfica. Actualmente se debaten diferentes modalidades de dotación de personal en las unidades de cuidados intensivos, por un lado se aboga (3) por la dotación de especialistas en medicina intensiva las 24 hrs los 7 días de la semana (24/7). Por otro (4) se pone en cuestión que la dotación en horario nocturno mejore la morbimortalidad. Además, queda por resolver la eficacia de la Tele-UCI. La evaluación en 56 UCIs (118.990 pacientes) de un programa de Tele-UCI (5) demostrando beneficios clínicos en la tasa de mortalidad y en las estancias. Este artículo analiza y describe los costes que se generan al implantar un programa de Tele-UCI en Hospitales de Veteranos Americanos comparándolos con los costes comunicados anteriormente y recogidos en la literatura. La revisión sistemática que realizan demuestra costes por cama monitorizada entre 50.000 y 100.000\$ en el primer año, y máx-

genes de beneficio entre 1.000 y 4.000\$ por paciente, que incluyen los costes de implementación, monitorización, dotación de personal y costes operativos durante un año. Los artículos seleccionados presentan una gran heterogeneidad en la medida e imputación de los costes, de tal modo que algunos trabajos no comunican los costes de personal o mantenimiento de los dispositivos, lo que hace que el valor de sus resultados sea discutible.

La implantación de la telemedicina en las 7 UCI de Hospitales de Veteranos no se asoció con una reducción en la mortalidad, aunque se señala que esto podría deberse a una baja autoridad en la toma de decisiones y la variabilidad entre los diferentes tipos de pacientes. Los costes comunicados por cama el primer año son entre 70.000 y 87.000\$ dependiendo del método de depreciación que se utilice. Dado lo costoso de esta tecnología, la controversia sobre su eficacia y la existencia de otras posibles formas de mejorar la asistencia en las UCI, se debe hacer una cuidadosa evaluación de los costes y beneficios, echándose en falta un análisis de coste efectividad que los apoye formalmente. La variación de los costes observados sería sensible al volumen y rotación de las camas así como el número de las mismas, es decir a la aplicación de economías de escala. El abaratamiento progresivo de las tecnologías de la comunicación y la utilización de economías de escala propician un incremento de la implantación progresiva de la telemedicina, mejorando la relación coste-beneficio.

Luis Quecedo Gutiérrez

Hospital de la Princesa de Madrid.

Fundación Gaspar Casal.

(1) Bergmo T. Can economic evaluation in telemedicine be trusted? A systematic review of the literature. 2009, 7:18 doi:10.1186/1478-7547-7-18.

(2) Kumar S, Merchant S y Reynolds R. Tele-ICU: Efficacy and Cost Effectiveness of Remotely Managing Critical Care Perspect Health Inf Manag. 2013;1.

(3) Cartin-Ceba R, Bajwa EK. 24-Hour on-site intensivist in the intensive care unit: yes. Am J Respir Crit Care Med 2010;181:1279-80.

(4) Kerlin M, Small DS, Cooney E et al. A Randomized Trial of Nighttime Physician Staffing in an Intensive Care Unit. N Engl J Med 2013;368:2201-9.

(5) Craig M, McLaughlin JM, Zhao H et al. A Multicenter Study of ICU Telemedicine Re-engineering of Adult Critical Care. Chest. 2014;145(3):500-507.

Impacto de la receta electrónica en el gasto farmacéutico

Calzon S, Mercader JJ, Montero JC, Sánchez Cantalejo C, Valencia R.

Incorporación de la prescripción electrónica en un distrito de atención primaria: implicaciones en el gasto farmacéutico y factores determinantes de su utilización. Atención Primaria Vol 45, N°3, Marzo 2013.

Objetivo

La incorporación de receta electrónica (RE) supone un cambio en el medio de prescripción y por tanto puede tener repercusión sobre el gasto farmacéutico (GF). El estudio se realiza con el objetivo de analizar las implicaciones del uso de receta electrónica sobre el GF así como explorar los factores determinantes de su utilización.

Método

Se analizan los datos de 77 médicos pertenecientes a un distrito de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud entre mayo 2008 y abril 2009. Se diseña un modelo de regresión lineal múltiple, siendo el GF la variable dependiente y como variables independientes (explicativas) se usan las que han demostrado tener influencia sobre el mismo. Mediante el mismo procedimiento se analiza la relación entre el uso de receta electrónica con posibles variables explicativas. Previamente se realiza el análisis descriptivo de cada variable y un análisis estadístico bivariado para evaluar posibles asociaciones entre ellas.

Resultados

En los análisis bivariantes las relaciones con significación estadística son el número de TAFE asignadas (tarjetas ajustadas por edad y tipo de farmacia) con un mayor GF y la prescripción por principio activo (PPA) con

una disminución del mismo. En el caso de uso de receta electrónica, un mayor índice de ruralidad (IR: envejecimiento, dependencia económica, ocupación agropecuaria, habitabilidad de las viviendas y densidad de población) y una mayor presión asistencial se relacionan con menor uso de receta electrónica, mientras que una mayor PPA se relaciona con un aumento del uso.

Los resultados del análisis multivariante muestran que cada incremento en un punto de PPA supone una reducción media del GF de 2.079 euros anuales, mientras que cada incremento de un punto en el uso de receta electrónica contribuye a aumentarlo en 1.027 euros anuales y cada TAFE asignada en 36,71 euros. La presión asistencial y la frecuentación se relacionan con un mayor GF, de forma que cada paciente que realiza una visita más al año incrementa de media el GF en 17.148 euros año y por cada paciente de más que se ve cada día el GF aumenta en 2.585 euros año.

Respecto al uso de receta electrónica un mayor IR y el aumento de la frecuentación se asocian a menor uso y cada kilómetro más de distancia a la capital y el incremento de la PPA se relacionan con un incremento de uso.

Conclusiones

La incorporación de receta electrónica parece ser una variable predictora de incremento del GF, que se produce a expensas del número de prescripciones por paciente.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

COMENTARIO

Es fundamental para los gestores sanitarios disponer de herramientas que permitan asignar el GF para cada unidad de provisión o facultativo. A lo largo de los últimos años se han diseñado modelos que incluyen variables que han demostrado su relación con el GF: sociodemográficas (envejecimiento), de demanda (presión asistencial, frecuentación), organizativas (tamaño del cupo) o del propio prescriptor (edad, formación) (1). Menos documentadas son las relaciones entre GF y relación con la industria farmacéutica o con la comorbilidad de cada cupo. La incorporación de receta electrónica supone un cambio en el modelo de la prescripción y es necesario establecer la relación entre la misma y el GF.

El estudio muestra cómo influyen sobre el GF variables conocidas como la presión asistencial o la frecuentación, así como otras menos exploradas como el número de TAFE, la prescripción PPA o el incremento en el uso de receta electrónica. Esta relación entre receta electrónica e incremento de GF es acorde a lo que muestran publicaciones previas de distintas CCAA en las que existe un incremento del GF generalmente en las etapas iniciales y que se atribuye a distintos factores relacionados con la nueva herramienta y al periodo de adaptación de los profesionales a la misma (2).

Queda por ver si este incremento, ligado al modelo y modo de implantación de cada receta electrónica en cada CCAA, es compensado por otras ventajas que proporciona receta electrónica, como la disminución del número de consultas para la generación de recetas y por tanto la frecuentación (variable relacionada directamente con el GF). Estudios previos en un centro de salud ya mostraron una disminución de la frecuentación de

un 60% para la generación de recetas (3), hecho que debe confirmarse en estudios más amplios.

Por otra parte, los sistemas de ayuda a la prescripción (como la PPA) que se incorporan a receta electrónica han mostrado en estudios realizados fuera de nuestro entorno que contribuyen a disminuir de forma significativa el GF (2). En el presente estudio se muestra cómo el ahorro asociado al incremento de la PPA, que a su vez se incrementa con el uso de receta electrónica, era el doble que el aumento de GF asociado al uso de receta electrónica. Si efectivamente el porcentaje PPA es mayor conforme más se utiliza la receta electrónica, puede que su efecto incrementador del GF quede "neutralizado" tal como comentan los autores.

Es necesario por tanto estudiar la relación entre GF y receta electrónica una vez consolidada, con la incorporación de los sistemas de ayuda a la prescripción y valorando los cambios que puedan producirse en otras variables como la frecuentación, directamente relacionada con el GF.

Ana Cristina Bandrés Liso

Farmacéutica Uso racional del Medicamento.
Servicio Aragonés de Salud.

(1) Coste de Farmacia: variabilidad y diseño de un instrumento para la asignación de presupuestos de farmacia a los E.A.P. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 2001.

(2) M. Otero-Barrós, C. Durán-Parrondo, D. López-Fernández, J. Ventosa-Rial, A. García-Rodríguez. Receta electrónica y gasto farmacéutico en la gerencia de Atención Primaria de Santiago. FAP. 2012;10:57-62.

(3) Sánchez-Varela J, Beltrán C, Molina T, Navarro P. Receta electrónica: de la utopía a la realidad. Aten Primaria. 2005;35:451-9.

Resultados en salud e incentivos. La experiencia del “Advancing Quality Program” en Inglaterra

Kristensen SR, Meacock R, Turner AJ, Boaden R, McDonald R, Roland M, Sutton M.

Long-Term Effect of Hospital Pay for Performance on Mortality in England. *N Engl J Med* 2014; 371:540-8.

Contexto

En los últimos años diferentes países han adoptado sistemas de pago por resultados que relaciona explícitamente incentivos económicos con el desempeño de los proveedores sanitarios. Esta fórmula tiene como objetivo mejorar la calidad de los cuidados, lo que debería repercutir en los resultados en salud de los pacientes.

Objetivos

Evaluación del “Advancing Quality Program”, una iniciativa introducida en todos los hospitales de la región Noroeste de Inglaterra en 2008, consistente en pagar ciertas cuantías económicas según resultados obtenidos en el abordaje de determinados casos atendidos en servicios de urgencias hospitalarias.

Método

Los datos se obtuvieron de estadísticas nacionales sobre episodios hospitalarios. Se empleó información de todos los pacientes que durante el periodo de estudio (2007 a 2012) fueron ingresados en urgencias por infarto agudo de miocardio, fallo cardiaco, o neumonía. Se recogió el mismo tipo de información para pacientes ingresados en urgencias por diagnósticos primarios que no estaban incluidos en el programa de incentivos.

El análisis estadístico consistió en el cálculo del riesgo de muerte de los pacientes a través de modelos de regresión logística, y dos tipos test en diferencias para saber si los programas de incentivos habían tenido algún efecto sobre la mortalidad de los pacientes.

Resultados

Durante los primeros 18 meses desde la implantación del pago por resultados se produjo una mejora de todas las medidas de calidad que se continuó durante los siguientes 24 meses. Poco a poco la mejora de la calidad se fue estancando y en algunos casos se estabilizó.

La mortalidad decreció en todas las patologías incluidas en el estudio (casos y controles) y en todas las regiones. Durante los primeros 18 meses del programa, la diferencia de mortalidad entre la región del Noroeste y el resto de Inglaterra disminuyó significativamente. A partir de 18 meses y hasta los 42 meses, la mortalidad en la región del Noroeste permaneció más baja que antes de la introducción del programa, pero la diferencia entre dicha región y el resto de Inglaterra volvió al nivel en el que estaba previamente a la intervención. Los autores apuntan algunas causas de estos resultados, cómo podrían ser las mejoras de calidad producidas en la atención de eventos no sujetos a incentivos, la adopción en otras regiones de programas de incentivos similares al “Advancing Quality program”, o, simplemente, la reducción de la mortalidad en los casos de mayor severidad durante el periodo previo, que pudo disminuir las posibilidades de las siguientes fases. Las modificaciones de las fórmulas incentivación introducidas a lo largo del programa son también posibles determinantes de los resultados observados.

Financiación y conflictos de interés: NIHR y el Danish Council for Independent Research, Social Sciences.

Correspondencia: soren.kristensen@manchester.ac.uk

COMENTARIO

En la provisión de servicios sanitarios los mecanismos de pago son empleados a menudo para fomentar o reconducir un determinado comportamiento de los agentes responsables de la misma en aras de mejorar la calidad asistencial. No existe un sistema perfecto; el pago por servicio suele generar mayor número de consultas de las realmente necesarias, mientras que el pago capitolativo, si no está bien ajustado por riesgo, puede llevar a situaciones de atención insuficiente en aquellos pacientes que necesitan más recursos. Por otra parte, la remuneración fija a proveedores también presenta ciertos inconvenientes, como la falta de motivación para realizar actuaciones efectivas y eficientes. Así, los sistemas mixtos de remuneración aparecen como alternativas más equilibradas que tratan de paliar los efectos adversos de unas y otras fórmulas, sin que finalmente ninguna de las soluciones parezca la óptima (1, 2).

Existe una tendencia creciente en los países desarrollados a la evaluación de la provisión de servicios en base a indicadores de resultados en salud, tanto intermedios como finales en búsqueda de la adecuada medida de la eficiencia de sus sistemas (3, 4). En teoría, la remuneración vinculada a este tipo de evaluación debería llevar a los profesionales a enfocar sus tratamientos y actuaciones hacia el objetivo final de mejora del paciente, de manera que los recursos empleados para ello serían los realmente adecuados, sin estar sujetos a ninguna distorsión.

Este estudio muestra cómo el efecto de esta línea de incentivación no es tan claro a largo plazo para el caso de indicadores de resultados finales como la mortalidad. A pesar de la cuidadosa discusión al respecto que los autores presentan, es preciso advertir al lector de que, en términos generales, los resultados finales en salud serían más atribuibles al funcionamiento “global” del sistema sanitario e incluso del área socio-sanitaria, mientras que la actuación de un servicio en concreto se vería mejor reflejada en los resultados intermedios respaldados por evidencia científica capaz de demostrar la relación causa-efecto entre dichos outputs intermedios y los finales. Lógicamente, ambas cuestiones revisten dificultad, pero en la medida en que se perfeccionen, la gestión sanitaria estará en la senda de la responsabilidad y la excelencia.

María Luisa Martín del Burgo

Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

Pedro García Fernández

Profesor del MADS.

(1) Robinson J.C., 2001: Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79m nº 2.

(2) Pellisé Urquiza L. Financiación de proveedores sanitarios e intermediarios financieros: una taxonomía. *Hacienda Pública Española* 1993,1,33-44.

(3) National Health Service. The NHS Outcomes Framework 2013/2014. Department of Health.UK, 2012. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213055/121109-NHS-Outcomes-Framework-2013-14.pdf

(4) Canadian Institute for Health Information. Developing a Model for measuring the Efficiency of the Health System in Canada. Canada, 2012. Disponible en: https://secure.cihi.ca/free_products/HS_Efficiency_Data_Availability_EN-web.pdf

Desigualdades, oportunidades y movilidad intergeneracional

Corack M.

Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility. J Econ Perspect. 2013;27(3): 79-102.

*There's room at the top I'm telling you still
but first you must learn how to smile as you kill*
John Lennon. Working Class Hero. 1971

Contexto

Sabemos más sobre desigualdad, y su influencia sobre el bienestar y la salud de individuos y poblaciones, lo que está suscitando importantes debates, tanto en medios generales como en revistas científicas (por ejemplo, este artículo, o la reciente sección especial de Science 1). Un cierto grado de desigualdad permite incentivar a los individuos más esforzados, innovadores y productivos pero conviene saber cómo evoluciona, cuando se vuelve socialmente perjudicial y qué tipo de políticas públicas pueden mitigar sus corrosivos efectos.

Material y métodos

Descripción de los trabajos recientes, bastantes del autor, sugeridores de que una mayor desigualdad en la distribución de la renta disponible dará mayor importancia al origen familiar que al esfuerzo individual a la

hora de explicar los resultados, en términos de bienestar, que obtendrán en el futuro los infantes actuales.

Resultados

Los países más desiguales en un momento del tiempo (Gini de renta disponible) experimentan una menor movilidad intergeneracional (medida por el grado en que la renta de los progenitores explica la renta de los hijos). Entre los países desarrollados, los escandinavos presentan la mayor movilidad intergeneracional, EEUU y RU la menor; España se sitúa más cerca de los segundos que de los primeros.

Discusión

La desigualdad hace disminuir la movilidad intergeneracional y amplifica las consecuencias de las diferencias innatas entre individuos; altera también las oportunidades, incentivos e instituciones que configuran las habilidades que se valoran en el mercado de trabajo.

COMENTARIO

Una fracción de la creciente desigualdad puede atribuirse en parte a las fuerzas de la oferta y la demanda, a la globalización del mercado laboral con la irrupción de 4.000 millones de trabajadores, y a un cambio tecnológico –robotización en productos, inteligencia artificial o *machine learning* en servicios– de efecto absolutamente incierto sobre el trabajo, con antecedentes históricos de empeoramiento a corto plazo tanto en la primera revolución industrial –la mecanización empobrecedora que combatieron los ludditas– como en la segunda revolución industrial cuando el taylorismo supuso la desaparición de los artesanos. El juego de la oferta y la demanda en el mercado de trabajo no dará una respuesta satisfactoria: la herencia de la última crisis –un paro elevadísimo y una economía en trance de reconversión– son la mejor prueba de ello. Los mercados son miopes: al joven que dejaba la escuela para ganar un buen sueldo en la construcción corresponde el empresario que dejaba la industria para meterse en el inmobiliario. Ni uno ni otro son tontos, ni irracionales: es sólo que no ven más allá de sus narices. Al mercado no hay que pedirle una guía ni para el futuro lejano ni para las grandes decisiones (2).

Otra parte de la creciente desigualdad puede imputarse a la mala regulación, al mal gobierno corporativo, y a la captura plutocrática tanto de la formulación de políticas públicas como de la creación de opinión, lo que afecta gravemente a la calidad de la democracia, a la efectividad gubernamental y al control de la corrupción.

Será trabajo de científicos sociales (salubristas incluidos) evaluar la efectividad de las políticas dirigidas a disminuir las desigualdades, ponderando costes (sí, también hay costes) y beneficios, con especial atención a la política educativa, particularmente la educación primaria. La política que parece más eficaz para aumentar el bienestar y reducir la desigualdad es la que cultiva las habilidades de las generaciones futuras: excelente educación pre-escolar, buena salud pública y actuaciones integrales sobre los barrios (3, 4). Por justicia (para atajar la corrosiva desigualdad que nos devuelve al siglo XIX), por igualdad de oportunidades y para combatir la crisis. La salida de la crisis exige mejor capital humano que permita una mayor productividad. La

inversión en educación primaria, financiada públicamente, facilita la igualdad de oportunidades evitando que la pobreza sea dinástica, permite movilizar los mejores recursos humanos (sin discriminación por razón de origen socio-económico) y tiene una influencia determinante en el estado de salud. Nada mata tanto como la pobreza y la ignorancia infantiles. La situación socioeconómica influye en la salud y las aptitudes de los niños y niñas en sus primeros años –en el útero incluso– lo que a su vez afecta al desarrollo cognitivo y social, a la capacidad de aprender y, por tanto, a su capital humano. La política educativa tiene poco impacto en la desigualdad en el corto plazo. Otras palancas de efecto más inmediato pasan por la imposición progresiva, también sobre la riqueza neta, y el zurcido de los agujeros en las redes de seguridad de un estado del bienestar orientado al trabajo.

Estamos de nuevo ante cambios profundos. Podemos calzarnos las zapatillas para correr más que nuestro compañero ante la carga de un oso hambriento pero mejor nos preocupamos acerca de cómo mejorar, mientras tanto, la suerte de los potenciales perdedores pues tanto con la desigualdad como con el calentamiento global, que requieren actuaciones globales, podemos volver a las situaciones históricas que propiciaron a las personas que actúan por el ‘fuero’, no sólo por el ‘huevo’, situaciones en las que se salva todo el mundo o no se salva nadie.

Vicente Ortún

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

(1) Piketty T, Saez E. Inequality in the long run. Science. 2014; 344: 838-43.

(2) Pastor A. Sobre el futuro del trabajo. El Mundo, 23 de mayo del 2014.

(3) Ludwig J, Greg J, Duncan GJ, Genetian LA, Katz LF, Kessler RC, Kling JR, Sanbonmatsu L. Neighborhood effects on the long-term well-being of low income adults. Science. 2012; 337: 1505-10.

(4) Mehdipanah R, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Muntaner C, Díez E, Bartoll X, Borrell C. The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a quasi-experimental study in Barcelona. J Epidemiol Community Health. 2014; 0:1-7. doi:10.1136/jech-2013-203434.

Las paradojas de la redistribución

Marx Ive, L Salanauskaite y G Verbist.

The redistribution Paradox Revisited Discussion Papers Series IZA WP 7414 May 2013.

Resumen

La conclusión de los autores del trabajo es que la extendida afirmación “cuanto más se orientan hacia los pobres los beneficios, menos verosímil resulta que se reduzcan la pobreza y la desigualdad” ya no se sostiene como una generalización empíricamente robusta, y que hay espacio para políticas sociales con mejoras de focalización, pruebas de medios, etiquetado y ‘softing’ frente a las discontinuidades de las condiciones de elegibilidad.

Antecedentes

Existe una larga controversia sobre si la orientación de las transferencias sociales hacia la parte inferior de la distribución de ingresos mejora realmente su impacto redistributivo o lo debilita. Se ha afirmado con gran influencia que (1) “cuanto más focalizamos los beneficios hacia los pobres, menos propensos somos a reducir la pobreza y la desigualdad”. El sustento empírico fundamental de esta proposición es una fuerte relación inversa, a nivel nacional, entre transferencias sociales focalizadas e impacto redistributivo. Desde esta perspectiva un sistema de bienestar para los pobres está condenado a ser un pobre sistema de bienestar. El trabajo comentado muestra que no existe una relación clara entre focalización y redistribuciones entre los países con un coeficiente de concentración negativo (reducción en términos porcentuales de la diferencia entre el Gini de mercado y el ingreso bruto).

Motivación

Para enmarcar esta investigación conviene saber que en ella la situación de España es la opuesta a la de Dinamarca: muestra un coeficiente de focalización muy débil (menos transferencias focalizadas frente a universalismo) y un muy débil efecto gasto pro-pobre. El debate es por tanto muy relevante en nuestro país. Hasta donde se sabe, la mayoría de estudios previos han mostrado que la utilización de atención primaria suele ser pro-pobres, mientras la asistencia especializada y hospitalaria es mayormente pro-ricos (2). Cuando los grupos situados en las decilas de ingresos más altas aumentan su utilización disminuye el poder redistributivo del gasto, mientras la presión para que aumente la financiación pública desplaza los impuestos hacia posiciones más regresivas, ya que los sistemas fiscales duales imponen a los grupos de bajos ingresos una fracción mayor de la que representan sus ingresos.

Una primera sospecha de los cambios mencionados procede de la propia crisis económica: si el gasto privado de salud es elástico a la renta, cabe esperar un efecto entre los ingresos más bajos. Sin embargo las decilas con menores ingresos pueden cambiar sus patrones de utilización de la atención primaria, que es la parte más favorable a los pobres de la actual redistribución de la renta implícita en especie de los servicios de atención de salud. Así, la atención de urgencias ha disminuido en España entre 2006 y 2011 alrededor de 20% y la atención primaria lo ha hecho en un 30%. Esto se debe al cambiante papel de aquellas barreras distintas al precio cero en el punto de servicios, en particular para los grupos de bajos ingresos en términos de no arriesgar su empleo con el absentismo laboral (son los médicos de atención primaria quienes emiten las bajas y sus partes), un mayor papel de la enfermería que actúa fuera de los centros de atención primaria, junto a ciertas innovaciones, como la receta electrónica que evita algunas visitas. Esto puede ser una prueba de que más utilización puede haber significado peor salud en lugar de mejor. Pero dadas las restricciones financieras, estos cambios conllevan una menor capacidad redistributiva de la asistencia sanitaria, especialmente si se observa una utilización constante de la asistencia hospitalaria (que es predominantemente pro-ricos).

COMENTARIO

La preocupación por la desigualdad de ingresos es una de las principales, no solo a nivel teórico –las contribuciones al tema de Picketty (3) si no incluso en las recomendaciones más aplicadas de política económica (4, 5). Las políticas fiscales y de bienestar social, así como la desigualdad de ingresos y la cohesión social han alcanzado con la crisis una posición prevalente.

En un contexto de demandas crecientes a los sistemas de bienestar resulta verosímil que las cuestiones relacionadas con la focalización resulten aun más relevantes. En la misma onda se puede afirmar (6) que “la participación benéfica de los no pobres en el estado del bienestar no es meramente despilfarro, si no en realidad contraproductiva. Cuanto más se benefician los no pobres, menos redistributivo será el impacto del Estado de bienestar”. El lado oscuro de estas afirmaciones puede estar en los mayores costes administrativos, los problemas de estigmatización y discontinuidades derivadas de las trampas de la dependencia. Sin embargo, la cuestión sustantiva es cuántos recursos pueden estar disponibles en realidad para su redistribución en sistemas de bienestar selectivos. Si la respuesta es menos fondos esto puede afectar a la capacidad total de la redistribución.

En el terreno empírico este tipo de estudios han de decidir cómo debe medirse la redistribución frente a algunas redistribuciones “contrafactuales”. Por ejemplo: quién obtiene qué después de las transferencias sociales pero antes de impuestos; quién obtiene qué antes de impuestos y transferencias; quién obtiene qué después de impuestos y transferencias... Los servicios públicos universales dan derechos de acceso sin considerar las restricciones financieras individuales. El acceso gratuito a los servicios públicos es para ricos y pobres, educados y no educados, población envejecida y jóvenes. Estos son los principios de la asistencia sanitaria y buena parte de la educación básica. Sin embargo, el acceso no es lo mismo que la utilización: esta relación está mediada por restricciones distintas al dinero (costes de oportunidad monetarios de las esperas, la impaciencia de la espera misma, el conocimiento sobre los beneficios esperables del tratamiento, reducción de costes por hacer menos colas) y, probablemente, por diferencias en necesidad (morbilidad objetiva, autoevaluación del estado de salud).

Aceptemos que el acceso universal y el aumento de la utilización independientemente de otras consideraciones puede tener algunas ventajas en términos de cohesión social y solidaridad entre las generaciones. Pero debe repararse en que, ceteris paribus, ese aumento origina presiones financieras hacia costes más elevados. En un contexto de tributación dual, ese incremento marginal de la regresividad de los impuestos es lo mismo que la reducción de la potencial capacidad de distribución por el lado del gasto. Ese sería el resultado, a pesar de que el mayor acceso de los grupos ricos pueda aumentar su disponibilidad a contribuir a la asistencia sanitaria pública, que es el argumento habitual a favor de una asistencia sanitaria sin restricciones de pruebas de medios, aunque tal vez más enfocada a los más necesitados.

Guillem López Casanovas

Centre de Recerca en Economia de la Salut. Universitat Pompeu Fabra.

(1) Korpi, W. and Palme, J. (1998) ‘The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries’, *American Sociological Review*, Vol. 63, Nº. 5: 661-687.

(2) Urbanos Garrido R. La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995. Hacienda pública española, 2000, Nº 153: 139-160.

(3) Picketty T, *Capital in the Twenty First Century*, Harvard University Press. Cambridge, MA: 2014.

(4) International Monetary Fund (2014), “Fiscal Policy and Income Inequality”, Policy Paper. 23 January.

<http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2014/012314.pdf>

(5) OECD. *Divided We Stand. Why Inequality Keeps Rising*. 2011. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/the-causes-of-growing-inequalities-in-oecd-countries_9789264119536-en#page1

(6) Goodin R, LeGrand J. *Not Only the Poor: The Middle Classes and the Welfare State*, Unwin Hyman, London. 1987.

La asistencia sanitaria como determinante positivo de la salud

Sommers BD, Long SK, Baicker K.

Changes in Mortality After Massachusetts Health Care Reform. A quasi experimental study. *Ann Inter Med* 2014; 160: 585-93.

Introducción

La reforma de 2006 del sistema sanitario en Massachusetts 2006 se considera el modelo de la Ley de Atención Sanitaria Asequible (Obamacare). Aunque logró una cobertura casi universal, los efectos sobre la salud de la población no estaban tan claros.

Objetivo

Determinar si la reforma del sistema sanitario de Massachusetts se asocia con cambios en la mortalidad general y en la mortalidad atribuible a causas susceptibles a la asistencia sanitaria.

Metodología

Comparación de los cambios en las tasas de mortalidad de los adultos –de 20 a 64 años– en los condados de Massachusetts desde 2001 hasta 2005 (antes de la reforma) y 2007-2010 (posterior a la reforma), comparados con los cambios en el grupo control, unos condados similares seleccionados mediante “propensity-score”. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) proporcionaron información de las muertes por cualquier causa estratificadas por edad, sexo y etnia correspondientes a todos los condados comparados (N= 146.825). Se analizaron también las muertes por causas particularmente susceptibles a la asistencia sanitaria, a la cobertura de seguro, al acceso a la atención, y a la percepción de salud.

Resultados

La reforma se asoció con una disminución significativa en la mortalidad por cualquier causa en comparación con el grupo control (–2,9%, p = 0,003, o una disminución absoluta de 8.2 muertes por cada 100.000 adultos). Las muertes por causas susceptibles a la atención sanitaria también se redujeron significativamente (–4,5%, p <0,001). Los mayores cambios se observaron en los condados que antes de la reforma tenían los ingresos familiares más bajos y las mayores tasas de no asegurados. Además se observaron incrementos significativos de la cobertura aseguradora, del acceso a la atención y de la percepción de salud. Se estimó que cada año, por cada 830 adultos a los que se procuraba cobertura sanitaria, se evitaba una muerte. Al tratarse de un estudio sin distribución aleatoria pueden existir factores de confusión no medidos, de modo que los resultados obtenidos en Massachusetts pueden no ser generalizables a otros estados.

Conclusiones

La reforma sanitaria en Massachusetts se asoció a una reducción significativa de la mortalidad general y de la mortalidad específica atribuible a causas susceptibles a la atención sanitaria.

COMENTARIO

A principios del verano Paul Krugman (1) arremetía contra las sesgadas críticas a la ley de la reforma sanitaria asumible y entre sus argumentos descalificadores de las agoreras predicciones de los republicanos destacaba el reconocido éxito del modelo sanitario de Massachusetts, introducido por Mitt Romney a la sazón el gobernador republicano del estado en 2006. Una reforma que inspiró directamente el Obamacare. Krugman insistía en la viabilidad económica y en la eficiencia de una decisión política que sobre todo consideraba más justa. Es probable que hubiera leído ya el artículo comentado que proporciona datos “duros” sobre el impacto de tal política al estimar un significativo descenso de la mortalidad, por su magnitud –cerca del 3%– y con una probabilidad de error de primera especie del 0’3%.

Los salubristas tenemos tendencia a enfatizar la importancia de los determinantes colectivos, particularmente sociales, sobre la salud, y sobre todo aquellos que son ajenos al sistema sanitario, básicamente asistencial. El Population Health Institute de la Universidad de Wisconsin que elabora anualmente el ranking de comunidades saludables en Estados Unidos estima la influencia del sistema sanitario como determinante de la salud en un 20% del total, mientras que asigna a la influencia del medio un 10%, a los hábitos y conductas saludables un 30% y a los factores socio-económicos el 40% (2). Planteamiento que refleja las consideraciones ya clásicas de Thomas Mc Keown que a pesar de algunas merecidas críticas conserva buena parte de su vigencia (3). Ello no obstante, conviene reconocer el benéfico papel –o papeles– que los sistemas sanitarios de cobertura universal ejercen sobre el bienestar y la salud de las poblaciones que los disfrutaban. Una influencia positiva que se ha podido comprobar razonablemente al analizar la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria la mitad de la cual sería atribuible a la mejora de la supervivencia por infarto agudo de miocardio (4).

Este trabajo es una razonable demostración del verosímil efecto que sobre la mortalidad de la población implica universalizar o casi la cobertura sani-

taria. Aunque como los mismos autores destacan, al no tratarse de un ensayo aleatorizado, la eventual influencia de factores de confusión desconocidos a la hora de interpretar los resultados. Aunque cuesta imaginar cómo llevar a cabo en la práctica un experimento controlado de tales dimensiones, la elaboración de un índice de propensión ha permitido seleccionar 14 condados muy parecidos a los de Massachusetts. Como era de esperar la reducción de la mortalidad es mayor en las personas de etnia no blanca, residentes en condados cuya renta media es más baja y en los que la proporción de no asegurados (antes de la reforma) es más alta. Llama la atención, sin embargo, que entre las características de la atención médica que se han valorado destaque el número anual de visitas preventivas al médico que ha aumentado un 18% con la reforma. A pesar de la importancia potencial de la iatrogenia parece más mortífero carecer de cobertura sanitaria, aunque sería todavía mejor seleccionar aquellas actividades asistenciales más pertinentes, efectivas y seguras.

Andreu Segura Benedicto

Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP).
Generalitat de Catalunya.

(1) Krugman P. The incompetence dogma. So much for Obamacare not working. http://economia.elpais.com/economia/2014/06/27/actualidad/1403889956_222773.html

(2) Health Population Institute. County Health Rankings. Methods and measures. <http://www.countyhealthrankings.org/webinars/county-health-rankings-methods-measures>.

(3) Colgrave J. The Mc Keown thesis: A historical controversy and its enduring influence. *Am J Public health* 2002; 92: 725-9.

(4) Smolina K, Wright FL, Rayner M. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010: linked national database study. *BMJ* 2012;344:d8059.

La vitamina D: algo más que huesos

Schöttker B, Jorde R, Peasey A, Thorand B, Jansen E, Groot L, et al.

Vitamin D and mortality: meta-analysis of individual participant data from a large consortium of cohort studies from Europe and the United States *BMJ* 2014; 348:g3656.

Objetivo

Investigar la asociación entre la concentración sérica de 25 hidroxivitamina D (25 OH VitD) y la mortalidad, en una gran agrupación de estudios de cohortes, con especial atención a la edad, sexo, estación y diferencias entre países.

Diseño

Metaanálisis de datos individuales de 26.018 hombres y mujeres de la población general de entre 50 y 79 años agrupados en ocho cohortes prospectivas de Europa y Estados Unidos. La medida de la 25(OH)D se realizó en la cohorte completa en unos estudios y de forma aleatoria en otros. La medida principal de resultados fue la mortalidad cardiovascular, por cáncer y por todas las causas.

Resultados

La concentración mediana de 25 OH VitD osciló entre 24 and 62 nmol/ y presentó variaciones importantes entre estaciones, países (mayor en EEUU y norte de Europa) y sexo (mayor en hombres) pero no se observó una tendencia con la edad. No está claro si las diferencias están relacionadas con la distinta exposición a la luz ultravioleta, dieta u otros, o son artefactos debidos a las diferentes técnicas analíticas utilizadas. Las técnicas usadas en las ocho cohortes no fueron estandarizadas por lo que grandes diferencias podrían deberse al efecto del test. Así mismo en el estudio Tromsø se excluyeron los fu-

madores habituales debido a que los resultados del test arrojaron cifras un 15- 20% superiores a los no fumadores, dato que no fue reproducible con las otras pruebas.

La mediana de seguimiento varió entre 4,2 y 15,8 años y hubo 6.695 pérdidas por fallecimiento.

Entre los valores inferiores y los quintiles superiores se observó un riesgo relativo de 1,57 (1,36-1,81, 95% IC) para todas las causas de mortalidad. Para mortalidad cardiovascular este valor fue similar a la encontrada para todas las causas en sujetos con y sin enfermedad cardiovascular de base. Con respecto a la mortalidad por cáncer, solo se observó asociación entre los sujetos con historia de cáncer (1.70; 1.00-2.88). No se detectaron diferencias específicas importantes para la edad, sexo, estaciones o países.

Conclusiones

Los autores encontraron una baja heterogeneidad en la mayoría de los metaanálisis. Se están llevando a cabo ensayos controlados aleatorizados para medir la supervivencia, antes de recomendar suplementos de Vit D en individuos con niveles séricos bajos.

Financiación y conflictos de interés: El estudio forma parte del CHANCES Project financiado por el FP7 de la DG-RESEARCH de la EU. Los investigadores se declararon independientes de los financiadores, que no participaron en el diseño del estudio.

Correspondencia: b.schoettker@dkfz.de

COMENTARIO

El nivel sérico de 25(OH)D es el mejor indicador del estado global de vitamina D, sin embargo, existe controversia sobre las concentraciones séricas que se asocian a déficit (p. ej. para desarrollar raquitismo), a salud ósea adecuada y a estado de salud óptimo (1). Muchas publicaciones recientes consideran el nivel establecido por consenso, de 30 ng/ml como punto de corte para establecer nivel suficiente, y valores entre 21 y 29 ng/ml de 25(OH)D como déficit relativo (2).

En el año 2011 y tras la revisión de la literatura científica disponible, el Institute Of Medicine (IOM) concluyó que niveles de 25(OH)D de 20 ng/ml cubrirían los requerimientos del 97,5% de la población y lo establece como valor de referencia para los profesionales sanitarios en el manejo de los pacientes en la práctica clínica. Para niveles séricos superiores los datos son escasos, sobre todo en cuanto a los efectos a largo plazo de concentraciones altas mantenidas, y es prudente un margen de seguridad para las recomendaciones de salud pública. Por último, señalan el valor de 50 ng/ml como límite para la aparición de potenciales efectos adversos. El informe señala además, que atendiendo a estos niveles de corte, se ha podido dar una sobreestimación de la prevalencia del déficit de vitamina D (2).

Este trabajo aporta más datos a la serie de estudios observacionales previos, que sitúan los posibles beneficios de la vit D más allá del metabolismo óseo, apuntando a posibles efectos sobre la reducción del cáncer, enfermedades cardiovasculares, e incluso reducción de la mortalidad. La historia previa de cáncer o de enfermedad cardiovascular la obtienen de un cuestionario autoadministrado casi en todas las cohortes, por lo que no podemos descartar sesgos de información.

Una revisión Cochrane (3) recientemente publicada, que incorpora 159

ensayos clínicos aleatorizados concluyó que aunque la Vitamin D3 (colecalférol) parece descender la mortalidad en personas ancianas que viven solas o en instituciones, el riesgo de selección por abandono y otros riesgos identificados en el metaanálisis, no permite extraer conclusiones. Son necesarios ensayos aleatorizados controlados, frente a placebo para asegurar la asociación.

Coincidiendo con las conclusiones de Osakidetza (1) no hay evidencias de los beneficios de medir niveles séricos de 25(OH)D en la población asintomática aunque podría ser útil en población de riesgo, ante síntomas clínicos de raquitismo u osteomalacia, niveles elevados de fosfatasa alcalina o PTH y niveles bajos de calcio o fósforo o personas de edad avanzada, con osteoporosis o con riesgo aumentado de caídas o fracturas.

Los resultados de los estudios no son concluyentes para recomendar suplementos de vitamina D en la protección contra las enfermedades del corazón, el cáncer, las enfermedades autoinmunes, la diabetes o la depresión.

Soledad Benot López

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena, Sevilla.

(1) Vitamina D: Evidencias y Controversias. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Volumen 20, nº 2; 2012.

http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_2.pdf

(2) Rosen CJ. Vitamin D Insufficiency. *N Engl J Med.* 2011;364:248-54. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1009570>.

(3) Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D, Whitfield K, Wetterslev J, Simonetti RG, Bjelakovic M, Gluud C. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD007470. DOI: 10.1002/14651858.CD007470.pub2. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD007470.pdf>.

Ver TV más de una hora al día favorece el sobrepeso y/o la obesidad

Martínez-Moyá M, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, Giménez-Monzo D, González-Palacios S, Valera-Gran D, Sempere-Orts M, Vioque J.

Asociación entre horas de televisión, actividad física, horas de sueño y exceso de peso en población adulta joven. Gac Sanit. 2014;28(3):203–208.

Objetivo

Analizar en una población universitaria la asociación del exceso de peso corporal o el índice de masa corporal (IMC) con las horas de televisión consumidas, la actividad física autorreferida y las horas de sueño.

Tipo de estudio

Análisis transversal con 1.135 participantes de 17 a 35 años –todos estudiantes de Ciencias de la Salud en la Universidad Miguel Hernández (Alicante)– incluidos en el proyecto “Dieta, antropometría y salud en población universitaria”. Se recogen datos sobre las horas de televisión y de sueño, la actividad física, el peso y la talla autorreferidos, y otras variables de interés. Se calcula el IMC (kg/m^2) y se define el exceso de peso ($\text{IMC} \geq 25$). La asociación entre el exceso de peso (variable dependiente) y las variables independientes: TV, sueño, actividad física, se analizó mediante regresión logística múltiple y regresión lineal múltiple para el IMC.

Método

Participaron 315 hombres y 820 mujeres para conocer cuyo peso y talla se hicieron dos preguntas: “¿Aproximadamente cuánto pesas sin zapatos ni ropa?” y “¿Cuánto mides descalzo?”. Los datos obtenidos fueron validados mediante comparación con una submuestra de un estudio anterior en 2013 y la correlación entre ambos estudios fue: 0.97, 0.96 y 0.95 para el peso, la talla y el IMC respectivamente y con una sensibilidad para detectar el exceso de peso entre los datos medidos y los declarados del 81%, especificidad 98,5 y un valor predictivo positivo del 90.6%. Se establece como variable dependiente dicotómica de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) el valor determinado por la O.M.S. ($\text{IMC} > 25 \text{ Kg}/\text{m}^2$).

Las preguntas fueron: ¿Cuántas horas ves la TV semanalmente? En los últimos 12 meses, ¿cuántas horas duermes al día? En relación con la actividad física ¿cómo te consideras: moderadamente activo, bastante, o muy activo? Cada participante aportó: edad, sexo, titulación cursada, consumo de tabaco y estado de salud autopercebida. En cuanto a su ingesta media diaria: calorías, miligramos de cafeína, gramos de alcohol, consumo de frutas y verdura.

Resultados

Los participantes fueron mayoritariamente mujeres (72,2%), edad media 23,0 años, estudiantes de medicina (72,2%). Veían la televisión una media de 1,4 horas al día, dormían una media de 7,8 horas y el 54,6% eran nada o poco activos. El IMC medio fue de $22,2 \text{ kg}/\text{m}^2$, $21,6 \text{ kg}/\text{m}^2$ en mujeres y $23,7 \text{ kg}/\text{m}^2$ en hombres. La prevalencia de exceso de peso fue del 13,7% (11,2% sobrepeso y 2,5% obesidad), mayor en los hombres (22,9%) que en las mujeres (10,2%).

La prevalencia de exceso de peso fue significativamente superior en los mayores de 23 años (18,6% frente a 11,5%), en los hombres (22,9% frente a 10,2%) y en los estudiantes de titulaciones distintas a medicina (18,0% frente a 12,1%).

Conclusiones

El número de horas de TV al día se asoció significativamente a mayor riesgo de exceso de peso (a más de 2 horas mayor riesgo). La actividad física se asoció de manera inversa con el riesgo de exceso de peso, los nada o poco activos tenían un 40% más de riesgo que los bastante o muy activos. No se encontró asociación entre horas de sueño y exceso de peso.

COMENTARIO

En este estudio, la prevalencia de exceso de peso en el rango de edad 17-24 años fue del 11,5%, ligeramente más baja que en la Encuesta Nacional de Salud Española de 2011-2012 (1) para esas mismas edades. Y también más baja que en otros estudios en población universitaria general. Puede deberse a múltiples factores: mayor nivel educativo de la muestra que la población general, a que los participantes eran mayoritariamente estudiantes de ciencias de la salud, con mayor conciencia de su salud y hábitos más saludables (menor consumo de tabaco y alcohol). Otra posible explicación de estas diferencias puede ser la mayor participación de mujeres en este estudio, que suelen tener menor prevalencia de exceso de peso que los hombres.

La principal novedad presentada es realizarse sobre jóvenes universitarios, y señalar la población masculina de más de 23 años como objetivo para desarrollar programas y estrategias de intervención dirigidas a disminuir las conductas sedentarias, que tanto impacto negativo tienen en etapas posteriores de la vida. En esta dirección recientemente ha sido creada la Red Española de Universidades Saludables (REUS) (2) basada en la Carta de Ottawa (3) con el objetivo de promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las

instituciones comunitarias y las universidades, en la búsqueda de potenciar la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto (4). Las limitaciones son evidentes: universitarios de ciencias de la salud, voluntarios, mayoritariamente mujeres, datos autorreferidos, reducido tamaño de la muestra.

Flor Raigada González

Formación, Fundación Gaspar Casal.

(1) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

(2) Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Red Española de Universidades Saludables. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>

(3) Primera Conferencia Internacional Promoción de la Salud Ottawa 1986. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. <http://www.who.int/healthpromotion/conferencias/previous/ottawa/en/>

(4) Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Acuerdo Marco REUS. <http://www.meecd.gob.es/dms-static/c2ac316d-77cb-4bd8-ba8c-9ab365a3ba0e/convenio-pdf.pdf>

Efectos de las solicitudes de medicación por parte del paciente. Las repercusiones del exceso de información

McKinlay J, Travhtenberg F, Marceau L, Katz J, Fischer M.

Effects of Patient Medication Requests on Physician Prescribing Behavior: Results of A Factorial Experiment. Medical Care, Volumen 52, Number 4, April 2014.

Antecedentes

El acceso a la información se produce por diferentes fuentes como consejos de amigos, publicidad o internet, de manera que los pacientes se activan cada vez más. Toda esta información conforma en ellos una opinión, en ocasiones mal fundamentada, sobre el tratamiento que deben recibir o de la enfermedad que supuestamente padecen. En tal escenario se hace imprescindible estudiar hasta qué punto las peticiones que los pacientes realizan de medicamentos repercuten en el comportamiento del médico prescriptor.

Métodos

Se realizan dos experimentos con los casos de un paciente no diagnosticado con síntomas que sugieren una fuerte ciática y otro paciente con un diagnóstico de osteoartritis. Ambos proponen dos escenarios diferentes: realizan la petición activa de un medicamento en particular o una petición pasiva de cualquier medicamento para aliviar el dolor. Los pacientes que solicitaban un medicamento específico para la ciática solicitaron oxicodona y los que padecían de artrosis de rodilla solicitaban celebrex. Este estudio se enfoca sobre 192 médicos de AP (Atención Primaria) procedentes de seis estados de Norte América.

Resultados

Los hallazgos del estudio muestran que el porcentaje de pacientes que consiguen los medicamentos anteriormente descritos son más altos entre los pacientes que se muestran activos que entre los considerados pasivos. El 19,8% de los pacientes con ciática que solicitan oxicodona la reciben recetada frente al 1% que la reciben sin realizar ninguna petición. Por otro lado, el 53% de los pacientes con artrosis de rodilla que solicitan celebrex lo reciben, en contraposición al 24% que lo hacen sin realizar ninguna petición.

Conclusión

Tradicionalmente se interpretaba, sin suficiente fundamento, que las decisiones sobre si se debe prescribir un medicamento y cuál las tomaban los médicos, mientras los pacientes asumían un papel más pasivo, sin apenas influencia en las decisiones del facultativo. A la luz de los resultados de nuevos estudios esta interpretación no se corresponde con la realidad actual, pues los pacientes se están mostrando como partícipes cada vez más activos en su cuidado médico.

COMENTARIO

Los desarrollos de las últimas décadas en la sociedad implican una serie de cambios notorios entre los pacientes actuales y los de hace 50 años. Actualmente más – y mejores– fuentes de información son fácilmente accesibles y en algunas de ellas, como Internet, podemos decir que son casi infinitas. Paralelamente a este mayor acceso de los pacientes a fuentes de información antes cegadas contribuye (1) a que hayamos pasado de pacientes que llegaban a la consulta con malestar difuso, a pacientes capaces de enumerar en argot científico sus síntomas, llegando en ocasiones a aventurar un diagnóstico previo a la consulta y a pedir al facultativo un medicamento en particular.

En algunos aspectos, el fácil acceso a la información resulta beneficioso (2), tanto para el paciente como para el médico. Este beneficio reside en que el paciente es capaz de explicar al facultativo de forma más clara cuáles son sus síntomas y, de este modo, llegar a un diagnóstico de manera más eficiente y eficaz. Pero, por otra parte, debemos considerar que no toda la información es fiable y, que en todas las fuentes, podemos encontrar información contradictoria o falsa que sirva de confusión en un diagnóstico.

El trabajo comentado está centrado en el sistema sanitario norteamericano, que dista bastante del sistema sanitario que tenemos en nuestro país, pero hay ciertos rasgos que son aplicables. Porque la cuestión fundamental no reside en que se prescriba (3) un medicamento

concreto, si no, en la prescripción de ciertos principios activos por parte del facultativo que se vea influenciado por las peticiones del paciente. En España, al igual que el país que ha servido de estudio para este artículo, se prescriben los medicamentos con mayor facilidad si el paciente los solicita.

Es importante concienciar a los facultativos de que, aunque los pacientes cuenten con mayores y mejores aportes de información que hace algunos años, no significa que puedan utilizarlo como una herramienta más de diagnóstico. A la hora de realizar prescripciones, deben basarse únicamente en las pruebas diagnósticas y en los síntomas que refleja el paciente, pero sin dejarse influenciar demasiado por ellos, ya que, al fin y al cabo, el acceso a ingentes datos dispersos no los transforma en la deseable en información que puede resultarles beneficiosa.

Estibaliz Simón Gutiérrez

Sistemas de información. Fundación Gaspar Casal.

(1) Jovell A, Navarro M, Fernández L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38(3):234-7.

(2) Albar C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente.

(3) Bernal M. Ética de la preinscripción. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 2/2011.

El aire que respiramos

Manuel Arranz

Thomas Wolfe

Hermana muerte. Traducción de Juan Sebastián Cárdenas, Periférica, 2014.

“Una noche –una de esas noches caleidoscópicas de locura, ebriedad y furia que conocí en aquel año, cuando merodeaba por la gran avenida de la oscuridad de sol a sol, desde la medianoche hasta el amanecer, cuando el mundo entero se proyectaba a mi alrededor en una danza descomunal y enloquecida... Pensé en cómo el polvo del primer César serviría ahora para encalar una pared y en cómo nuestras vidas están en contacto con todos aquellos que alguna vez vivieron, cómo cada oscuro momento, cada vida oscura, cada voz perdida y cada paso olvidado seguían vibrando en algún lugar del aire que nos rodeaba”. Y el aire que nos rodea, es el aire que respiramos.

Los mejores libros sobre la enfermedad y la muerte, ya se trate de ensayos filosóficos o de novelas, dos géneros estos que tienen mucho en común, son libros sobre la salud y la vida, libros sobre el amor a la vida, y Thomas Wolfe, que murió de tuberculosis a los treinta y ocho años, siempre escribió sobre la vida, sobre la suya en particular, ya que pensaba que el escritor tenía que utilizar materiales sacados de su propia vida si quería producir algo perdurable, y sobre la nuestra en general, cosa que percibimos al instante al leer sus novelas.

Hermana muerte, la soledad y el sueño son los otros dos miembros de esta antigua y linajuda familia, “compañeros con los que anduve la mayor parte de mi vida”, es la cuarta novela que publica la editorial Periférica: *El niño perdido*, *Una puerta que nunca encontré*, y *Especulación* son las otras tres, a cual de ellas más fascinante y soberbia. Todas ellas, como toda la obra de Thomas Wolfe por lo demás, tienen un trasfondo autobiográfico. Un trasfondo de cosas que le pasaron, de cosas que le contaron, de cosas que presenciaron o leyó en alguna parte, incluso de cosas que soñó. Pero *Hermana muerte* no es, estrictamente hablando, y en contra de lo que pudiera sugerir su título, una novela sobre la muerte, aunque hable de la muerte, o si lo prefieren, la muerte sea su tema. Wolfe se propuso retratar en sus novelas la vida hasta en sus más nimios detalles, que suele ser casi siempre donde reside la verdadera vida, esas cosas “que parecen no tener importancia en el momento que las vemos, pero que perduran en nuestra memoria y en nuestro corazón”. Y para hablarnos de esa vida, que es hermosa, fea, alegre, aburrida, sórdida, desgraciada, feliz, alternativamente, y, lo más a menudo, al mismo tiempo, Wolfe nos describe en esta ocasión el accidente de la muerte (la muerte siempre es un accidente, lo mismo que la vida) a través de las reacciones de sus ocasionales testigos, de sus comentarios, de sus silencios, de sus bromas, de sus sentenciosas y absurdas palabras tan fuera de lugar siempre, y que son siempre el contrapunto humano a un acontecimiento inhumano que nos supera. Nadie está a la altura de la muerte, nadie puede com-

prenderla, porque la muerte, aunque en ocasiones pueda tener dignidad, y hasta grandeza, es siempre absurda, y nunca tiene altura. Del mismo modo que nunca aprendemos a morir, sino todo lo contrario, aprendemos a vivir. Tema éste, el de aprender a vivir, de moda entre los filósofos modernos (ya lo estuvo entre los antiguos).

Las muertes de Wolfe ocurren en la gran ciudad, “soy la ciudad de los diez millones de pasos, la ciudad de los diez millones de rostros (...) ¿Acaso crees que me importas? ¿Crees que soy amable porque el sol brilla cálidamente sobre tu cabeza en abril? (...) No soy ni amable, ni cruel, ni amorosa, ni vengativa. Todos vosotros me resultáis indiferentes, pues sé bien que otros vendrán cuando hayáis desaparecido...”. Un lugar que siempre fue peligroso para vivir, un lugar que se cobra diariamente su tributo de “pequeños seres” que “sudan, maldicen, odian, mienten, engañan, suplican, aman y se esfuerzan continuamente hasta que su carne se seca y se hace dura y yerma como las piedras sobre las que caminan, sus ojos se oscurecen y se apagan como brasas extintas, sus palabras se vuelven ásperas y estériles y estridentes”. En la novela esta ciudad es Nueva York, la gran ciudad por antonomasia del siglo veinte, donde los hombres y mujeres se confunden unos con otros, forman una masa indeterminada y amorfa, sudorosa y vociferante la mayoría de las veces, una masa que si miramos más de cerca está compuesta no obstante de seres concretos, únicos, insustituibles, seres que sufren, aman, odian, pasan hambre o son felices, y que Wolfe describe con una precisión de detalle asombrosa, seguramente porque no se limita a mirar lo que ve, sino que se empeña en ver lo que mira. Millones de caras y millones de voces transformados en millones de palabras y viceversa. En eso consiste la literatura.

La prosa de Wolfe es milagrosa, la construcción de las frases, su cadencia, el ritmo de la narración, el peso, en unas ocasiones, y la levedad en otras, de las palabras, sus combinaciones, su tensión, su forma de contar las cosas en definitiva, de describir a los personajes, o mejor dicho de dejar que se describan a sí mismos mediante una frase, una prenda de la ropa mal o bien llevada, un gesto, una sonrisa de disimulo, un ademán equívoco, las situaciones tan familiares, tan cotidianas, todo se sucede con tanta naturalidad y parece a la vez tan calculado que resulta prodigioso. Wolfe no juega con el lector porque no piensa que la literatura sea un juego, ni siquiera un juego de palabras, no le sorprende con finales inesperados ni utiliza ninguno de los trucos habituales de los escritores para mantener la atención del lector, no los necesita, sus relatos parecen hechos de una pieza, no hay nada superfluo en ellos, nada prescindible, a pesar de que sabemos que muchos los reescribió varias veces. De Wolfe se ha dicho que creó más de

dos mil quinientos personajes, y que con sus relatos y novelas pretendía registrar todas las manifestaciones de la vida: reescribir la historia de América, al menos la del último siglo, a través de la vida y la muerte de sus hombres y mujeres, de sus ciudades, sus ilusiones, sus decepciones, su valor y su cobardía, sin olvidar ningún detalle. Todo el mundo sabe, o debería de saber, que la historia se lee mejor en las novelas que en los libros de historia, que no suelen ser más, en la mayoría de los casos, que una sucesión de hechos interpretados de una forma interesada. Hechos por lo demás cuya exactitud siempre resulta sospechosa. Aunque para Wolfe siempre tuvo menos importancia la exactitud de los hechos que su realidad. “No es importante, por ejemplo, que uno recuerde a una mujer bella de dudosa virtud que venía de Kentucky en el año 1907. Pudo perfectamente haber venido de Idaho o de Texas o de Nueva Escocia... Lo realmente importante es expresar tan bien como sea posible la personalidad y las cualidades de la mujer bella de dudosa virtud”. De manera que sus libros pueden no ser fieles a los hechos, pero en cambio sí lo son a la experiencia. Con la memoria suele pasar lo mismo.

La vida está hecha de contrastes, contrastes morales sobre todo, que se reflejan en la forma de vivirla, de afrontarla o darle la espalda, de perderla o sacrificarla, dignamente o inútilmente, ¿dónde está la diferencia? Y Thomas Wolfe, en sus fascinantes relatos y con su deslumbrante prosa, tan admirada por Faulkner que no admiraba a nadie, y menos todavía a un escritor, y tan admirablemente traducida hoy a nuestro idioma por Juan Sebastián Cárdenas, nos hace reflexionar, como quien no quiere la cosa, en esa vida que transcurre entre la euforia y la desesperación, y de paso,

en el inmenso poder de la literatura para evocar el mundo y los hombres que viven y mueren en él, ese mundo del que todos nosotros no somos más que “un diminuto átomo mugriento”, un pequeño ser con “una meta modesta pero admirable de seguridad, libertad y reposo por la cual todos los hombres de este mundo han luchado y sufrido”, un “pequeño ser” perdido entre una multitud de pequeños seres como él, un pequeño ser que no es nada y que sin embargo lo es todo.

“Wolfe ha sido el mejor en el fracaso, porque trató extremadamente de decir lo máximo posible. Lo que admiro en él es que hizo cuanto pudo para que todo quedara dicho. Estaba decidido a desembarazarse del estilo, la coherencia y todas las reglas de la precisión para tratar de plasmar toda la experiencia del corazón humano en la cabeza de un alfiler. Y eso es lo que hizo” (William Faulkner).

Y no me resigno a terminar sin citar una frase de Rousseau leída recientemente sobre los médicos (que conste que he elegido la menos virulenta de todas): “vive según tu naturaleza, sé paciente y huye de los médicos. No evitarás la muerte, pero sólo la experimentarás una única vez, en lugar de tenerla todos los días metida en tu enfebrecida imaginación, y que su falso arte de prolongar tus días te prive de su disfrute”. Sí, ya sé que van a decirme que era el siglo dieciocho, que la gente entonces se moría como moscas, y que nadie lee hoy a Rousseau en España. Y tienen razón, en todo, no lo niego, pero me he enterado que algunos médicos están empezando a prescribir libros, y se me ocurre que quizás podrían incluir algunos de Rousseau para los casos más graves. Y, sobre todo, los relatos y las novelas de Thomas Wolfe.

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>

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