

Editoriales	
Desigualdades socioeconómicas en salud: evidencias e interpretaciones	3
El <i>nomos</i> del <i>oikos</i> y el <i>logos</i> del <i>onco</i> . Un diálogo complejo	6
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Los copagos reducen la adherencia a medicamentos efectivos	8
Centralización y auditorías clínicas mejoran los resultados en la cirugía de cáncer de recto	9
Reforzar la atención primaria es beneficioso para la salud	10
Efectividad, tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
El cálculo del riesgo cardiovascular con tablas no tiene impacto en la salud de los pacientes	11
Datos reales del empleo de real world data. Mucha tendencia y pocas nueces	12
La gestión farmacéutica mejora la calidad en las transiciones entre niveles asistenciales	13
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Cuando las pruebas dicen NO pero bastantes médicos –y muchos pacientes– dicen SI	14
El sexo (o el género) del médico es importante para la salud (del paciente)	15
Rápida reducción en el riesgo de ictus mayor o síndrome coronario agudo tras un accidente isquémico transitorio	16
Elementos para un debate informado	
¿Debe seguir estando prohibido morir por decisión propia?	17
Evaluación económica, eficiencia, costes	
Coste-utilidad de la artroplastia en las fracturas complejas de húmero en ancianos	26
La colecistectomía realizada en el ingreso hospitalario por pancreatitis aguda es más coste-efectiva que la realizada electivamente en un ingreso posterior	27
Utilización de servicios sanitarios	
Incremento de medicación concomitante al tratamiento antirretroviral en la población con infección por VIH	28
Sobrediagnóstico y sobretatamiento: amenazas para los pacientes y el sistema sanitario	29
Gestión: Instrumentos y métodos	
Cuando lo urgente puede esperar, el beneficio de un buen triaje	30
El análisis de la variabilidad en resultados y costes puede mejorar la calidad de la atención	31
Política sanitaria	
Efectos de la innovación médica sobre la violencia doméstica	32
Limitaciones de los actuales diseños de ensayos clínicos en oncología para identificar el beneficio clínico	33
Políticas de salud y salud pública	
El nivel socioeconómico es un factor de riesgo de mortalidad más importante que el alcohol, la obesidad y la hipertensión	34
La evolución del gasto sanitario y en salud pública en EEUU, 1996-2013	35
Resultados contraintuitivos: La crisis en Europa favorece la salud poblacional (como mínimo a corto plazo)	36
Una imagen mejor que mil palabras: Impacto de las imágenes en los paquetes de tabaco sobre el comportamiento de los fumadores	37
A su salud	
Todo bajo control	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)
Carlos Campillo (Mallorca)
Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
Anna García Altes (Barcelona.)
Antonio J Garcia Ruiz (Málaga)
Jordi Gol (Madrid)
Beatriz Gonzalez López-Valcarcel (Las Palmas)
Ildefonso Hernández (Alicante)
Felix 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

José María Abellán (Murcia)
Javier Aguiló (València)
Jordi Alonso (Barcelona)
Paloma Alonso (Madrid)
Andoni Arcelay (Vitoria)
Manuel Arranz (València)
Pilar Astier Peña (Zaragoza)
José Asua (Bilbao)
Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
Lluís Bohigas (Barcelona)
Francisco Bolumar (Alcalá)
Eduardo Briones (Sevilla)
Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
Juan Cabasés Hita (Pamplona)
Jesús Caramés (Santiago)
David Casado Marín (Barcelona)
Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
Enrique Castellón (Madrid)
Xavier Castells (Barcelona)
Ferran Catalá (Madrid)
Jordi Colomer (Barcelona)
Indalecio Corugedo (Madrid)
José Expósito Hernández (Granada)
Lena Ferrús (Barcelona)
Fernando García Benavides (Barcelona)
Nuria García-Agua Soler (Málaga)
Sandra García-Armesto (Zaragoza)
Joan Gené Badía (Barcelona)
Juan Gérvas (Madrid)
Luis Gómez (Zaragoza)
Victoria Gosalves (Valencia)
Alvaro Hidalgo (Madrid)
Pere Ibern Regás (Barcelona)

Jaime Latour (Alacant)
Puerto López del Amo (Granada)
Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
Susana Lorenzo (Madrid)
Javier Marión (Zaragoza)
Juan Antonio Marqués (Murcia)
José Joaquín Mira (Alacant)
Pere Monrás (Barcelona)
Carles Murillo (Barcelona)
Juan Oliva (Madrid)
Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
Olga Pané (Barcelona)
Pedro Parra (Murcia)
Josep Manel Pomar (Mallorca)
Joan MV Pons (Barcelona)
Felix Pradas Arnal (Zaragoza)
Octavi Quintana (Bruselas)
Enrique Regidor (Madrid)
Marisol Rodríguez (Barcelona)
Pere Roura (Barcelona)
Montse Rué (Lleida)
Ramón Sabés Figuera (Sevilla)
Ana Sainz (Madrid)
Gabriel Sanfelix (valencia)
Bernardo Santos (Sevilla)
Pedro Saturno (Murcia)
Andreu Segura (Barcelona)
Pedro Serrano (Las Palmas)
Bernardo Valdivieso (València)
Juan Ventura (Asturias)
Albert Verdagué Munujos (Barcelona)
Román Villegas Portero (Sevilla)

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
Annals of Internal Medicine
Atención Primaria
Australian Medical Journal
British Medical Journal (BMJ)
Canadian Medical Association Journal
Cochrane Library
Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria
Epidemiology
European Journal of Public Health
Gaceta Sanitaria
Health Affairs
Health Economics

Health Services Research
International Journal on Quality in Health Care
Joint Commission Journal on Quality Improvement
Journal of American Medical Association (JAMA)
Journal of Clinical Epidemiology
Journal of Clinical Governance
Journal of Epidemiology & Community Health
Journal of General Internal Medicine
Journal of Health Economics
Journal of Public Health Medicine
Health Expectations
Lancet
Medical Care
Medical Care Review

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

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

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud. GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

Desigualdades socioeconómicas en salud: evidencias e interpretaciones

Reflexiones a raíz del primer análisis con datos individuales de toda la población de Cataluña

Anna García-Altés y Guillem López i Casanovas

La crisis económica de los últimos años ha tenido un impacto importante sobre los determinantes sociales de la salud, limitando la renta disponible de la ciudadanía y afectando sus condiciones de vida, trabajo y vivienda. Sin embargo, comprender los mecanismos por los que las desigualdades sociales inciden en la salud poblacional, a efectos de cómo combatirlos o neutralizarlos de la manera más efectiva posible, en cada lugar y momento del tiempo, sigue siendo una asignatura pendiente de nuestra política social.

La simple constatación de los efectos de la crisis sobre las desigualdades de renta primero, y de salud después, no da pistas certeras de cómo los elementos surgen e interaccionan. ¿Es que alguien puede pensar que es su causa fundamental los efectos del recorte en el gasto sanitario para equilibrar la caída de los ingresos fiscales, de modo que retornando la financiación a los niveles anteriores a la crisis se puede considerar el incremento de desigualdad eliminado? Ciertamente, algunos sistemas sanitarios europeos han mostrado una mejor resistencia que otros ante las crisis y, entre los factores que explican esta mejor respuesta, están para algunos autores las políticas públicas de gasto en salud. Pero ¿hablamos de resiliencia en los niveles de gasto o de sistemas que han sabido responder mejor a la crisis con la refocalización de los recursos disponibles en cada caso, habiendo aceptado que más gasto sanitario no siempre es mejor y que ahora más que nunca ha sido necesario priorizar? ¿Estamos así diciendo que es la inercia, la incapacidad de adaptación a coyunturas económicas cambiantes el elemento decisivo? ¿Acaso no es probable que gastando “a piñón fijo”, ante una reducción de recursos asistenciales, no sólo empeora la salud de la población, sino que se hace más desigual? ¿Son factores de demanda los decisivos, siendo el paro más elevado, la reducción de expectativas de consumo, los impagos ante compromisos del pasado tomados insensatamente, la angustia y pérdida de autoestima los vectores relevantes?

Para derivar más desigualdad, y no tan sólo mayor pérdida de salud, tenemos que asumir algunas hipótesis sobre el comportamiento de la demanda, resultado de las elasticidades precio y renta, para poder identificar un aumento en las desigualdades de salud como resultado de la crisis económica. Ello podría no darse, sin embargo, si el sistema perdiera universalismo, fuese más selectivo, priorizara mejor las nuevas y mayores necesidades relativas de determinados colectivos. O en el caso de que, dada la elasticidad renta, los grupos de ingreso medio/alto abandonasen los seguros complementarios, y con ello se viese afectada su salud. Notemos que estos no pueden ser supuestos extraños para algunos, ya que entrarían en la misma lógica que la de los muchos analistas que ligan resultados de salud a consumos sanitarios (no a necesidades correctamente estandariza-

das), atribuyendo mayores niveles de salud a usuarios de los servicios que combinan el acceso a los servicios sanitarios públicos y privados.

Otras formas de protección social, como las que asegurasen unos niveles adecuados de gasto sanitario público, evitando lagunas de cobertura sanitaria, tanto legales como de coste de oportunidad de acceso a los servicios gratuitos debieran de contemplarse de modo mucho más específico. Ello puede afectar a trabajadores autónomos, inmigrantes ilegales y trabajadores por cuenta ajena que evitan el absentismo por miedo a perder el puesto de trabajo, y de quienes poseen niveles inferiores de pago directo por parte de la ciudadanía para los servicios sanitarios privados alternativos. Y es que, en general, no supone igual mecanismo de reacción un cambio en desigualdad en renta por un aumento adicional del paro (caso español) que por un aumento de rentas de los más ricos respecto de los menos (como en el caso de los países nórdicos), o en contextos en los que la pérdida de empleo reduce estrés y facilita el “jogging” como señala alguna literatura estadounidense. Todo ello, ciertamente, ha de ser puesto en el contexto de cada situación, dados los estilos de vida, con valoración no por renta sino por riqueza (la composición de activos aquí es importante vista la enorme caída de los precios de los activos, con mayores efectos en los grandes patrimonios), ya sea por individuo, perceptor de renta o cabeza de familia. Además, aún pudiendo identificar los mecanismos que interaccionan en las desigualdades de salud de raíz socioeconómica, la prudencia exige limitar las conclusiones a un país concreto, tiempo y lugar, con dudas acerca de si lo que se conozca del pasado pueda informar con garantías las correcciones necesarias del futuro.

El punto de partida

La revisión de la literatura sobre el impacto de las crisis económicas –anteriores a la crisis de 2008– en la salud de las poblaciones apunta, con todas las anteriores precauciones, a un aumento de la mortalidad por todas las causas asociadas al desempleo, al aumento de los suicidios –aunque con matizaciones– y a un aumento de los problemas de la salud mental. Las personas más afectadas por los efectos de la crisis son aquellas pertenecientes a los colectivos más vulnerables (i.e. personas con desempleo de larga duración) y los niños. En España, algunos indicadores a nivel global como la esperanza de vida o la mortalidad general no parece que se hayan visto afectados por la crisis económica reciente, aunque sí hay evidencias de efectos de la crisis sobre los determinantes de la salud, los cambios en algunos estilos de vida y en algunos casos de acceso a los servicios sanitarios.

La monitorización de los efectos de la crisis sobre la salud y sobre los sistemas sanitarios es una prioridad de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Entre las recomendaciones a los Estados miembros se destaca la importancia de las redes de protección social y políticas de empleo para mitigar el efecto negativo de la crisis sobre la salud, y se advierte de la necesidad de evitar restricciones excesivas y prolongadas de los presupuestos de salud.

En Cataluña, el año 2013, el Gobierno acordó la creación del Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población, en el marco del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, para hacer el seguimiento de los principales indicadores relacionados con los determinantes de la salud. Desde entonces, el Observatorio ha publicado tres informes: Un primero analizando la evolución de los determinantes sociales y económicos de la salud, un segundo centrado en la población infantil, y un tercero basado en el análisis territorial.

La gran novedad del informe de este año (1), recientemente publicado con datos de 2015, es que por primera vez se analizan las desigualdades socioeconómicas en el estado de salud y la utilización de servicios sanitarios públicos según el nivel socioeconómico de la población, utilizando información individual de la totalidad de los habitantes de Cataluña. Para este propósito se ha construido una clasificación que tiene en cuenta tanto la situación laboral de la persona como su nivel de renta, a partir de la información de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social y de la información sobre el nivel de copago farmacéutico de las personas. Esta información se ha podido relacionar, para cada ciudadana y ciudadano de Cataluña, con la información sobre su estado de salud, su utilización de servicios públicos y su consumo de fármacos.

Con cautela, ¿qué hemos visto y podemos decir al respecto?

Existe un gradiente socioeconómico en todos los indicadores analizados, tanto en los de salud, como en los de utilización de servicios y en los de consumo de fármacos, y en la mayoría de combinaciones de grupos de edad y sexo. No podemos comprobar si este gradiente ya existía, puesto que se dispone sistemáticamente de la información individual sobre las prestaciones de la Seguridad Social y el nivel de copago desde 2014. Este gradiente es pequeño en la atención primaria y en la atención urgente, mayor en el consumo de fármacos (sobre todo antipsicóticos) y mucho mayor en los servicios de salud mental y las hospitalizaciones (especialmente las psiquiátricas y las evitables). También es elevado el gradiente en la mortalidad y la complejidad clínica. Todo ello por supuesto sin otra

estandarización que la comentada, lo que exige un plus de cautela, no tanto en la lectura de los efectos como en la extrapolación de sus mecanismos a futuro.

La tasa de mortalidad presenta un gradiente destacable en las personas menores de 65 años. Las mujeres y los hombres de menor nivel socioeconómico tienen una tasa de mortalidad 4 veces superior que los que tienen rentas superiores a 100.000€. En las personas mayores de 65 años, el gradiente es menor. La tasa de mortalidad de las mujeres de nivel socioeconómico inferior es 1,5 veces más alto a la de las de mayor nivel; en los hombres es 2 veces superior. Caben sin duda matizaciones para evitar lecturas exageradas ya que marcar la odds ratio (valores incrementales) no distingue las cuantías base en sus valores absolutos: de 0,1 a 0,3 existe una diferencia quizás de lectura menos significativa que la del gradiente “tres veces más”.

En el grupo de población de 15 a 64 años, la proporción de personas en situación de complejidad elevada es 8 veces superior en el grupo de menor nivel socioeconómico comparado con el de mayor nivel socioeconómico, y en las niñas y los niños esta diferencia es de más del doble. Aunque la distancia entre grupos sociales se reduce a medida que avanza la edad, los pensionistas con rentas más bajas presentan un porcentaje mayor de población de complejidad elevada respecto a los grupos de rentas más altas.

La salud de las niñas y los niños depende del nivel socioeconómico de sus progenitores. Notemos que este fenómeno intergeneracional sobrepasa el intrageneracional, al que el análisis de corte transversal suele referirse como aumento de las desigualdades en salud de una población concreta, y remite a políticas mucho más diferenciadas de las que se supone se consiguen con el fin del “austericidio”. Y pese a la extensa evidencia existente sobre la secuenciación generacional, no parece que el elemento dinástico atraiga la atención de nuestros responsables sanitarios. Ello exigiría focalizar las políticas y no simplemente demandar “más recursos para la salud”; demanda que suele estar implícita en el lobby que hace suya la reivindicación de las desigualdades de un modo muy poco discriminado.

Por lo demás, la morbilidad, la utilización de los centros de salud mental, la tasa de hospitalización y la probabilidad de consumir fármacos de las niñas y los niños con menor nivel socioeconómico multiplica por valores de entre 3 y 5 los de las niñas y niños con mayor nivel, y hasta de 7 en el caso de la tasa de hospitalización psiquiátrica. Aquí cabe otra matización ya que, sin querer quitar la importancia que este tema merece, el número de personas a la que afecta es muy pequeño, especialmente las hospitalizaciones psiquiátricas.

La salud y la utilización de servicios de las personas de 65 años y más está fuertemente relacionada con la cuantía de

(1) Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible en: <http://observatorisalut.gencat.cat/es/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/detall/informe/inici/>

sus pensiones. En ausencia de otra información de renta y patrimonio, las personas con una pensión no contributiva (PNC) son sistemáticamente las que presentan peores resultados de salud y más utilización de servicios, aunque también se observa gradiente socioeconómico entre las personas con pensiones contributivas. Ello no puede sorprender si atendemos al hecho de quien es por prueba de medios que acaba accediendo a dicho tipo de pensión, por lo que no es así tanto la cuantía de la pensión como el efecto fijo de quien es elegible para ésta (por no mencionar el caso de aquéllos que no tienen acceso a pensión alguna).

En general, las personas de 55 a 64 años con la condición de pensionista presentan unos peores resultados de salud, una mayor utilización de servicios y un mayor consumo de fármacos, tanto en mujeres como en hombres, respecto a las personas de la misma edad en situación activa. Asimismo, tanto el grupo de personas pensionistas como el de activas siguen manteniendo internamente diferencias remarcables según las categorías de nivel socioeconómico, siendo las personas con una PNC el grupo más vulnerable entre las personas pensionistas y las personas que han agotado el subsidio de paro o perciben una renta mínima de inserción y /o una renta activa de inserción el grupo más vulnerable entre las activas.

A lo largo de los resultados del informe se pone de manifiesto que, además de las desigualdades por nivel socioeconómico, observadas consistentemente en todos los indicadores, hay también marcadas diferencias entre mujeres y hombres tanto en la utilización de servicios y consumo de fármacos, como en los resultados de salud analizados, y esto sucede para todos los grupos de edad y en casi todas las categorías socioeconómicas analizadas. Se pone de manifiesto, como comentamos, que las desigualdades de género se perpetúan a lo largo del ciclo vital y afectan a las personas de todos los niveles socioeconómicos.

Este estudio ha permitido ver que hay importantes desigualdades socioeconómicas en la salud y la utilización de servicios sanitarios de la población de Cataluña. Ahora bien, como dijimos, las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios públicos no tienen por qué ser malas si hay desigualdades en salud. Es decir, sería preocupante ver diferencias entre niveles socioeconómicos en la tasa de mortalidad y no observar diferencias en la utilización de servicios sanitarios. De alguna manera, el sistema sanitario está dando respuesta a las diferencias en el estado de salud de la ciudadanía. Sin embargo, dado que no es posible ajustar según el grado de necesidad de cada persona, no se puede saber si el gradiente observado en la utilización de servicios debería ser aún mayor. En cualquier caso, se pone de manifiesto la necesidad de dar respuesta a esta situación por parte de las políticas de salud y el resto de políticas de educación, protección social, mercado de trabajo y calidad de la ocupación.

Más allá de las limitaciones que imponen los datos, ceteris paribus, resultará a futuro muy importante el seguimiento de las distintas oleadas de análisis que pueda ofrecer el Observatorio, a efectos de entender qué vectores empujan las variaciones en las desigualdades observadas, y en la medida que éstas sean relevantes en el abordaje político (como nos recuerdan los trabajos pioneros de J. Roemer, no todas las desigualdades lo son), y cómo abordarlos a partir de la comprensión de como operan sus mecanismos fundamentales. Ello remarca la importancia de cómo el análisis debería generar más ocupación de los estudiosos y menos una supuesta preocupación de grupos que en el uso político del tema de las desigualdades socioeconómicas y la salud mantienen objetivos propios que no siempre se corresponden con los intereses generales.

GCS EN LA RED

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

VISITA EL BLOG DE GCS

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

El *nomos* del *oikos* y el *logos* del *onco*. Un diálogo complejo (*)

Guillem López i Casasnovas

El de la Oncología es previsiblemente el ámbito más complejo para los economistas de la salud aunque seguramente el más relevante hoy para el bienestar de nuestros enfermos.

Un campo menudo con una innovación marginal, sin por el momento disrupciones breakthrough suficientemente significativas en el binomio coste-efectividad. Pero en el camino de hacerlo, desde la eficacia y la seguridad primero, con el impacto esperado en la supervivencia más crucial para la humanidad. De ahí la relevancia de invertir hoy en favor de los beneficios de mañana y hacerlo con criterio selectivo, bastante priorizado, como para garantizar el máximo de los valores esperados en los resultados.

Esta tarea la hacemos los economistas de la salud desde la valoración de los ratios de coste-beneficio (AVAC, años de vida ganados ajustados por calidad); ratios que en el campo de la Oncología son todavía hoy demasiado elevados. Además del cuestionamiento del coste-efectividad de muchos tratamientos, continúan a menudo sin armonizarse los criterios de autorización de una parte, y de financiación y cobertura por la otra, con las consecuencias que ello implica sobre el gasto, a pesar de los contratos de riesgo compartido, de resultados muy variables. Una evaluación publicada en un artículo reciente en el *Journal of Economic Perspectives* evidenció que los precios de los principales medicamentos contra el cáncer han crecido muy por encima de cualquier umbral razonable: en 1995 un grupo con los 58 fármacos principales contra el cáncer costaba alrededor de 54.000\$ por cada año de vida ganado. El año 2013 estos fármacos tenían un coste de 207.000\$ por cada año adicional de vida.

Interfaz entre clínicos y economistas de la salud

Para enderezar toda esta tarea ingente contamos, no obstante, con la guía activa y recomendaciones de las grandes sociedades científicas: ASCO (en EE.UU.) y ESMO (a Europa), aunque con diferencias en la consideración de lo que entienden por costes, o lo que es lo mismo, entre dos maneras de entender la sanidad. Sin embargo, las dos sociedades buscan medidas de priorización basadas en el valor, el llamado *value-based pricing*, sea quien sea el financiador. Cabe decir que de momento las propuestas terminan en una financiación por “silos”, o espacios separados de financiación impermeabilizados de otras áreas de gasto. Se huye transitoriamente de ligar la evolución del coste de estos medicamentos al crecimiento del PIB de manera contraria a lo que ha firmado recientemente Farmaindustria con el Ministerio. Se acepta la restricción macroeconómica desde la óptica de las finanzas públicas, aunque no se cuida tras vincularla a una asignación micro, propia de la gestión clínica –que es la relevan-

te–, y de la evolución del valor del medicamento innovador. Compartimentos de financiación, los de los ‘silos’, que generan siempre para los economistas de la salud suspicacias por los efectos horizontales provocados respecto de muchas otras áreas de la prestación sanitaria de igual o mayor valor. Sólo una tasa de descuento baja, a la espera de la innovación disruptiva, decisiva, puede justificar una estrategia como esta. Está pues en manos de los investigadores clínicos hacer efectiva esta aspiración.

Mientras tanto, en los sistemas sanitarios públicos como el nuestro, debería primar el ICER, el análisis coste-efectividad incremental, basado en la relación entre la diferencia en el costo y la variación en los beneficios de las intervenciones, los retos son mayúsculos. La definición de un umbral aceptable socialmente para este ICER se convierte en un foco importante de la política pública. En la actualidad, no existe un criterio uniforme, transversal para todas las prestaciones de los sistemas de salud, de cuál es o debe ser la disposición social a financiar un año de vida ganado ajustado por calidad. Sin embargo, en muchos países, están estableciendo explícita e implícitamente estos límites, lo que incide en la elección del paciente y en el racionamiento de la atención médica.

Por el propósito anterior, tal como define la ASCO, los métodos de evaluación del valor varían según el país, el sistema de atención de la salud, la enfermedad y la población de pacientes. La definición de valor generalmente aceptada mide los resultados obtenidos por unidad de gasto monetario. El Instituto de Medicina estadounidense (IOM) ha identificado seis elementos para una prestación de calidad: seguridad, eficacia, tratamientos centrados en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad. Mediante una Task Force de ASCO, el IOM ha optado por definir el valor en el tratamiento del cáncer, haciendo hincapié en tres elementos críticos articulados: el beneficio clínico (eficacia), la toxicidad (seguridad), y los costes (eficiencia). Estos elementos se miden más fácilmente y sirven los tres para verificar la evidencia médica de alta calidad, preocupación fundamental en la misión del buen oncólogo. La centralidad del paciente, la puntualidad de la terapia y la equidad en el acceso a la atención del cáncer también son elementos esenciales de una atención de calidad, aunque no son tan fáciles de medir y sólo en raras ocasiones se presentan en los resultados de los ensayos clínicos.

Se reconocen por parte de la ASCO las métricas para medir el valor en la asistencia las contribuciones de una serie de metodologías propuestas por economistas de la salud para priorizar el valor de los tratamientos médicos. Dos métricas comúnmente utilizadas son los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los coeficientes de coste-efectividad incrementales (ICER).

(*) Parte de estos argumentos fueron utilizados por el autor en la respuesta al Dr. Josep Taberner en su Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina el 26 de Febrero del 2017. Se agradecen los comentarios de Carlos Campillo y JJ Nudillos a un borrador preliminar de este texto. Existe una versión previa –*El Nomos de l'Oikos i el Logos de l'Onco*– disponible como CRES Policy paper 3/2017 (Obra Social de la Caixa).

Un AVAC es una medida de la carga de la enfermedad, incluyendo tanto la calidad como la cantidad de vida que se vive. Los AVAC pueden proporcionar así una indicación de los beneficios obtenidos a partir de los procedimientos médicos en términos de calidad de vida y supervivencia, y se utilizan a menudo en los análisis de coste-efectividad para evaluar y comparar el valor de tratamientos específicos para la asignación de recursos en los sistemas de salud para una priorización cuando aquéllos son limitados. Una intervención con una proporción menor del coste para el AVAC sería preferible a una intervención con un cociente más alto.

Aunque el AVAC puede adaptarse para la toma de decisión individual, no es la finalidad para la que se utiliza más comúnmente. Hay limitaciones significativas en la aplicación de los AVAC, ya que las personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes preferencias por un estado de salud. Por ejemplo, un individuo con cáncer avanzado puede preferir la duración de la supervivencia global por encima de todo, mientras que otro puede ver la minimización de los síntomas como la más alta prioridad. Todas estas cuestiones son relevantes en la perspectiva de los sistemas sanitarios de mercado, y como veremos no entran o entran muy poco, tal como las considera la ESMO. Sin embargo se propone en estos sistemas que los pacientes reciban una explicación completa de sus probables costes a su cargo en base a las características del programa de seguro médico. En la toma de decisiones clínicas entre médico y paciente, el coste directo para el paciente es claramente más importante.

Y es que la evaluación económica ha llegado a la política sanitaria para quedarse. Tal y como reconoce la misma ESMO, el coste es un componente clave en la evaluación del valor. La *European Society of Medical Oncology* pide así que los oncólogos sean conscientes del valor de una intervención también en términos de su coste social, por lo que el valor de cualquiera estrategia nueva o tratamiento terapéutico se determina por la magnitud de su beneficio clínico equilibrado contra su coste. La necesidad de dar cuenta de los costes actuales que genera el cáncer en toda Europa fuerza por tanto a incluir los ingresos perdidos tras la muerte temprana y los costes asociados con las personas que han dejado el empleo debido a la enfermedad, así como los costes de atención informales.

En cuanto al valor de los tratamientos, la evidencia del beneficio clínico de nuevas opciones terapéuticas se deriva de la investigación clínica, en particular, la fase III de ensayos aleatorios, que generan datos no sesgadas respecto a la eficacia, el beneficio y la seguridad de nuevos enfoques e indicaciones, aunque con limitaciones. Hoy por hoy, no existe una herramienta normalizada para la clasificación de la magnitud del beneficio clínico de terapias contra el cáncer, que pueden ir desde valores triviales (ventaja media en la supervivencia libre de progresión de la enfermedad de sólo unas pocas semanas) a valores sustanciales (mejora de la supervivencia a largo plazo). Por esta razón se está proponiendo desde la ESMO una Magnitud de Escala beneficio clínico (ESMO-MCBS) para derivar una clasificación relativa de la cuantía del beneficio clínicamente significativo que se puede esperar de un nuevo tratamiento contra el cáncer.

Remarcamos también que en los tratamientos en los que se identifican recidivas, es necesario acotar mejor el tiempo en el que se considera si el tratamiento es realmente efectivo (los *end points*) y establecer un criterio de cómo se deben considerar las comorbilidades asociables a sus diferentes formas de supervivencia. Y siempre recordando que las presentaciones que valoran los beneficios de los

tratamientos deben hacerse no en términos de tasas de éxito sino de niveles. Un beneficio doble tiene significación diferente si hablamos de tres semanas de supervivencia que de tres años, además de la calidad de vida de este tiempo ganado. De otro modo las interpretaciones pueden acabar siendo engañosas y avalar a aquellos economistas de la salud que piensan que en nuestro país los tratamientos oncológicos “viven” en un silo, ajenos a algunas de las restricciones financieras que sufren muchos otros tratamientos menos perceptibles y no menos eficaces y seguros.

Para ello se requiere que el análisis del coste-efectividad incremental sea transversal entre todos los tipos de tratamientos, en consideración de resultados de salud y no simplemente de la extensión de la supervivencia, y más cuando esta extensión se refleja aún hoy en muchos nuevos medicamentos de beneficios marginales.

Un ejemplo reciente de lo que digo lo muestra la evaluación del *National Institute for Health and Clinical Excellence* inglés (NICE, por sus siglas) del tratamiento prematuro con abiraterona para el cáncer de próstata, el cual fue rechazado vista la relación coste-efectividad estimada sobre la base de su precio actual. Independientemente de la popularidad de este resultado, las decisiones sobre la base de las relaciones coste-valor se deben hacer y deben ser defendidas.

En el escenario mencionado, sin duda, la medicina de precisión debe aumentar la eficacia de los tratamientos. En esto los investigadores merecen un trocito de cielo. No obstante, debemos preocuparnos todos juntos de cómo se puede traducir esta mayor eficacia –en situación de laboratorio– en una mayor efectividad de la gestión clínica, en el mundo real. Cómo internalizar la medicina personalizada a profesionales proletarizados, digamos, en el estatuto público, y en sistemas como el nuestro, en los que la medicina más personalizada en el mejor de los casos será probablemente “estratificada”, por grupos y con protocolos. Esperamos siempre, sin perder la precisión, de que el conocimiento científico pone al alcance.

Y es que para el analista “lost in translation”, a la copla de los factores sociales determinantes de la salud, suficientemente percibidos con la crisis, se junta ahora la sinfonía de los “determinantes genéticos”. ¿Es quizás la *epi* de la epigenética el puente que puede dar coherencia a lo que de otro modo se configuran como dos mundos aparte?

Valoramos también que en el nuevo contexto de tratamientos personalizados, a la carta, no siempre financiados por el sector público al completo, es probable que se amplíe la brecha de desigualdades sociales en salud; lo que fuerza a que nos preguntamos cuál debería ser la financiación adecuada de estos nuevos procesos. Aquí la respuesta es más social que estrictamente económica, pero hay que hacer la reflexión pertinente ya que, entre otros, esto afecta a la manera de cómo financiar la investigación y la implementación que deban tener las innovaciones que se deriven.

En resumen, en la Oncología se hace más difícil que ningún otro ámbito de la salud sacar de la mochila del instrumental de la ciencia lúgubre, la Economía, para poner los pies en el suelo e interrogarnos cómo será todo este progreso sostenible. En particular, en un contexto en que es constatable que el conocimiento es cada vez más global (desde *Nature* en los medios hasta el *Lancet*, en la mesa de muchos profesionales), pero siendo las restricciones (presupuestarias, de gestión) locales. El diálogo entre el nomos del oikos y el logos del onco es así tan necesario como complejo.

Los copagos reducen la adherencia a medicamentos efectivos

González López-Valcárcel B, Librero J, García-Sempere A, et al.

Effect of cost sharing on adherence to evidence-based medications in patients with acute coronary syndrome
Heart Published Online First: 01 March 2017. doi: 10.1136/heartjnl-2016-310610

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto que la reforma de la prestación farmacéutica según RDL/16 de 2012 ha tenido sobre la adherencia a la medicación esencial en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en la Comunidad Valenciana.

De 10.563 pacientes dados de alta vivos después de un SCA en 2009-2011, se examinó un grupo de control (no afectado por la reforma, formado por la población activa con bajos ingresos <18.000€/año) y dos grupos de intervención (pensionistas que pasaron de la cobertura total al coaseguro del 10% y la población activa con medios/altos ingresos, para quienes el coaseguro aumentó de 40% a 50% o 60%). Las tasas de adherencia semanal se miden desde la fecha de la primera receta. Los días con la medicación disponible se estimaron mediante la vinculación de medicamentos prescritos y retirada de los medicamentos en oficinas de farmacia durante el período de seguimiento.

De los 4 grupos de medicamentos estudiados (antiagregantes – AAS; beta-bloqueantes; IECAs/ARA2 y estatinas), el cambio en la participación en los costes no tuvo ningún efecto en los medicamentos esenciales de bajo precio y en el coaseguro máximo bajo del paciente (como antiagregantes plaquetarios y beta-bloqueantes) en cualquier grupo de intervención en comparación con el grupo control. Sin embargo, si tuvo un efecto inmediato en la proporción de adherencia para IECAs/ARA2 y estatinas,

en el grupo pensionistas en comparación con el grupo control (6,8% y 8,3% disminución de la adherencia, respectivamente, $p < 0,01$ para ambos). Para el grupo de ingresos medios/altos en comparación con el grupo control, sólo la adherencia a las estatinas disminuyó significativamente después de la reforma (disminución del 7,8% en la adherencia, $p < 0,01$).

En cuanto a la duración del efecto del cambio en la política de participación en los costes de los medicamentos, los pensionistas parecían volver a las tasas esperadas previas de adherencia con los agentes antiplaquetarios dentro de los 15 meses posteriores al cambio y 18 meses o más para el resto de los medicamentos. La aparente recuperación de las tasas esperadas para la población activa de ingreso medios/altos fue más rápida para todos los medicamentos, siendo esta alrededor de 1 año.

Conclusiones

Los cambios de coaseguramiento pueden conducir a una menor adherencia a terapias probadas y eficaces, especialmente para agentes de mayor precio con una mayor participación en los costes de los pacientes. Debería considerarse la posibilidad de excluir totalmente a los pacientes de alto riesgo de la participación en los costes de los medicamentos.

COMENTARIO

A pesar de los conflictos de interés que tengo (aprecio y amistad) con casi todos los autores (bueno con algunos más que otros), lo que no cabe duda es que se trata de un estupendo artículo que pone una vez más de manifiesto el desatino de ese RD/Ley por este y otros motivos. Hay muchos tratamientos farmacológicos con eficacia probada, pero las distancias que existen entre beneficios teóricos y reales en salud son importantes y muchas veces significativas (o clínicamente relevantes). Esta diferencia se atribuye en parte a la falta de adherencia. Varios estudios han mostrado que entre un 20 y un 30% de las prescripciones en pacientes crónicos no se cumplen en absoluto, y aproximadamente un 50% de los fármacos para enfermedades crónicas no se toman tal y como fueron prescritos (1).

La adherencia es un comportamiento complejo multifactorial en el que intervienen factores sociales, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el tratamiento o la enfermedad, características del proveedor de la atención y características del ámbito en el que se prescribe (visitas demasiado cortas para tratar sobre la adherencia, falta de continuidad asistencial), pero también tal y como se demuestra una vez más, factores económicos.

En este artículo se reporta además como la falta de adherencia previa es aún alta y variable en pacientes que han sufrido un episodio grave que compromete la vida (entre el 5 y el 16%) y estas diferencias son más evidentes en el grupo que más aporta/soporta relativamente el copago, me refiero al grupo control, formado por activos con bajos ingresos económicos. Mostrándose una vez más que “*el diseño actual basado en una diferenciación entre activos y pensionistas resulta cada*

vez más obsoleta e injustificable” (2) no solo ya desde la óptica de la equidad, sino también de los resultados en salud, pues la adherencia a los medicamentos también afecta a ello.

Los agentes encargados de la toma de decisiones en materia de salud pueden tener la tentación de planear seguir aumentando el nivel de participación (coaseguros) de los pacientes en los medicamentos recetados para frenar el aumento de los costes de la atención de salud. Sin embargo, este enfoque puede ser miope y contraproducente, ya que los aumentos en la utilización médica atribuibles a peores resultados pueden superar los ahorros derivados del menor uso de medicamentos recetados, particularmente cuando los resultados del coste total de la atención se evalúan durante largos períodos de tiempo.

Archibald Leman Cochrane, ya en 1935 siendo estudiante de Medicina, marchó completamente solo por las calles de Londres con una pancarta que decía “*All effective treatments must be free*”, en contraste con las desplegadas por los sindicatos que protestaban “*All treatments must be free*”. Opino igual que “Archie” (¿le gustarían los espetos?).

Antonio J García Ruiz

Cátedra de economía de la Salud y URM.

Dep Farmacología y Terapéutica. Universidad de Málaga.

(1) Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005 Aug 4;353(5):487-97.

(2) Puig J, González López-Valcárcel B. Por qué es necesario revisar el actual sistema de copago farmacéutico. Disponible en: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/por-que-es-necesario-revisar-el-actual-sistema-de-copago-farmacaceutico>. Accedido el 5 de marzo de 2017.

Centralización y auditorías clínicas mejoran los resultados en la cirugía de cáncer de recto

Prades J, Manchon-Walsh P, Solà J, Espinàs JA, Guarga A, Borrás JM.

Improving clinical outcomes through centralization of rectal cancer surgery and clinical audit: a mixed-methods assessment. *Eur J Public Health.* 2016 Aug;26(4):538-42. doi: 10.1093/eurpub/ckv237. Epub 2016 Jan 6.

Contexto y objetivo

Diversas experiencias han demostrado que la centralización de la cirugía del cáncer en procesos oncológicos complejos mejora los resultados clínicos. En Cataluña la estrategia de centralización se ha basado en la designación de centros autorizados y el uso de auditorías clínicas para evaluar los resultados. El artículo evalúa el impacto de esta estrategia en la atención del cáncer rectal (CR).

Método

En 2010 un estudio retrospectivo sobre los casos de CR tratados con intención radical de 2005 a 2007, mostró mejores resultados en centros con mayor volumen de cirugía. En 2012 se centralizó esta cirugía, autorizando como centros de referencia los que realizaban al menos 11 intervenciones/año y se realizó una nueva auditoría incluyendo los casos tratados de 2011 a 2012.

Se comparan los resultados clínicos de estos dos periodos de tiempo mediante análisis cuantitativo. Paralelamente, en 2014 se realizó una encuesta a 18 profesionales implicados en la atención del CR realizándose un análisis cualitativo de los resultados.

Resultados

El número de pacientes incluidos fue de 1.831 en 2010 y 1.949 en 2012.

Entre las dos auditorías el número de hospitales sometido a cirugía disminuyó de 51 a 32, y la proporción de pacientes operados en estos centros pasó de 37.5% a 52.8%, incrementándose de 6 a 10 los centros que realizaron más de 40 cirugías. La escisión total del mesorrecto (ETM) aumentó de 36.2% a 85.7%, mejoró la media de nódulos linfáticos examinados (14.1 vs. 16) y disminuyó la cirugía de urgencias (5.6% vs. 3.6%).

En el análisis cualitativo la mayoría de los entrevistados mostraron una opinión favorable a la centralización y la mitad de ellos recomendó elevar el umbral de cirugías/año. Surgieron diversas opiniones y propuestas sobre las auditorías como herramienta de evaluación y sobre el modelo implantado.

Conclusiones

El uso de auditorías clínicas y la evaluación de sus resultados han proporcionado la base científica para la centralización de la cirugía del CR, pero su implantación plantea dificultades y debate a nivel de los profesionales clínicos y de la gestión.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III con European Regional Development Funds (ERDF) y Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca.

Conflicto de intereses: ninguno declarado

Correspondencia: jlprades@icooncologia.net

COMENTARIO

La centralización de la cirugía oncológica compleja se impulsó a partir de los resultados de diversos estudios que mostraron mejorías de la mortalidad perioperatoria. Aunque no todos los resultados fueron significativos, actualmente existe consenso sobre la asociación entre volumen de cirugía y resultados clínicos (1). En Cataluña se formalizó el proceso de centralización en 2012 afectando a 10 tipos de cánceres entre ellos el CR que se consideró un proceso centinela, debido al desarrollo temprano de GPC (2003 y 2008) para mejorar su atención y a los resultados de la auditoría de 2010 que mostró mayor adherencia a la GPC y mejores resultados en centros que realizaron más cirugías. La auditoría realizada en 2012 tras la centralización, mostró mayor proporción de pacientes con al menos 12 ganglios linfáticos examinados y con ETM, aspecto considerado clave en la cirugía del CR localmente avanzado, siendo estos resultados similares a los alcanzados en países que han centralizado esta cirugía como Holanda y Noruega.

Una dificultad en las políticas de centralización es determinar el número de cirugías a partir del cual mejoran los resultados (2), en este caso el umbral se estableció tras el análisis del año 2010 donde mostraron mejores resultados los hospitales con más de 11 cirugías/año. Además del volumen, las auditorías clínicas también se han mostrado como elementos que pueden contribuir a la mejoría de los resultados tanto por el feedback que suponen para los centros, como por constituir el marco normativo con el que se regula el proceso.

El análisis cualitativo puso de manifiesto la dificultad de evaluar los resultados de la centralización a partir de un proceso específico como la cirugía, cuando los procesos diagnósticos y terapéuticos (radioterapia preoperatoria, etc.) son también elementos clave en los resultados

clínicos. En cuanto a las implicaciones del modelo de regionalización hubo puntos de vista divergentes, mientras algunos entrevistados defendieron la centralización en un número limitado de centros otros opinaban que la creación de un modelo en red podría mejorar el tratamiento de pacientes ancianos o con comorbilidad. Hubo acuerdo en establecer comités de tumores multidisciplinares con participación de los profesionales de centros centralizados y no, desarrollar protocolos clínicos comunes y realizar una evaluación anual de los resultados.

La centralización de la cirugía compleja del cáncer ha mostrado en general buenos resultados clínicos y también se ha relacionado con una gestión más eficiente de los recursos, pero su implantación precisa de un cuidadoso análisis y negociación con las partes implicadas para evitar que se desencadenen rivalidades clínicas que dificulten las relaciones entre los centros. La utilización de un método mixto (3) para evaluar los resultados ayuda a presentar un panorama más claro de la situación, proporcionando una imagen más completa de la repercusión de la estrategia de centralización en los servicios de salud.

Purificación de la Iglesia Rodríguez

Servicio de Cartera y Nuevas Tecnologías, Dirección Técnica de Atención Especializada,
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SACYL.

(1) Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg.* 2007;94:145-61.

(2) Mamidanna, Ravikrishna, Ni, et al. Surgeon Volume and Cancer Esophagectomy, Gastrectomy, and Pancreatectomy: A Population-based Study in England. *Annals of Surgery.* 2016; 263:727-732.

(3) Wisdom JP, Cavaleri MA, Onwuegbuzie AJ, Green CA. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health Serv Res.* 2012; 47(2):721-45.

Reforzar la atención primaria es beneficioso para la salud

Chang CH, O'Malley, AJ, & Goodman, DC (2017).

Association between Temporal Changes in Primary Care Workforce and Patient Outcomes. Health services research, 52(2), 634-655.

Objetivo

Examinar la asociación entre los cambios temporales 2001-2011 en la dotación de médicos de atención primaria y los resultados de salud de los asegurados de Medicare.

Métodos

Con datos agregados por áreas de atención primaria (n=6.542) de EEUU, calcularon dos medidas de disponibilidad de médicos de atención primaria (generalistas de familia e internistas): la ratio por 10.000 habitantes (datos de afiliación a la American Medical Association, AMA) y la ratio de médicos equivalentes a tiempo completo (ETC) por 10.000 beneficiarios de Medicare (datos de facturación de Medicare). Para medir los *outcomes* emplean alternativamente mortalidad, ingresos hospitalarios por 12 causas susceptibles de tratamiento ambulatorio (ACSC) y visitas a urgencias. Utilizan una muestra aleatoria del 20% de los beneficiarios de Medicare cada año (más de cinco millones de personas por año). Para cuantificar la asociación marginal entre dotación de médicos de atención primaria y resultados de salud estiman modelos de regresión de Poisson que

ajustan por factores de riesgo individuales (edad, sexo, raza y una lista de enfermedades crónicas) y del área (renta mediana, oferta de recursos de atención especializada).

Resultados

Un incremento en un médico de atención primaria por 10.000 habitantes se asocia significativamente a una reducción de 15,1 muertes por 100.000 y de 39,7 ingresos ACSC por 100.000. El aumento de un médico ETC de Medicare por 10.000 asegurados se asocia significativamente a reducciones de 82,8 muertes por 100.000, de 160,8 ingresos ACSC por 100.000 y de 712,3 visitas a urgencias por 100.000. Los resultados son robustos.

Conclusiones

La salud de los beneficiarios de Medicare mejora significativamente cuando se dota a las áreas geográficas de más médicos de atención primaria.

Financiación: Robert Wood Johnson Foundation y Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.

Correspondencia: chiang-hua.chang@dartmouth.edu

COMENTARIO

Preocupaba en EEUU que la falta de médicos de atención primaria fuera un obstáculo serio a la reforma de Obama. A la larga, resultó que el obstáculo fue político. El mérito principal de este trabajo es aportar evidencia rigurosa basada en el análisis de información longitudinal de una década, a diferencia de los estudios anteriores, de naturaleza transversal.

Los resultados son contundentes y sustentan científicamente la abogacía por la atención primaria, porque a la larga invertir en formar y dotar las áreas con más médicos de familia e internistas redundará en mejoras de salud. Sorprende, sin embargo, que los efectos sean independientes del nivel de partida (aunque algunas interacciones sean estadísticamente significativas, clínicamente no lo son). Este resultado contraintuitivo implica que el aumento de efectivos sería igualmente útil en las áreas mejor dotadas que en las peor dotadas. Por tanto, si se decide invertir más en las áreas infradotadas, que sea por un argumento de equidad, no por eficiencia, ya que el rendimiento en términos de salud es similar.

Los efectos difieren mucho según la medida de input que se emplee, la ratio poblacional de médicos afiliados a la AMA sobre población o la ratio de médicos que facturan a Medicare sobre afiliados. Específicamente, los efectos sobre mortalidad son cinco veces mayores y sobre hospitalizaciones potencialmente ambulatorias cuatro veces mayores cuando se utiliza la medida específica para Medicare. En cuanto a la utilización de urgencias, ni siquiera hay efectos significativos con la medida de dotación general y pasan a serlo con la específica para Medicare. A lo largo de la década, la ratio poblacional de médicos de atención primaria aumentó un 10%, mientras que los que facturan específicamente a Medicare aumentaron un 24% (de 6,6 a 8,2 por 10.000 beneficiarios). Los autores no puedan determinar si lo que hay

detrás de la disparidad de resultados es una mejora de la productividad de los médicos de atención primaria cuando se focalizan a la atención de pacientes mayores de 65 años.

Del trabajo podemos aprender que seleccionar bien las fuentes es esencial. Los datos de colegiación (AMA) posiblemente sobreestimen el número de médicos. Personalmente, considero que los específicos de Medicare son más fiables (y sus resultados más favorables a la atención primaria). Según los modelos específicos para Medicare, un médico más equivalente a tiempo completo para atender a beneficiarios de Medicare evita 8,3 muertes, 16,1 hospitalizaciones potencialmente ambulatorias y 71,2 visitas a urgencias de esos pacientes.

A pesar de la significación estadística, el tamaño global del efecto sobre la salud es modesto: menos del 2% de la caída en la mortalidad observada a lo largo de la década, a nivel agregado, sería atribuible al aumento de médicos de atención primaria. Esto refuerza la necesidad de atender a los determinantes no sanitarios de la salud y a las políticas intersectoriales de salud pública. Nada que no se supiera ya, por otra parte.

El estudio tiene limitaciones. No considera el resto de profesionales de los equipos de atención primaria ni la coordinación y organización de los cuidados; algunos pacientes van al médico en otro código postal. No obstante, ojalá pudiéramos hacer estudios con ese grano fino en España.

Según el Sistema de Información de Atención Primaria, entre 2004 y 2014 el número de médicos de familia en España aumentó un 13,6% y el número de tarjetas sanitarias individuales por médico se redujo de 1.484 a 1.381. En EEUU, hay 1.887 pacientes por médico de atención primaria, en nuestro país ni una sola área de salud llega a esa ratio. En cualquier caso, asociar recursos de atención primaria y resultados de salud poblacional es un ejercicio muy sano que podría intentarse para nuestro país.

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de GC.

El cálculo del riesgo cardiovascular con tablas no tiene impacto en la salud de los pacientes

Collins DRJ, Tompson AC, Onakpoya IJ, Roberts N, Ward AM, Heneghan CJ.

Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013650>.

Marco

Impresiona la morbilidad y mortalidad, la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, que llenan por igual consultas y cementerios. Tal impresión lleva a la acción y, puesto que se ha demostrado una asociación estadística entre los niveles de lípidos en sangre y la incidencia de enfermedad cardiovascular, lo “lógico” es la prescripción de hipolipemiantes pues existe una hipótesis lipídica que supone la existencia de una cadena causal entre el contenido en lípidos en plasma sanguíneo y la aparición de manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular. La teoría lipídica justifica desde el comienzo de los años setenta del pasado siglo el empleo de hipolipemiantes. Con el tiempo, la preocupación por las dislipemias cambió de centrarse en los niveles de lípidos en sangre, a la consideración global del riesgo cardiovascular en que se tienen en cuenta otros “factores/marcadores de riesgo” como edad, sexo, tabaquismo, diabetes e hipertensión. La hipótesis lipídica se ha convertido así en sólo uno de las justificaciones para la acción en torno a la prevención y tratamiento del riesgo cardiovascular. La intervención médica necesita mayor justificación científica en la prevención primaria, pues hasta cierto punto con ella transformamos a sanos en pacientes. No puede haber duda del balance positivo final entre beneficios y riesgos en la prevención primaria. Sin embargo, con el énfasis en el cálculo global del riesgo cardiovascular se tiende a borrar la diferencia entre prevención primaria (cuando no hay enfermedad) y secundaria (cuando hay enfermedad cardiovascular). Caen, así, muchas barreras de precaución, de salvaguarda. Las tablas de riesgo se convierten en oráculos que permiten prever el futuro e intervenir para cambiarlo pues se supone que la intervención consiguiente conlleva cambios a mejor en la salud de los pacientes. Pero ¿se ha demostrado que tal cálculo e intervención tengan realmente impacto beneficioso en la salud de los pacientes?

Objetivo

Determinar el impacto en la salud de los pacientes de la utilización en prevención primaria de las tablas de riesgo cardiovascular.

Tipo de estudio y métodos

Revisión de las revisiones sistemáticas sobre el impacto en la salud de los pacientes de la utilización de tablas de riesgo cardiovascular. El protocolo de estudio se registró en PROSPERO (CRD42015019821). Localizaron dichas revisiones sistemáticas en las bases Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE y CINAHL, entre enero de 2005 y octubre de 2016, sin restricción de idioma. Además se hizo una búsqueda manual, el seguimiento de las citaciones en Google Académico y se contactó con expertos en la cuestión. Se buscaron todos los tipos de revisiones sistemáticas que incluyeran datos de pacientes adultos (18 y más años) sin historia de enfermedad cardiovascular en los que se hiciera una valoración global del riesgo cardiovascular, con independencia del profesional que la llevara a cabo. Como indicadores principales de resultado se emplearon la morbilidad cardiovascular y la mortalidad total. Como indicadores secundarios se emplearon la presión sistólica, el nivel de colesterol y el tabaquismo. Dos revisores valoraron la pertinencia y calidad de los trabajos seleccionados resolviendo por consenso las discrepancias. Se extrajeron y tabularon los datos de los estudios

primarios incluidos en las revisiones sistemáticas localizadas. Se valoraron los indicadores de resultado con GRADE.

Resultados

Se localizaron 6.877 estudios de interés, de los que 150 cumplieron los criterios de inclusión. De estos se excluyeron 144, la mayoría (110) por problemas de calidad en el diseño. Las seis revisiones sistemáticas seleccionadas se referían a 122 estudios primarios, de los que 16 fueron relevantes para el análisis. Ningún estudio aportó datos sobre impacto en morbilidad cardiovascular ni en mortalidad total. Varios estudios demostraron un impacto clínicamente positivo sobre disminución de la presión sistólica, el nivel de colesterol y el tabaquismo. Ningún estudio siguió estos resultados más allá de 12 meses. Los autores concluyeron: “there is currently no evidence reported in these reviews that the prospective use of global cardiovascular risk assessment translates to reductions in CVD morbidity or mortality. There are reductions in SBP, cholesterol and smoking but they may not be clinically significant given their small effect size and short duration”.

Financiación Sin financiación específica ni de fuentes públicas ni privadas.

Correspondencia: dylan.collins@phc.ox.ac.uk

COMENTARIO

Sabemos que las tablas de riesgo no se pueden utilizar como tablas de decisión si no hay análisis de impacto de las mismas (el impacto de su aplicación en la salud de los pacientes) (1). Las tablas de riesgo cardiovascular no han sido nunca estudiadas según su impacto en la salud de los pacientes, como demuestra de nuevo esta revisión de revisiones. Por ello, lo lógico y prudente es no calcular el riesgo cardiovascular ni tomar decisiones con dicho riesgo (2). Sin embargo, esta actividad es cotidiana en la práctica clínica de los médicos y enfermeras generales/de familia y de los cardiólogos. Además, está “incentivada” en muchos casos y cuenta con apoyo informático que permite “demostrarlo” al paciente con colores (cuanto más rojo mayor riesgo y mayor necesidad de tomar decisiones, y medicamentos). En la práctica todo ello es como utilizar una bola de cristal y convertirse en charlatán. Pero las guías europeas de prevención cardiovascular siguen recomendando tal uso: literalmente (en 2017): “Se sigue recomendando el cálculo del riesgo cardiovascular como herramienta útil para la toma de decisiones clínicas”. Es, pues, una creencia persistente, contra la ciencia.

Juan Gérvas

Equipo CESCA, Madrid, España.

(1) Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice. Impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-209.

(2) Gérvas J. No medirás el riesgo cardiovascular. *Acta Sanitaria* 2 abril 2017 <http://www.actasanitaria.com/no-medirás-el-riesgo-cardiovascular/>

(3) Brotons Cuixart C, Lobos Bejarano JM. Nuevas guías europeas de prevención cardiovascular y su adaptación española. *Aten Primaria* 2017;49:201-3. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.03.002.

Datos reales del empleo de real world data. Mucha tendencia y pocas nueces

Nielsen PB, Skjøth F, Søgaard M, Kjældgaard JN, Lip G, Larsen TB et al.

Effectiveness and safety of reduced dose non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study BMJ 2017;356:j510.

Objetivo

Evaluar la efectividad y seguridad en práctica clínica real de los anticoagulantes orales de acción directa (AODs) prescritos a dosis bajas (apixaban 2,5 mg, dabigatran 110 mg, rivaroxaban 15 mg) en comparación con warfarina en pacientes que inician tratamiento anticoagulante.

Métodos

Estudio observacional sobre una cohorte de 55.644 pacientes daneses con fibrilación atrial no valvular que iniciaron tratamiento anticoagulante con warfarina o con AOD a dosis bajas en el período 2011 a 2016. Para tratar de controlar las diferencias basales entre grupos, el análisis principal se realizó aplicando la técnica de *inverse probability treatment weighting* basada en el cálculo de *propensity scores*. Adicionalmente y a modo de análisis de sensibilidad, se calcularon modelos multivariantes crudos y ajustados (Cox). Las medidas principales de efectividad fueron ictus isquémico, embolismo sistémico y mortalidad, y la ocurrencia de sangrados –hemorragias intracraneales, sangrados mayores y gastrointestinales– con relación a la seguridad.

Resultados

La cohorte se distribuyó de acuerdo al tratamiento de inicio: apixaban

n=4400 (7,9%); dabigatran n=8875 (15,9%); rivaroxaban n=3476 (6,3%); warfarina n=38 893 (69,9%). La media de edad se situó en 73,9 años, con un rango entre 71,0 años (grupo warfarina) y 83,9 años (apixaban). El análisis comparativo entre AODs y warfarina con respecto al *outcome* compuesto de ictus/embolismo arrojó hazard ratios de 1.19 (95% CI 0.95 a 1.49) para apixaban, 0.89 (0.77 a 1.03) para dabigatran, y 0.89 (0.69 a 1.16) para rivaroxaban. En el *endpoint* combinado de sangrados, los HR fueron 0.96 (0.73 a 1.27) para apixaban, 0.80 (0.70 a 0.92) para dabigatran, y 1.06 (0.87 a 1.29) para rivaroxaban.

Conclusión

En general, los resultados en las variables principales de efectividad y seguridad con los AODs a dosis bajas no fueron significativamente diferentes a los de warfarina. Sólo dabigatran se asoció a tasas de sangrados más bajas. Apixaban y rivaroxaban se asociaron a mayor mortalidad que warfarina y dabigatran.

Financiación: Obel Family Foundation.

Conflicto de intereses: Nada destacable.

Correspondencia: tobl@rn.dk

COMENTARIO

Existe un importante cuerpo de evidencia reciente internacional (1) – que también emerge a nivel local– (2) en relación con los patrones de uso y los resultados clínicos asociados los (ya no tan) nuevos anticoagulantes orales de acción directa en práctica clínica real. Estos estudios basados en *real world data* pueden ser de gran utilidad para la mejora de la toma de decisiones clínicas y de gestión, pues permiten dibujar patrones de manejo y perfiles de pacientes y evaluar dimensiones de adecuación de uso, así como confirmar o cuestionar los resultados de efectividad y seguridad obtenidos en los ensayos clínicos. En el ámbito de la anticoagulación oral, vienen a confirmar en términos generales los resultados de los ensayos pivotaes de los AODs y su potencial valor añadido terapéutico. El artículo tiene interés específico puesto que se centra en la evaluación de efectividad de los AOD a dosis bajas, un patrón de manejo extendido en práctica clínica. Aún así, dada la complejidad analítica que conlleva el adecuado manejo de los datos de “vida real”, la obtención y transmisión de mensajes correctos en estos estudios depende de que tanto la selección de los métodos, el reporte de resultados como la aserción de limitaciones sean conducidas de un modo exquisito y límpido.

En este caso se cumple la prerrogativa metodológica, se emplean ajustes y se lleva a cabo análisis de sensibilidad que permiten la estimación de tasas ajustadas teniendo en cuenta las diferencias entre los grupos de pacientes tratados con uno u otro anticoagulante. También el apartado de limitaciones, que provee el marco de interpretabilidad de los resultados, es suficiente (en este caso particular, nos alerta de que las dosis reducidas de apixaban y rivaroxaban no fueron estudiadas en los estudios pivotaes y de que no se dispuso de información de filtrado glomerular para realizar el estudio). Hasta aquí bien.

Lo que realmente chocará al lector avezado en la lectura de estudios evaluativos es el estilo de reporte de resultados en este artículo. La primera frase de conclusiones del abstract publicado queda así: “apixa-

ban 2.5 mg dos veces al día se asoció con una tendencia hacia tasas mayores de ictus isquémico/embolismo sistémico comparado con warfarina, mientras que rivaroxaban 15 mg una vez al día y dabigatran 110 mg dos veces al día mostraron una tendencia hacia menores tasas de eventos tromboembólicos. Los resultados no fueron significativamente diferentes”.

Así, las *tendencias* protagonizan el reporte de resultados. Del mismo modo que es incorrecto reportar diferencias estadísticamente no significativas mediante fórmulas del tipo “no existe diferencia, no tiene efecto”, poner sistemáticamente el peso en las tendencias resulta engañoso (3, 4). Es llamativo que esto suceda en una publicación como BMJ. Pareciese que el ámbito de la anticoagulación oral sea propicio para el poco tino (5). Quizás algunas dependencias de senda transitan caminos tortuosos. Pero de este modo se diluye y se pierde la oportunidad de valorar los porqués de las diferencias significativas halladas en el estudio: los mejores resultados en sangrados y mortalidad de dabigatran.

Anibal García Sempere

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

(1) Potpara TS, Lip GY. Postapproval Observational Studies of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation. *JAMA*. 2017 Mar 21;317(11):1115-1116.1.

(2) Rodríguez-Bernal CL, Hurtado I, García-Sempere A, Peiró S, Sanfeliix-Gimeno G. Oral Anticoagulants Initiation in Patients with Atrial Fibrillation: Real-World Data from a Population-Based Cohort. *Front Pharmacol*. 2017 Feb 17;8:63.

(3) Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Devereaux PJ, et al. GRADE guidelines 6. Rating the quality of evidence – imprecision. *J Clin Epidemiol* 2011; 64:1283-93.

(4) Alderson P, Chalmers I: Survey of claims of no effect in abstracts of Cochrane reviews. *BMJ* 2003, 326:475.

(5) Moore TJ, Cohen MR, Mattison DR. Dabigatran, bleeding, and the regulators. *BMJ*. 2014 Jul 23;349:g4517.

La gestión farmacéutica mejora la calidad en las transiciones entre niveles asistenciales

Rafferty A, Denslow S, Michalets EL.

Pharmacist-Provided Medication Management in Interdisciplinary Transitions in a Community Hospital (PMIT). *Ann Pharmacother.* 2016 Aug;50(8):649-55. doi:10.1177/1060028016653139. Epub 2016 Jun 5.

Antecedentes

Las transiciones de pacientes entre diferentes ámbitos sanitarios se asocian con problemas en la seguridad y la calidad, siendo de especial relevancia en los últimos años los errores asociados a medicamentos producidos en ese momento.

Objetivo

Evaluar el impacto de un programa de conciliación de medicación realizada por un farmacéutico en las transiciones asistenciales.

Métodos

Estudio prospectivo controlado con un grupo histórico. Se recogieron las prescripciones farmacológicas de los pacientes que ingresaban en dos unidades médicas seleccionadas (una unidad de neumología y otra quirúrgica), realizando la conciliación de la medicación y la resolución de las discrepancias encontradas tanto al ingreso, como en el momento del alta.

Los criterios de inclusión eran que el paciente debía de haber ingresado desde su domicilio (y por lo tanto era candidato a marcharse al mismo tras el alta hospitalaria) en una de las unidades seleccionadas.

La variable principal medida era la tasa de visitas al hospital (englobando en este término reingresos, visitas a urgencias e ingresos en observación) en los 30 días posteriores al alta. Entre las variables secundarias se encontraban la tasa de visitas al hospital a los 60, 90 y 365 días post-intervención, y el ahorro derivado de la no utilización de recursos sanitarios al haberse detectado y corregido el error relacionado con la medicación.

Resultados

Se aplicó el programa de conciliación a 384 pacientes, comparándose los resultados obtenidos con un grupo control de 1.221 pacientes. En el grupo intervención, 43 de los 384 pacientes realizaron alguna visita al hospital en los 30 días post-alta, mientras que en el grupo control esta proporción se elevó hasta 272 de 1.221 pacientes, lo que equivale a un 11% de reducción en términos absolutos (OR= 0,43; CI95% = 0,30-0,61). Esta diferencia se mantuvo con independencia de si se analizaba por subgrupos según edad, sexo, raza o número de comorbilidades.

La tasa de visitas al hospital del grupo intervención a los 60, 90 y 365 días post-alta fue de 21,1%, 28,6% y 55,2% respectivamente vs 31,8%, 37,8% y 61,9% del grupo control, manteniéndose la diferencia estadísticamente significativa en los tres puntos medidos. Por otro lado, se estimó que en los 8 meses que duró el estudio se había logrado un ahorro económico de 786.529 dólares, calculándose que por cada dólar invertido en el tiempo de trabajo de un farmacéutico, se conseguía un ahorro de 12\$.

Conclusiones

La integración de un farmacéutico en el equipo interdisciplinar encargado de los pacientes en el momento de las transiciones asistenciales puede mejorar la seguridad relacionada con la medicación y suponer un impacto positivo en la disminución de los reingresos hospitalarios, lo que se deriva en importantes ahorros económicos.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: aubrie.rafferty@msj.org

COMENTARIO

Las transiciones entre niveles asistenciales, es un momento con riesgo de que se produzcan errores relacionados con la medicación debido a la falta de comunicación entre los diferentes proveedores de salud, con la consiguiente pérdida de información (1). En el año 2005 la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* incluyó entre los objetivos que debían cumplir las instituciones sanitarias acreditadas el desarrollar procedimientos para garantizar la conciliación, a fin de reducir la tasa de reingresos y la de eventos adversos relacionados con la medicación. Dicho objetivo se ha mantenido a lo largo del tiempo y sigue figurando entre los del año 2017 (2). Igualmente en 2012, el Ministerio de Sanidad incluyó en su Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud la recomendación de garantizar la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios (3).

El artículo defiende que con la implantación sistemática de un programa de conciliación realizada por un farmacéutico se logran resultados significativos en la tasa de reingresos y visitas no programadas a los 30, 60, 90 y 365 días post-alta. Contrasta con otras varias experiencias similares en metodología recogidas en la literatura científica, algunas de ellas llevadas a cabo en nuestro medio (1,4,5), que aunque demuestran mejora de la calidad en los grupos de intervención respectivos, no logran alcanzar significación estadística en la tasa de reingresos.

A día de hoy las diferentes publicaciones existentes coinciden en que el momento de las transiciones asistenciales se puede considerar un punto crítico en la seguridad de los pacientes y mejorable en nuestro entorno, por lo que la conciliación farmacoterapéutica llevada a cabo por un farmacéutico con el objetivo de incrementar la calidad de dichas transiciones es una herramienta a considerar y que debería estandarizarse pues puede repercutir en la calidad global del sistema sanitario, a la vez que parece implicar un importante ahorro de recursos sanitarios.

María Pilar Aibar Abad

Farmacéutica, Servicio Aragonés de Salud.

(1) Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. *Ann Intern Med.* 2013;158:397-403.

(2) The Joint Commission. 2017 National patient safety goals. Acceso el 10 de diciembre de 2016. Disponible en:

http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

(3) Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud. Acceso el 10 de diciembre de 2016. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

(4) Peña Pedrosa JA, Santiago Perez JA et al. Influencia de un programa de conciliación terapéutica en la tasa de reingreso de pacientes ancianos. *Pharm Care Esp.* 2014;16(4):130-141.

(5) Walker PC, Bernstein J, et al. Impact of a Pharmacist-Facilitated Hospital Discharge Program. *Arch Intern Med.* 2009;169(21):2003-2010.

Cuando las pruebas dicen NO pero bastantes médicos –y muchos pacientes– dicen SÍ

Cutler D, Skinner J, Stern AD, y Wennberg D.

Physician Beliefs and Patient Preferences: A New Look at Regional Variation in Health Care Spending. Working Paper 15-090. Harvard Business School, 2015.

Contexto

El de las variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica clínica, fenómeno universal analizado en el trabajo comentado para EE.UU.

Material y métodos

Se desarrolla un modelo de oferta y demanda de atención sanitaria que puede estimarse y permite identificar qué variaciones son atribuibles a la oferta y cuáles a la demanda. Se utilizan viñetas con situaciones clínicas tanto en los cuestionarios para clínicos como en las encuestas a pacientes, vinculando ambas a las áreas hospitalarias para obtener simultáneamente motivación/creencias de los clínicos y actitudes/preferencias de los pacientes. Se realizaron cuestionarios para cardiólogos (con qué frecuencia cita a un paciente con angina estable bien controlada o cómo aborda dos casos de fallo cardíaco grave, clase IV) y para médicos de atención primaria (frecuencia de cita a hipertenso bien controlado). A partir de la comparación de las respuestas de los médicos con las guías de práctica clínica se establece hasta qué punto éstas se siguen. Las preferencias de los pacientes se consiguieron con cinco cuestiones –a beneficiarios de Medicare mayores de 65 años– relativas a probabilidad de querer una prueba innecesaria, una derivación al especialista o una elección entre tratamiento paliativo o agresivo al final de la vida.

Resultados

Para los pacientes con fallo cardíaco grave el seguimiento de las guías clínicas –en este caso del American College of Cardiology y la American Heart Association– hubiera implicado una discusión con el paciente sobre cuida-

dos paliativos. En la realidad de las respuestas –y los médicos hacen lo que dicen– solo un 27% de los cardiólogos, y el 47% de los médicos de atención primaria, tuvieron el comportamiento “consolador” recomendado en las guías. Aparece con frecuencia el entusiasmo intervencionista más allá de las pruebas científicas: 25% de los cardiólogos y el 22% de los médicos de atención primaria serían ‘cowboys’ que proporcionarían atención intensiva ni recomendada en las guías ni deseada por los pacientes. Las preferencias de los pacientes apenas predicen los gastos sanitarios al final de la vida; en cambio, las creencias manifestadas por los médicos en relación a las opciones de tratamiento explican una parte substancial de las variaciones geográficas en la utilización de servicios sanitarios de la población beneficiaria de Medicare incluso ajustando por demanda. Así, como resultado ejemplo, el gasto sanitario por área hospitalaria al final de la vida esta positivamente asociada al ratio de “cowboys”, negativamente al ratio de “consoladores” y positivamente a la fracción de médicos que recomiendan visitas de seguimiento con mayor frecuencia de lo establecido en las guías.

Conclusiones

Las preferencias de los pacientes tienen poca importancia para explicar variaciones en gasto sanitario entre áreas hospitalarias. El factor más determinante es el de las creencias de los médicos acerca de la cuáles son los tratamientos indicados: 35% del gasto sanitario al final de la vida y el 12% del gasto sanitario total de EE.UU. se asocia a creencias clínicas no respaldadas por pruebas científicas.

Financiación: National Bureau on Aging y National Bureau of Economic Research.

Conflicto de interés: No consta.

Correspondencia: astern@hbs.edu

COMENTARIO

Reconozcamos en primer lugar que el título de este comentario se ha tomado prestado de un excelente artículo periodístico –sobre stents, atelanol y menisectomías– que he tenido ocasión tanto de contrastar con algunos profesionales como de vivir en experiencia propia. El trabajo comentado tiene la virtud analítica de separar los roles de las creencias médicas de los de las preferencias de los pacientes, utilizar viñetas-caso para medir ambas, y asociarlas a nivel de área hospitalaria para explicar variaciones geográficas.

Igual que cuidados útiles dejan de suministrarse, otros perjudiciales se proveen. La gran cuestión clínica de la grasa excesiva (aqueel 33% del gasto sanitario total del *Institute of Medicine*), derivada secundariamente de procedimientos no efectivos y principalmente de procedimientos efectivos... cuando están bien indicados. Las cesáreas, las angioplastias o los tratamientos anti-depresivos constituyen buenos ejemplos: Tremendamente útiles en la indicación correcta, iatrogenia y despilfarro fuera de indicación.

Tarea difícil, casi todo está en contra. Una arteria cardíaca estenosada parece pedir a gritos un stent (plausibilidad fontaneril más que biológica), siempre vendrá a la mente la muerte súbita de una persona con angina estable –mejor si es conocida para potenciar el sesgo de disponibilidad de la información– y el lamento consiguiente, el stent palia la ansiedad del paciente y evita querellas, el paciente también lo quiere...

y, lo definitivo, ha de costar mucho creer –aunque las pruebas científicas lo digan– que no siempre está indicado un stent.

Los problemas clínicos se resuelven clínicamente aunque siempre ayudará saber cómo se forman las creencias (educación, colegas...), qué explica ser ‘cowboy’ (sexo masculino, mayor edad), por qué los tratamientos inefectivos desaparecen tan lentamente (lonnidis), qué incentivos son nefastos y cómo se consigue estimular la competencia en lo que interesa: calidad en salud... mucho más allá de la eficiencia gestora “cortando orejas” (rabo no) a la que de forma miope puede conducir un productivismo que no responda más que a una cuenta de resultados, en ausencia de planes de salud sensatos.

Choosing Wisely, Right Care Alliance, proyecto Essencial, líderes clínicos frugales... pasos en el sentido correcto pero con las formidables resistencias y tropismos (hacia prestigio y poder) interiorizados tanto en clínicos como en pacientes por la implícita percepción de la innovación, la ciencia y los servicios sanitarios que no se corresponde con su impacto en el bienestar social. Por eso la gestión clínica no puede separarse de la sanitaria.

Vicente Ortún

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

(1) Epstein D y Propublica. When Evidence Says No, But Doctors Say Yes. The Atlantic, 22 febrero 2017. Accesible en: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/02/when-evidence-says-no-but-doctors-say-yes/517368/>

El sexo (o el género) del médico es importante para la salud (del paciente)

Tsugawa Y, Jena AB, Figeroa JF, Orav J, Blumental DM, Jha, AK.

Comparison of Hospital Mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians. JAMA Intern Med. doi:10.001/jamainternmed. 2016.7875. Published online December 19, 2016.

Objetivo

Determinar si las tasas de mortalidad y de readmisión hospitalaria difieren cuando los pacientes son tratados por médicos o por médicas.

Participantes y análisis

Muestra aleatoria del 20% de los beneficiarios de Medicare de 65 años o más, hospitalizados por causas médicas desde 2011 hasta 2014 y tratados por internistas. Análisis de la asociación entre las tasas de mortalidad y reingresos en 30 días, según las características del paciente, del médico y del hospital y según el sexo de los médicos en cada hospital.

Resultados

La mortalidad a los 30 días de los pacientes tratados por mujeres fue menor que la de los tratados por hombres (Mortalidad ajustada, 11,07% vs 11,49%, diferencia de riesgo ajustada, -0,43%, IC del 95%, -0,57%-0,28%; P <0,001; Número necesario para prevenir 1 muerte, 233). La tasa de reingresos a los 30 días también fue menor (Reingresos ajusta-

dos, 15,02% vs 15,57%, diferencia de riesgo ajustada, -0,55%; IC del 95%, -0,71% a -0,39%; P <0,001; Número necesario para tratar de prevenir un reingreso, 182). Las diferencias persisten al considerar eventuales factores de confusión, así como en el análisis de ocho de las condiciones más frecuentes de ingreso y según la gravedad.

Conclusiones

Los pacientes hospitalizados tratados por mujeres experimentan menor mortalidad y reingresos en comparación con aquellos atendidos por hombres, lo que sugiere que los médicos tienen unos patrones de práctica profesional diferentes a los de las médicas, lo que puede tener importantes implicaciones para los pacientes.

Financiación: Beca de los National Institutes of Health al Dr. Jena.

Conflictos de interés: Declaran algunos ingresos no relacionados procedentes de farmacéuticas y una consultora.

Correspondencia: ytsugawa@hsph.harvard.edu

COMENTARIO

La tendencia a la feminización de la profesión médica viene suscitando debates sobre sus consecuencias. Desde la perspectiva de la organización y de la gestión se insiste en las eventuales complicaciones asociadas a la conciliación del papel profesional con el familiar, sobre todo en el ámbito hospitalario, lo que podría suponer una merma de la disponibilidad de las médicas que en algún momento llevó hasta a proponer la restricción de acceso a la formación (1). Esto contrasta con la posición feminista que, además de denunciar la discriminación por género, reivindica potenciales mejoras en la calidad de la práctica profesional que se derivarían de tal feminización (2). Mejoras que están documentadas para algunos procesos (adherencia a las guías, exploración clínica, comunicación con los pacientes, etc.) pero menos sobre el efecto en los resultados.

Este análisis muestra diferencias en la mortalidad hospitalaria consistentes con las observadas en las tasas de reingresos a los treinta días, que, sin parecer espectaculares –apenas entre el 0'43% y el 0'67% según el modelo de ajuste– no son solo estadísticamente significativas sino también sanitariamente relevantes, puesto que si se mantuvieran en el conjunto de las hospitalizaciones de Medicare, supondrían unas 32.000 defunciones anuales. Una magnitud comparable al descenso de la mortalidad hospitalaria observado entre 2003 y 2013 (3) que se atribuye a las grandes inversiones en tecnología y, en general, al progreso de la medicina.

Quedan pocas dudas –las propias de la naturaleza observacional de la investigación– sobre la mayor efectividad del quehacer de las médicas, ya que los autores han descartado potenciales factores de confusión como la duración de la estancia, la intensidad de cuidados, el volumen o el destino al alta de los pacientes atendidos por unas y otros. También han llevado a cabo hasta cinco análisis de sensibilidad con el propósito de limitar la influencia de una eventual menor gravedad de los pacientes atendidos por médicas.

En el caso de la mortalidad, aunque los sucesivos ajustes reducen

algo la diferencia, ésta se mantiene estadísticamente significativa hasta en el más restrictivo. En cambio los reingresos a los treinta días apenas se ven afectados por los ajustes. También se obtienen resultados mejores en el caso de los ocho motivos de ingreso que se han seleccionado, tanto para la mortalidad como para los reingresos.

Si bien los autores no lo valoran, llama la atención que mientras la proporción de médicos hombres en la muestra es algo más del doble, ellos atienden el triple de pacientes. Una ratio que no se modifica según la etnia de los pacientes excepto para los afroamericanos que es de uno a cinco. Claro que solo un 10% de los pacientes son afroamericanos, un porcentaje similar entre los pacientes atendidos por unas y otros. Aunque tal vez tenga relación con que los pacientes atendidos por médicas sean de un nivel económico algo superior. La media anual de ingresos familiares es de 59.750\$ vs 55.841\$ en caso de los atendidos por varones.

Tipificar detalladamente las acciones de médicos y médicas en relación con los efectos que producen en términos de resultados –para identificar más operativamente los patrones de conducta eficaces– tal vez sea tarea demasiado ardua. Como lo debe ser delimitar la influencia de la naturaleza biológica –sexo– y de la cultura –género– a la hora de ejercer la medicina. Aunque tenga un interés práctico innegable. No vaya a ser que las virtudes de esta práctica médica femenina, al menos en los Estados Unidos de América del Norte, se vayan diluyendo en el futuro.

Andreu Segura

(1) Serrano A. Más médicos mujeres=más problemas de cobertura. Diario Médico 13 enero 2011. Accesible en

<http://www.diariomedico.com/2011/01/13/area-profesional/profesion/mas-medicos-mujeresproblemas-de-cobertura>

(2) Delgado A, Valls Llobet C. La feminización de la profesión médica: parte de la solución de los problemas de la sanidad. Mujeres y Salud 2011; 30. Accesible en http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/22572/6/Profesion_medica.pdf

(3) Krumholz HM, Nuti SV, Dowling NS, Normand SL, Wang I. Mortality, hospitalizations and expenditures for the Medicare population aged 65 years or older, 1999-2013. JAMA. 2015;314:355-65.

Rápida reducción en el riesgo de ictus mayor o síndrome coronario agudo tras un accidente isquémico transitorio

Amarenco P, Lavallée PC, Labreuche J, et al.

On behalf of the TIAregistry.org Investigators. One-Year Risk of Stroke After Transient Ischemic Attack or Minor Stroke. *N Engl J Med* 2016;374:1533-1542.

Contexto

El riesgo de ictus mayor o síndrome coronario agudo se ha estimado –a partir de los estudios realizados entre 1997 y 2003– entre el 12 y el 20% a los 90 días tras un accidente isquémico transitorio (AIT) o un ictus menor.

Objetivo y método

Actualizar dichas cifras, factores etiológicos y resultados en un contexto que ha cambiado rápidamente. Se incluyeron 4.789 pacientes mayores de 18 años que sufrieron AIT en 61 hospitales de 21 países, incluyendo los que tenían servicio de atención urgente a pacientes con AIT. Se registraron los pacientes que recibieron atención médica por especialistas en patología neurovascular en los 7 días tras la aparición de la clínica. Posteriormente, se realizó un seguimiento de hasta un año, estimando el riesgo de aparición de ictus recurrente o síndrome coronario agudo, así como la asociación de la escala ABCD2 score, los hallazgos en pruebas de imagen y la causa del AIT o del ictus menor con respecto al riesgo de ictus recurrente a lo largo de un año.

Resultados

Se obtuvo un menor riesgo de padecer patología cardiovascular del estimado en estudios previos. La estimación al año de la tasa de resultados cardiovasculares compuesta (composite cardiovascular outcome) fue de 6.2% (95% IC 5.5 a 7.0).

Conclusiones

Se observa un riesgo de acontecimientos cardiovasculares tras AIT inferior al previamente documentado. Adicionalmente se encontró correlación en la escala ABCD2 score, los hallazgos en pruebas de imagen y la presencia de aterosclerosis de grandes arterias que ayudan a estratificar el riesgo de sufrir ictus recurrente en el primer año tras haber sufrido un AIT o un ictus menor.

Financiación: Ayuda incondicional de Sanofi y Bristol-Myers Squibb.
Correspondencia: pierre.amarenco@aphp.fr.

COMENTARIO

La idea de realizar un nuevo estudio acerca del riesgo de ictus mayor tras accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus menor, pese a disponer de datos previos, me parece más que justificada; principalmente debido a la aparición de nuevos servicios de atención en urgencias a estos pacientes, el explosivo avance tecnológico que se ha producido en estos últimos años y las mejoras tanto en la detección como en el tratamiento y seguimiento que se hace a este tipo de pacientes.

En el contexto económico y social en el que nos encontramos a nivel europeo, con una población cada vez más envejecida, parece, de manera intuitiva, de suma importancia la investigación acerca de patologías cuya incidencia y prevalencia han aumentado considerablemente con el paso del tiempo y que, además, constituyen una de las principales causas de muerte así como una importante causa de invalidez permanente.

Al analizar los datos obtenidos en este estudio, la primera impresión que es la de que se ha progresado mucho en el manejo de estos pacientes, observándose unas tasas de incidencia de cardiopatía isquémica y de ictus mayor mucho menores a las que se presentan en los datos históricos (12-20% vs 3,7% en esta cohorte). Es importante remarcar que se trata de centros en los que hasta el 78,4% de los pacientes fueron atendidos por un especialista en las primeras 24h tras su episodio, mientras que la totalidad de ellos fue valorada en los primeros 7 días (criterio de inclusión). Estos datos apoyan la opción de prestar especial atención a este grupo de pacientes en los primeros días. Esto podría realizarse, en función de las necesidades y recursos de los centros, o bien mediante la disposición de un facultativo de guardia o mediante métodos alternativos, como puede ser el de la agrupación de los pacientes de manera que sean valorados por un especialista y tratados antes de 7 días tras su episodio.

Aunque los resultados globales invitan al optimismo y nos muestran que estamos en el camino correcto, existen ciertos grupos en los que el riesgo se mantiene en cifras muy altas, sobre los que sería recomendable incidir: hablamos de pacientes con puntuaciones altas en la escala ABCD2 (>4), sobre los que probablemente sería necesario un seguimiento más estrecho.

Cabe destacar que casi 4 de cada 5 ictus mayores se produjeron en los primeros 90 días, lo que justifica un seguimiento más estrecho en este periodo, si bien conviene mantener el seguimiento en el tiempo debido a que algo más del 20 % de los ictus se producirán fuera de este lapso, o en pacientes con puntuaciones ABCD2 (<4) con lo que no conviene que estos sean, inicialmente, excluidos del control. Los estudios en curso orientados a valorar el proceso que deben de seguir estos pacientes a la hora de recibir la atención por parte de los especialistas podrían aportar información interesante de cara al futuro del manejo de los mismos.

Jorge Escartín López

Servicio de Radiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

- (1) Johnston SC, Gress DR, Browner WS, Sidney S. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 2000;284:2901-6.
- (2) Lovett JK, Dennis MS, Sandercock PA, Bamford J, Warlow CP, Rothwell PM. Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack. *Stroke* 2003;34(8):e138-40.
- (3) Coutts, S. B. (2017). Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23 (1, Cerebrovascular Disease), 82-92.
- (4) Evans, B. A., Ali, K., Bulger, J., Ford, G. A., Jones, M., Moore, C., & Snooks, H. (2017). Referral pathways for patients with TIA avoiding hospital admission: a scoping review. *BMJ open*, 7(2), e013443.

¿Debe seguir estando prohibido morir por decisión propia?

Josep M. Busquets Font y Josep Arnau i Figueres

1. ¿De qué no vamos a tratar en este documento?

En este documento no vamos a tratar de lo que debe ser una apropiada asistencia paliativa al final de la vida; ya ha sido extensamente analizado en otras publicaciones (1, 2). Pero creemos importante recordar que el marco legal español permite una práctica mucho más respetuosa que la que, muchas veces, se presta al final de la vida. De acuerdo con lo previsto en la ley general de Sanidad del año 1986 y en la de autonomía del paciente del 2002, la atención que reciben las personas se puede considerar respetuosa con la voluntad del paciente o inapropiada, si prescinde de ella, ya sea deliberadamente o porque no se puede llegar a conocer. Existen consecuencias indeseables para los pacientes derivadas de estas últimas actuaciones. Pueden ser actuaciones obstinadas o fútiles, o bien conducir a una insuficiente atención o abandono, a causa de una mala interpretación del sentido de la ayuda que debe inspirar a las profesiones sanitarias (3).

Para mejorar esta situación debe reclamarse un mayor compromiso de todos los profesionales, incluidos los responsables de gestionar las instituciones sanitarias. Por otro lado, la buena práctica entendemos que no sólo incluye dejar morir, si éste es el deseo del paciente, sino abreviar la vida, cuando existe una solicitud expresa y reiterada en este sentido por parte de una persona que sufre, de manera insostenible y a la que ninguna alternativa le resulta útil para aliviar este sufrimiento. La ley no debe ser un impedimento (ni generar inseguridad al profesional) para procurar la solución más adecuada a la necesidad de cada paciente.

El objetivo de este artículo es reclamar que se despenalice y se permita el suicidio médicamente asistido y la eutanasia, con similares y estrictos requisitos y garantías a los establecidos en varios países europeos. Con ello se conseguiría que el respeto a la voluntad de los pacientes que sufren de manera severa y que desean dar por finalizada su vida sea escrupuloso y que no se continúen produciendo situaciones confusas, engañosas e hipócritas, que incrementan el dolor y la angustia de todos los implicados. La eutanasia y el suicidio asistido son, y continuarán siendo, opciones minoritarias, pero, el respeto a estas opciones es fundamental en cualquier sociedad auténticamente democrática.

2. La descripción de una situación preocupante

España será en 2050 uno de los países del mundo con mayor esperanza de vida, alrededor de 16 millones de personas tendrán más de 65 años, el 31% de la población, que puede llegar al 38%, si tenemos en cuenta la inmigración. La esperanza de vida al nacer en 2014 de las mujeres y hombres españoles era la más elevada de toda Europa (4). Aunque la incidencia de enfermedades infecciosas, oncológicas, cardiológicas, y de otra naturaleza, logre atenuarse, aumentarán las enfermedades propias de la vejez, aquellas que, con frecuencia, llevan asociado el deterioro cognitivo, la dependencia física, o un grave sufrimiento mental debido a la decadencia, la sensación de abandono, la soledad, o la sensación de haberse convertido en una carga para la familia. Las enfermedades neurodegenerativas no son las únicas que permiten presuponer que habrá

un incremento de sufrimiento para muchas personas, pero, resultan paradigmáticas por su alto coste emocional y económico. En la actualidad su prevalencia es del 1,9%, lo que supone en torno a un millón de afectados; en 2030 parece que podrán sobrepasar los 2 millones. Algunos, o bastantes, afectados es probable que no quieran vivir en las condiciones que prevalecen en la fase final de estas enfermedades. Verse obligados a vivir en contra de su voluntad constituye un problema de salud pública (5).

Con el propósito de “dar años a la vida”, la medicina ha conseguido que muchas personas con molestias o limitaciones crónicas se hayan adaptado a una manera “sana” de estar enfermo, pero, otras consideran que la decadencia, la decrepitud no tienen remedio y que no tiene sentido seguir viviendo en según que condiciones. George Steiner, por ejemplo, a sus 85 años, describe lo que, para él, no es una vida digna: “...decenas de miles de hombres y mujeres soportan los últimos años de su vida mirando fijamente al vacío, en salas y habitaciones chabacanas, a menudo faltas de calidez, en residencias ramplonas, adormecidas por los seriales de televisión y los tranquilizantes, o bien esperando que los cuidadores les limpien el culo tenso y húmedo. Vidas vegetales que se alargan sin ningún propósito social...”. Y se pregunta “¿Cómo se pueden financiar las necesidades abrumadoras de los impotentes?”, para añadir una reflexión sobre la creciente soledad de las personas mayores “...aunque coaccionados por la obligación, o por una compasión menguante, los jóvenes no tardan en evitar ir a visitar a los viejos, a respirar el aire de la muerte que los envuelve. En silencio, la aversión va creciendo...”. Evidentemente, la educación sentimental que estamos ofreciendo a nuestros sucesores es muy deficiente y muy mejorable, pero, atendiendo a las “circunstancias reales, de aquí y ahora”, para Steiner, y para otros, “El suicidio, que encarna la libertad y la suscribe es el remedio (el mal menor) a esta situación” (6).

Aún son pocas las personas que, como Steiner, se atreven a mirar de frente su vejez, pero su número crecerá al geriatrizarse nuestra sociedad. El problema no será sobretodo ni exclusivamente económico, sino de carácter humano, precisando respuestas dignas, que, entre otras, incluyan la posibilidad de liberarse de esta situación de decrepitud, para aquellas personas que así lo deseen.

No es éste un debate que sólo concierna a personas de edad avanzada, pero sí que es en este último tramo de la vida donde surgirán la mayor parte de peticiones de ayuda para finalizar la “propia” vida. Tampoco se trata de un debate exclusivamente sanitario, es una cuestión social, en relación con la cual se espera de los profesionales sanitarios una especial implicación, para garantizar el rigor y la seguridad en los procedimientos, aunque no debemos olvidar que en Suiza la ayuda también la prestan personas no sanitarias.

3. ¿Por qué algunas personas optan por una muerte voluntaria?

En los países donde la eutanasia o/y el suicidio médicamente asistido (SMA) son legales, la mayoría de pacientes que deciden finalizar activa-

mente su vida sufren cáncer en estadios avanzados, aunque últimamente han aumentado las demandas de personas con enfermedades neurodegenerativas, demencias y trastornos psiquiátricos refractarios al tratamiento. En Oregón y en Washington, donde el 0,4% de todas las muertes se producen por SMA, el 75% de pacientes tenían un cáncer terminal y el 10% enfermedades neurodegenerativas. Siete de cada 10 pacientes eran mayores de 65 años. En estos dos estados de EUA, el paciente tipo que solicita la muerte asistida por un médico, es blanco, mayor de 65 años y tiene una buena educación académica. Los principales motivos para solicitar la ayuda al suicidio, –según constan en la historia clínica, en los informes que se precisan para realizar la intervención o en las anotaciones que las personas dejan escritas– fueron: la preocupación por la pérdida de autonomía y de dignidad, no ser capaces de realizar actividades que les permitan el disfrute de la vida, la pérdida del control de las funciones corporales más elementales y la carga que puedan suponer para su familia y sus cuidadores (7). El dolor sólo se adujo en el 30% de los casos (8, 9).

Una encuesta realizada a 1.057 médicos españoles por el CIS en el año 2002 (10) concluyó que para estos profesionales, el motivo más frecuentemente apuntado, que lleva a un enfermo a solicitar que se acabe con su vida era el dolor insoportable, seguido, con apenas la mitad de menciones, por el miedo a tener que depender de los demás, el sentirse una carga personal para la familia, la depresión o el temor al deterioro físico y a perder el control mental por la enfermedad. Con menor frecuencia se apuntaban el miedo al dolor futuro y el considerarse una carga económica para la familia.

No sorprenderá a los lectores de esta revista (11) que la percepción de los médicos difiera de la que tiene el conjunto de la población; 2.481 entrevistas a ciudadanos, realizadas por el mismo CIS entre mayo y junio de 2009, mostraron que sentir dolor físico insoportable es un motivo importante, pero menos (46,7%); depender de otras personas (19,5%), perder la autonomía y la libertad como persona (11,9%) y sentirse como una carga para la familia (10,9%) también deben tomarse en consideración (12).

Es difícil generalizar las motivaciones que inducen a decisiones tan personales y trascendentes, pero, a partir de los datos anteriores, se pueden avanzar algunas consideraciones que influyen en las personas para solicitar la eutanasia o el suicidio medicamente asistido.

3.1. Las posibilidades de la medicina, para eliminar el sufrimiento, no son ilimitadas

Como nos recuerda el informe “Los fines de la medicina” (13) elaborado por instituto de Bioética Hastings Center en el año 1995 “...el sufrimiento, especialmente cuando está asociado a una enfermedad crónica o terminal, puede hacer que los pacientes se cuestionen el significado de la vida misma, del bien y el mal, de la suerte y el destino personal; unos interrogantes que suelen considerarse de naturaleza espiritual o filosófica, no médica”. “Habrán ocasiones en que incluso la atención más humanitaria y los cuidados paliativos más avanzados alcanzarán un límite. En este punto, la medicina deberá reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina tan constreñida en sus posibilidades como aquellos seres humanos a los que sirve”.

El informe recuerda la necesidad de que la muerte no se considere un accidente biológico evitable o un fracaso médico sino, como ha sido

siempre, un resultado inevitable, incluso del mejor tratamiento médico.

3.2. Se quiere evitar un sufrimiento insoportable y persistente

Una enfermedad o limitación, que algunas personas viven con cierta indiferencia y otras con resignación, puede suponer un sufrimiento tan grande para determinados pacientes que deseen finalizar su vida. El sufrimiento escapa al afán por medirlo todo, que impregna nuestra sociedad. “No se puede forzar a ninguna persona adulta a someter la más íntima valoración de su nivel de calidad de vida a los criterios pretendidamente preeminentes, morales, religiosos o técnicos de otros. Sería la negación de la libertad de asumir la elección y dirección del propio destino. Hay que dejar la evaluación del sufrimiento continuo, inacabable e inútil, con dolor o sin dolor, sin esperanza de modificación o de curación, al criterio del que sufre” (14).

Podemos hacernos una idea de la naturaleza de este sufrimiento a partir de la evaluación de las 6.225 eutanasias practicadas en 2014 y 2015 en Bélgica. El 38% de los pacientes manifestaba como la causa del mismo diversos aspectos físicos –dolor, disnea, disfagia, agotamiento, hemorragia, obstrucción digestiva, parálisis, heridas, transfusiones repetidas...–, un 5% aspectos psíquicos –dependencia, pérdida de autonomía, soledad, desespero, pérdida de la dignidad...–, y la mayoría de pacientes, el 57%, expresaban ambos tipos de sufrimiento (15).

En Holanda, de una muestra de 158 personas que murieron después de practicarse la eutanasia en 2005, el 65% había expresado problemas físicos como causa de su sufrimiento, el 33% pérdida de capacidades –habla, deglución, deambulación...–. También, un 63%, refirieron otras causas, como la dependencia, el deterioro general, la pérdida de la esperanza –por la inexistencia de tratamiento–, la pérdida de autonomía o de identidad, y la pérdida de la dignidad o el cansancio moral (16).

En todo caso, el profesional al que un paciente le solicita ayuda para morir no tiene que compartir, necesariamente, la perspectiva de este, pero, sí debería comprender que esta persona considera que ya no queda esperanza de alivio para su sufrimiento.

3.3. Se quiere morir con “dignidad”

Según Aycke O. A. Smook, médico del programa de asesoramiento sobre la eutanasia de la Real Asociación Médica de los Países Bajos el dolor casi nunca es el motivo de una petición de eutanasia, sino que siempre lo es la pérdida de **dignidad** (17). Aunque hablar de dignidad es poco concreto, porque a menudo sirve para la defensa de una postura y de su contraria. Los testimonios de personas, como el reciente de José Antonio Arrabal (18), que decidieron morir, son mucho más esclarecedores que muchas declaraciones ilustradas. Para la mayoría de gente, morir con dignidad es enfrentarse al deterioro con la posibilidad de decir– Basta !!! “A mi edad, esto es humillante. Nunca consentiré que me pongan un pañal”, decía una señora; lo consiguió y vivió la muerte como una experiencia liberadora. En definitiva, se trata de morir con **libertad** (19).

Stephen Hawking, que optaría por el suicidio asistido sólo si sufriera graves dolores o si sintiera que no hay nada más en que pueda contribuir o bien sintiera que fuera un peso para todos aquellos que le rodean, consi-

dera que “mantener a alguien vivo contra sus propios deseos es la mayor indignidad posible”. También recuerda la discriminación que representa negar la ayuda al suicidio a las personas con discapacidad, porque se les impide realizar lo que pueden hacer las personas sin discapacidad (20), lo que, aparte de suponer un trato injusto, también podría considerarse una forma de denegación del deber de socorro.

3.4. No se quiere padecer la soledad, el abandono, la falta de cuidado, sentirse una carga...

En ocasiones, para algunas personas el control de los síntomas físicos no compensa el sufrimiento que supone sentirse abandonado por los seres queridos. Ya sea por imposibilidad de hacer compatible la vida laboral con la proximidad a las personas mayores dependientes, o por simple desinterés, lo cierto es que la encuesta del INE de 2015 revela que el 22,4% de las personas de 65 o más años vivían solas, llegando al 34,2% a los 85 años. Si su salud flaquea, queda enormemente limitada su vida de relación, ya que la dependencia les impide participar en muchas actividades sociales, o simplemente salir de casa. Los cuidados profesionales y el voluntariado son alternativas a la soledad y a la institucionalización. Sin embargo, para una minoría de personas es preferible no alargar la vida en determinadas condiciones. Desde hace tiempo hay asociaciones en Holanda, Reino Unido y Australia que defienden que debería ser posible adelantar la muerte voluntariamente para aquellas personas mayores que consideren que ya han tenido una vida completa y quieren abandonarla antes de desembocar en una decadencia incompatible con su sensibilidad y con sus valores.

3.5. Se quiere terminar con el sufrimiento que causa depresión

También el sufrimiento que causa una depresión grave y resistente al tratamiento puede justificar que se ayude a morir, aunque el final de la vida no sea inminente. En junio de 2015, *The Economist* se mostraba partidario de permitir el SMA para dar fin al sufrimiento que causa una depresión intratable y recordaba que “Las personas que muestran gran determinación no siempre toman elecciones prudentes y pueden no importarle los consejos que se les ofrecen. Sin embargo, sería erróneo negar el derecho a la muerte asistida sólo por esta razón. A los adultos competentes se les permite tomar decisiones irrevocables y trascendentes, como someterse a un cambio de sexo o tener un aborto. Las personas merecen el mismo control sobre el fin de su propia vida. En lugar de morir en cuidados intensivos, bajo luces brillantes y rodeados de gente extraña, debe ser posible que las personas pongan fin a sus vidas, cuando están preparados, rodeados de sus seres queridos” (21). Tanto en Holanda como en Bélgica está prevista esta posibilidad, aunque, al no tratarse de una enfermedad terminal, se requiere una evaluación previa realizada por especialistas.

3.6. Los cuidados paliativos no son una alternativa, ni siempre un complemento

Es habitual escuchar que unos buenos servicios de cuidados paliativos y de atención sociosanitaria reducen las demandas de finalizar la propia

vida. Pero ni en Bélgica ni en Holanda, que disponen de buenos servicios de atención paliativa, los datos demuestran que esta demanda tiende a desaparecer, de hecho, no ha dejado de crecer. ¿Qué pueden hacer los enfermos terminales que desean acortar el viacrucis que les espera? ¿Pueden pedir a los profesionales sanitarios que les atienden que les seden, de manera definitiva? ¿Aceptarán estos profesionales que sus pacientes decidan qué hacer y qué no hacer? ¿Hasta qué punto, realmente, las decisiones son compartidas? ¿Es pertinente que los profesionales de cuidados paliativos intenten modificar la opinión de aquellos que tienen muy clara su voluntad de morir, o simplemente hagan caso omiso de esta petición? Es magnífico disponer de fármacos para aliviar los sufrimientos, pero, no se pueden imponer a quienes no quieren vivir un proceso de degradación. Los servicios de cuidados paliativos en España, habitualmente, proponen un camino de acompañamiento a este proceso descendente, pero no se plantean suprimirlo. En Bélgica, en cambio, los profesionales de Cuidados Paliativos fueron unos de los principales impulsores de la regulación de la muerte voluntaria.

4. Razones para regular la muerte voluntaria

Sorprende que, en los 30 últimos años, se hayan producido cambios significativos en la legislación sobre la autonomía personal, como la relativa al divorcio, el aborto o los matrimonios homosexuales, y se haya obviado la amplia demanda que pide la despenalización de la eutanasia y del SMA. Durante estos años se han aducido múltiples razones en diferentes iniciativas legislativas, que no han sido aprobadas; por ello, continúa siendo importante aportar argumentos que demuestren la necesidad de este cambio, porque:

4.1. Las sociedades democráticas deben garantizar que cada persona tenga la libertad de elegir lo que considere mejor para ella misma, incluyendo el derecho a controlar su cuerpo, su vida y su muerte

¿Cómo es posible que en pleno siglo XXI sea necesario reivindicar la soberanía sobre el propio cuerpo, que, John Stuart Mill ya proclamaba en el siglo XIX? (22), Quizás como reconocía Camus “Uno continúa haciendo los gestos que ordena la existencia, por muchas razones. La primera de todas es la costumbre. Morir voluntariamente supone que se ha reconocido, aunque sea de manera instintiva, el carácter irrisorio de esta costumbre, la ausencia de cualquier razón profunda para vivir, el carácter insensato de esta agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento” (23). Pero son precisamente las personas que no quiere ser esclavas de la costumbre las que reclaman el respeto y la posibilidad de escoger libremente la manera de concluir con su vida.

No existe razón alguna para que el Estado no proteja el derecho a la libertad. En una sociedad democrática coexisten múltiples perspectivas sobre la muerte. Aparentemente, la mayoría de ciudadanos son proclives a no preocuparse por ella, “si no sabes cómo morir no temas, la naturaleza te dirá qué debes hacer en cada momento de manera clara y suficiente. Ella hará este trabajo a la perfección por ti, así que no te preocupes por ello...” (24), decía Montaigne en el siglo XVI. En el siglo XXI no es habitual morir de forma estrictamente natural y el proceso artificial de morir puede llegar a ser muy cruel. Por ello, muchos de los, en apariencia, despreocupados, querrán recuperar su autonomía para decidir cómo, cuando y donde morir.

Una regulación clara y transparente, como las de Holanda, Bélgica y Luxemburgo, no eliminará las controversias, pero ayudará a reducirlas y, sobretodo, procurará tranquilidad a los pacientes que sufren, pues sabrán que siempre podrán disponer de un último recurso para que su muerte sea apropiada.

4.2. En ocasiones, facilitar la muerte es preferible a, simplemente, dejar morir

En España una persona capaz puede rechazar un tratamiento (incluida la alimentación y la hidratación asistidas) o solicitar su supresión, si ya está instaurado, incluso si es imprescindible para mantener su vida. Aunque persisten ciudadanos y profesionales que, por sus particulares creencias, no comparten este criterio, la actitud respetuosa frente al rechazo al tratamiento se va imponiendo. Las leyes sobre “la muerte digna” insisten en ello y, en Catalunya, una instrucción específica del Servei Català de la Salut, detalla cómo hacer efectivo este respeto.

Pero “ser respetuosos” tiene demasiadas acepciones, y algunas pueden generar mucho sufrimiento. Dejar morir, observando el curso natural de la enfermedad, muchas veces no es una opción mejor que provocar la muerte del paciente, siempre que éste lo pida expresamente. Séneca recuerda que “El sabio tiene que vivir tanto como deba, no tanto como pueda”. “Lo mejor que ha ordenado la ley eterna es que nos proporciona una sola forma de entrar en la vida, pero muchas de abandonarla. ¿Tengo que esperar la crueldad de la vida o del hombre, cuando puedo escapar del miedo a la tortura y librarme de todos mis problemas? Ésta es la única razón por la que no tenemos que lamentar la vida: no sujeta a nadie contra su voluntad”. (25)

A muchos, ver una persona querida atrapada en un largo e intenso sufrimiento, nos puede hacer pensar que lo más deseable sería que se terminase pronto su vida. “Ojalá Dios se lo lleve”, es, todavía, una frase recurrente, o, “Es lo mejor que podía pasarle”, cuando ya ha muerto. Pero, los miedos y los prejuicios suelen poner corsés muy estrechos al libre discurrir del pensamiento. Ciertas reticencias mentales dificultan aceptar que ayudar a una persona sufriendo, que desea poner fin a su vida, es, moralmente, la mejor opción posible, el mal menor. La razón y el respeto a la autodeterminación del otro deben seguir luchando denodadamente contra estos prejuicios, incluso en los entornos sociales más secularizados.

Frente a los pacientes que, directamente o a través de sus familiares, insisten en continuar aceptando cualquier intervención médica, encontramos otros que, celosos de su intimidad, o por otras razones, rechazan las intromisiones médicas al final de sus días, incluidos –en algunos casos– los cuidados paliativos. No quieren medicalizar su muerte, sólo esperan de la medicina que les ayude a poner fin a su vida cuando consideren que ha llegado el momento apropiado para ello.

4.3. Dar respuesta respetuosa a los pacientes que han anticipado su deseo de no seguir viviendo si se producen determinadas circunstancias claramente explicitadas

A principios de 2017 el registro nacional de instrucciones previas contenía 250.000 documentos de personas que, previendo la posibilidad de quedar incapaces para participar en las decisiones que en el futuro deberán tomarse en su atención, anticipan sus deseos, generalmente, sobre

las intervenciones a las que no quieren ser sometidos. En el 15 % de estos documentos hechos en Cataluña, es decir en casi 12.000, se solicita que si concurren determinadas circunstancias se aplique la eutanasia, pero con el argumento de que estas voluntades son imposibles de atender, por su ilegalidad, o bien porque están redactadas de manera demasiado general y difusa, se ha extendido una cierta idea de que estos documentos no resultan útiles para tomar decisiones. A menudo se dice que los pacientes no saben muy bien lo que quieren, que no saben expresarlo, que desconocen las verdaderas consecuencias de sus instrucciones, o que lo redactaron cuando tenían la capacidad para hacerlo, pero, que, ahora que son incapaces, cambiarían de opinión, si pudieran. Los más osados se atreven a decir que son personas “diferentes” a las que fueron, cuando decidieron lo que decidieron, precisamente para cuando no pudieran decidir.

Frente a tanto fariseísmo, resulta evidente que las personas que han hecho un DVA, no creen que sea un mero trámite, como a menudo ocurre con el Consentimiento Informado, sino algo muy relevante, una posibilidad de intervenir anticipadamente y por propia iniciativa en la atención que recibirán al final de la vida. Quieren que, cuando se les haya impuesto la etiqueta estigmatizadora de “incapaz”, se respete aquello que de manera responsable y con esfuerzo se empeñaron en dejar por escrito, porque lo consideran muy importante para poder morir libres, sin dejar, además, una pesada carga a sus allegados. Quizás cueste explicar qué es exactamente lo que uno quiere, pero hay muchas cosas esenciales, como el amor o la muerte, las ganas de vivir o de morir, que escapan a la comprensión de alguna razón, pero no por ello se puede negar la existencia de un deseo firme, intuitivo, emocional, de no querer vivir de cualquier manera. Familiares y profesionales deberían ser conscientes de lo importante que es respetar este deseo que el paciente tuvo el interés en dejar plasmado por escrito.

Ante la duda que plantea la atención de una persona demente o inconsciente, que redactó un DVA cuando era capaz, Ronald Dworkin (26) nos recuerda la necesidad de distinguir entre los **intereses de las experiencias presentes** –el supuesto gusto que un paciente demente siente al pintar mándalas, comer helado, quedarse absorto delante la televisión–, que a menudo justifican no actuar de acuerdo a los deseos expresados anticipadamente, de los **interés críticos** que definen el tipo de persona que a uno le gusta ser y el que no le gusta ser –no vivir embozado mirando la televisión, ni continuar viviendo si no puede reconocer ni relacionarse con sus allegados–. La mayoría de DVA expresan estos intereses críticos, a los que dan preferencia sobre los primeros. Una Ley que regulara adecuadamente la eutanasia y el suicidio asistido ayudaría a respetarlos.

4.4. Para evitar la violencia que comportan muchos suicidios

En pleno siglo XXI el ahorcamiento y el salto al vacío continúan siendo los medios más empleados para suicidarse en España, donde en el año 2014, se suicidaron 3.910 personas, un 236% más que en 1980. El suicidio es más frecuente en hombres (12,7 de cada 100.000) y en edades avanzadas (22/100.000 entre 85 y 89 años), que en mujeres (4,1/100.000). En Cataluña, entre las personas de edad más avanzada, se suicidan 40 de cada 100.000 (27). Aunque sea la causa de muerte prematura que más ha aumentado, hablar de ella continúa siendo un tema tabú que dificulta saber qué motiva a las personas mayores a suici-

darse. Son edades de pérdida de autonomía, de aparición de enfermedades crónicas y depresiones que ocasionan sufrimiento y se puede suponer que tienen relación con los deseos de terminar con la vida. Es difícil negar que algunas de estas personas habrían tenido un final menos violento, más sosegado y confortable si hubieran recibido ayuda para concluir su vida cuando su determinación era firme e irrevocable.

4.5. Hacer legal y con ello más seguro y transparente, lo que se hace ahora, al margen de la ley

En Australia, donde la eutanasia está prohibida, una encuesta realizada a 1.918 médicos reveló que el 1,8% de todas las muertes fueron el resultado de la eutanasia o del suicidio medicamente asistido (28). Otro estudio similar, realizado el año 2002, en 6 países europeos, concluyó que en Suecia, Dinamarca o Italia, el 1% de las muertes se produjo después de que los médicos hubieran administrado una droga con el propósito explícito de terminar con la vida (29). En Gran Bretaña, el porcentaje de eutanasias reportado por los médicos en los años 2007 y 2008 fue del 0,21% sobre el total de muertes (30). Actitudes similares se han reconocido también en Francia, Noruega, Grecia o Irlanda. Nada hace pensar que España sea una excepción a este comportamiento europeo, como tampoco debe serlo que algunos españoles formen parte del flujo de personas que, junto a pacientes franceses, ingleses y de otras nacionalidades viajan a Suiza con el fin de finalizar sus vidas.

4.6. Los ciudadanos y los profesionales sanitarios se han manifestado reiteradamente favorables a la regulación legal

La población española se muestra mayoritariamente favorable a la muerte voluntaria. En 1992, según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el 66% de las personas encuestadas se mostraba a favor de que la ley permita que los médicos puedan poner fin a la vida de un enfermo terminal que así lo solicite.

El 62,4% de los jóvenes entrevistados por el CIS en el año 1995 estaba de acuerdo en que los médicos puedan proporcionar un fármaco que ponga fin al dolor de un enfermo incurable, con gran sufrimiento (31). En 2001, el porcentaje de jóvenes favorables al SMA aumentó hasta el 72,2% y pasó al 75,0% en 2005. En el último sondeo, del año 2012, el porcentaje favorable llegó al 77,0% (32).

En el año 2000, un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) mostró que 3 de cada 4 españoles eran favorables a la regulación de la eutanasia, y en, 2008, eran 7 de cada 10. Según el mismo estudio, el 70% apoyaría el SMA solicitado por un enfermo terminal, pero, cuando la enfermedad no es terminal, este porcentaje desciende al 51,0%.

Entre mayo y junio de 2009, el CIS preguntó nuevamente a 2.500 ciudadanos si “Ante una persona mayor de 18 años, que se está muriendo de cáncer en fase terminal con mucho dolor y sufrimiento la ley debería autorizar a los médicos a terminar con su vida si la persona lo solicita”. La respuesta fue que el 75,7% eran partidarios de legalizar la eutanasia y el 64,2% el Suicidio Medicamente Asistido (33).

También los médicos muestran una opinión favorable ante la eutanasia. En la encuesta del CIS del 2002, un 41,5% de los médicos consideraba que se debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio

o la eutanasia en caso de enfermos terminales que lo soliciten. En el estudio de la OCU (2000), el 65% de los médicos y el 85% de las enfermeras reconocían haber recibido una petición de eutanasia o de suicidio asistido. Además, un 21% de los médicos dice haber participado en la práctica de eutanasia o suicidio asistido (OCU, 2000). Sin embargo, en la encuesta del CIS (2002) se afirmaba que el 80% de los médicos jamás había recibido una petición de eutanasia y el 91,9% nunca había recibido una petición de ayuda al suicidio

Más recientemente, el estudio de los valores en Europa también muestra que el grado de aceptación de la eutanasia ha ido en aumento. En una escala entre 1 (nunca estaría justificada) y 10 (siempre estaría justificada), España ha pasado de un grado de aceptación media de 3,11 (1981), 3,88 (1990), 4,73 (1999) a 6,08 en 2008, lo que la situaría en el 7º lugar –de un total de 47 países–. Dinamarca (6,79), Bélgica (6,75), Francia (6,75), Holanda (6,67), Suecia (6,54) y Luxemburgo (6,09) son los países con mayor aceptación (34).

El estudio muestra que existe una divergencia entre el oeste europeo que, en general, acepta la eutanasia y el este, que la rechaza. En los países en los que predomina un fuerte sentimiento religioso la aceptación es menor. Las sociedades tolerantes con la homosexualidad, el aborto, el divorcio, las relaciones sexuales esporádicas, la prostitución, el suicidio o la reproducción asistida, también son partidarias de la eutanasia. Coincide con otros estudios en que la aceptación es más alta entre las personas jóvenes, las que tienen mayor nivel educativo, y mayor renta. A juicio de los autores del estudio, las diferencias entre países hacen inviable un debate sobre el tema a nivel de las instituciones europeas, por lo que deben continuar haciéndose a nivel de cada estado, como en la actualidad.

4.7. Las razones aportadas por diferentes instituciones españolas del ámbito de la bioética para legalizar la eutanasia y el suicidio medicamente asistido son sólidas y mayormente coincidentes

En el año 2003, el Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, elaboró una declaración sobre la eutanasia en la que proclamaba que existe el imperativo moral de evitar el padecimiento innecesario y no deseado y que castigar la eutanasia es prolongar inmoralmemente el padecimiento. Recomendaba introducir una legislación específica que permita la práctica de la eutanasia como acción médica, a petición sería, expresa, inequívoca y reiterada de la persona, recordando que no se trata únicamente de respetar la autonomía de la persona, sino que es una cuestión de solidaridad con quien sufre (35).

Poco después, en 2005, el Instituto Borja de Bioética, vinculado a la Universidad católica Ramón LLull, también pedía la despenalización de la eutanasia en determinados supuestos que representan una inevitable tensión conflictiva entre valores equiparables al de la misma vida y que ponen en evidencia la posibilidad o la necesidad de no prolongarla innecesariamente. Esta declaración, que no contempla la posibilidad del suicidio asistido, solo prevé la eutanasia para enfermos terminales –con 6 o menos meses de esperanza de vida–, que hayan dado el consentimiento y después del informe favorable de un comité de ética asistencial (CEA) (36).

En el año 2006, el Comité de Bioética de Cataluña (CBC), órgano asesor de la Generalitat, consideraba que “Los principios de dignidad, autonomía y bienestar del paciente hacen éticamente aceptable y constitucional-

mente posible la despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio, y en consecuencia se debe modificar el artículo 143 del Código Penal español con el fin de retirar con claridad del ámbito penal las actuaciones de los profesionales sanitarios que tengan como objetivo ayudar a los pacientes a morir cuando se encuentren en una situación irrecuperable". Además, "la norma despenalizadora tiene que regular el suicidio médicamente asistido y la eutanasia en determinados supuestos" (37).

5. Los argumentos en contra de la legalización

Hay cuatro tipos principales de argumentos utilizados por quienes están en contra de la muerte voluntaria. El primero es de **tipo religioso** y pone énfasis en el carácter sagrado, indisponible, de la vida humana. Frente a las situaciones que deparan sufrimiento intratable sólo cabe la posibilidad de resignarse, porque sólo Dios tiene derecho a poner fin a una vida humana.

Sin embargo, un Estado no confesional, no puede legislar atendiendo solamente a los valores y creencias de una parte de la sociedad, ni siquiera si ésta fuera mayoritaria. Dworkin (38) propone reinterpretar el concepto de sacralidad de la vida humana para acercar las posturas antagónicas. Si terminar con la vida humana de manera voluntaria es moralmente malo, porque va en contra del valor intrínseco que esta tiene, es posible que para algunas personas competentes, que manifiestan de manera indudable y reiterada que quieren poner fin a su vida por el sufrimiento que padecen, este valor haya desaparecido y la muerte voluntaria vaya a favor de su mejor interés.

El segundo argumento en contra se fundamenta en la creencia de que la legalización del Suicidio asistido y la Eutanasia, a la larga, se utilizaría con criterios laxos haciendo que al final se banalizara la vida por una utilización inicialmente no prevista. Las cifras no avalan el temor a que se produzca este deslizamiento, esta **pendiente resbaladiza**. En los países donde existe la opción de solicitar la eutanasia y/o el SMA, supeditados a unos criterios de sufrimiento muy específicos en enfermos sin posibilidad de tratamiento, durante los años de regulación, sólo se ha producido un ligero incremento de la demanda. En Holanda, de más de 8.000 solicitudes sólo se llevaron a cabo 3.000 eutanasias. En Bélgica, donde desde que hace 2 años es posible que un menor solicite la eutanasia, sólo se ha informado de un único caso.

En los países donde no está legalizada la eutanasia, también se esgrime con cierta asiduidad que la **ética médica** no permite acabar con la vida de una persona. Para los que defienden esta postura, pedir a los médicos, enfermeras o cualquier otro profesional sanitario que realice una eutanasia o ayude a un suicidio es una violación de la ética médica. La eutanasia no es una opción válida del tratamiento, sino que representa un fracaso médico, un déficit de atención. Los cuidados paliativos se conciben como la única respuesta posible a las peticiones de los pacientes que solicitan la eutanasia. Afortunadamente, ésta, que era una opinión que durante bastantes años compartieron una mayoría de profesionales de cuidados paliativos y de geriatría, empieza a no ser tan taxativa y hegemónica y están surgiendo en estos entornos profesionales miradas más comprensivas y más compasivas. Persiste la inquietud de algunos profesionales de que la confianza que sienten sus pacientes pueda quebrarse al surgir la duda de si se ha hecho todo lo posible para aliviar el sufrimiento, o se ha optado de una manera precipitada por dar por finalizado un problema complejo y costoso de resolver. Es razonable que puedan surgir este tipo de dudas, pero no más que las de tipo contrario, tan-

to o más dañinas, cuando el paciente percibe, como una cierta forma de abandono, que el profesional anteponga sus creencias y desoiga las peticiones para aliviar su sufrimiento. La posibilidad de **objetar por razones de conciencia** ha de estar claramente regulada para que ni el paciente ni el profesional se sientan lesionados, pero, quizás se debería reflexionar a fondo acerca de la solidez de los motivos de conciencia que a menudo se alegan.

El médico de familia es quien, en principio, más conoce al paciente y el que mejor le puede atender en el tramo final de su vida. Tras una larga relación asistencial puede haberse forjado una confianza mutua, que, a pesar de la difícil petición, no tiene porqué quebrarse. "Un médico, que actúa de buena fe, está éticamente justificado para ayudar a morir si la necesidad de aliviar un dolor o un sufrimiento intenso y permanente, causado por una enfermedad incurable, sobrepasa en mucho el beneficio que puede suponer para el paciente prolongar su vida" decía el Instituto de Ética Médica de Londres, en 1990 (39), y Francis Bacon "incluía en el oficio de médico no sólo la recuperación de la salud sino también el mitigar el sufrimiento y los dolores; y no sólo cuando tal alivio puede llevar a la recuperación, más todavía cuando puede servir para proporcionar un salida fácil y feliz" (40).

Pero al argumento al que más atención debe prestarse es el que se refiere a la existencia de una **posible coacción** que podrían sentir las personas frágiles o vulnerables. La confusión es grande, puesto que hemos pasado de considerar que aquellos que se suicidan son cobardes, por no saber o no querer hacer frente a sus adversidades, a pensar que sólo los valientes tienen la suficiente osadía para, en determinadas situaciones, dar fin a su vida. Sólo los cobardes, piensan algunos, prefieren vivir en la decrepitud hasta el final; los héroes siempre han preferido la muerte a la deshonra, una deshonra o una vergüenza que para algunos supone pasar años, antes de morir, atado a una silla, sin controlar las deposiciones, sin capacidad para mantener la dignidad, sin poder decidir casi nada libremente. Existe el temor de que algunos pacientes queden atrapados por lo que dijeron un día, pero que ya no mantienen. A menudo se nos recuerda que las ideas se tienen muy claras cuando se ve de lejos la muerte, pero que se desea vivir, siempre, desesperadamente, cuando se siente próxima, sin importar las dependencias y sufrimientos que se padezcan. Con independencia de cuál sea la decisión, la ayuda debe ser máximamente compasiva y comprensiva en cada momento, respetando el deseo de la persona sufriente y ayudando a que se tome con la máxima libertad posible. Errar siempre es posible, pero, a diferencia de los errores que, también, se pueden dar en otras decisiones trascendentes —el cambio de sexo, un aborto...—, en el caso de la demanda de una muerte voluntaria no existirá la posibilidad de arrepentirse, las precauciones pues, deberán garantizar la inexistencia de riesgo de error hasta donde esto es realmente posible.

Tomás Moro en su Utopía de 1516, al referirse a las personas que padecen algún mal incurable que les aflige con incesantes sufrimientos y para las que la vida es un tormento, les recomienda "que no rechace morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o permita de buen grado que otros le libren de ella. Pero también recuerda que este fin no se impone a nadie y no dejan de prestarse los mayores cuidados a los que rehúsan hacerlo" (41).

6. Las propuestas

Un Estado que defiende, desde su Constitución, el respeto a la pluralidad de todas las opciones individuales, por minoritarias que estén sean, si

no lesionan los intereses de otras personas, debe garantizar que las personas puedan sentirse libres y seguras para que puedan gestionar su cuerpo y su vida sin injerencias externas que limiten su voluntad. El Estado debe cooperar para que esta gestión sea segura y sin obstáculos injustificados. No se trata solo de dejar morir, o de permitir el suicidio, sino, en la medida que sea necesario, de ayudar a que la muerte sea apropiada.

A aquellos que no precisan, o que rechazan la ayuda, se les debe respetar la posibilidad de que alivien su sufrimiento acabando con su vida.

Habrán quienes opten por dar por finalizada su vida, pero, que deseen ayuda para que el trance sea menos doloroso; se les deben proporcionar los medios y dejar que sean ellos quienes en última instancia decidan el momento y cómo lo ejecutarán.

A las personas que desean morir, pero cuyo estado no les permite actuar de modo propio, o quieren una mayor seguridad, deberían tener acceso a la ayuda activa que solicitan por parte de un profesional sanitario, preferentemente un médico.

6.1. Las garantías del Estado

Las dudas y temores que, en gran parte, son los responsables de que no se legisle a favor de la opinión expresada repetidamente por la ciudadanía deberían disiparse con medidas que garantizaran el rigor que una iniciativa como esta requiere. Para ello se precisa:

- Una evaluación rigurosa sobre la situación real en España. El miedo al daño que supuestamente podría derivar de una mala práctica como consecuencia de la legalización, no puede ignorar el daño que se deriva de una probable, mayor o menor, práctica ilegal, de la cual se desconoce su magnitud.
- La conclusión de un debate, iniciado hace más de 30 años, que con rigor permita formular una propuesta legislativa que contenga:
 - las diferentes alternativas –eutanasia y suicidio asistido–
 - los criterios para acceder a la prestación, sin olvidar, aunque se trate de casos excepcionales, a los menores, los discapacitados, las solicitudes por depresión severa persistente, fatiga vital permanente...
 - los órganos de autorización y supervisión
 - los criterios y un proceso, ágil, de autorización previa, para los casos en los que se considere necesario
 - un proceso de evaluación posterior de la muerte, u otros resultados, ocurridos tras la autorización de la intervención
 - un proceso sancionador, ágil, riguroso y transparente, para aquellos casos que sean merecedores de ello.

6.2. El procedimiento de la eutanasia

Un acto de esta gravedad debe estar plenamente regulado con unos criterios claros y transparentes. Debe fomentarse, por encima de cualquier otra consideración, la responsabilidad y, también, evitarse la burocratización. Los trámites largos y rígidos, que no responden a las necesidades de la persona, incrementan su sufrimiento.

¿Cuáles deberían ser estos requisitos?

- Que haya una solicitud voluntaria por parte de una persona competente a un médico
- Que se trate de un paciente con un sufrimiento físico o/y psíquico intratable, sin perspectivas de mejora

- Que el paciente esté completamente informado del pronóstico de su enfermedad
- Que el médico y el paciente, tras una relación prolongada, lleguen conjuntamente a la conclusión de que no existe otra solución razonable acorde con las preferencias del sujeto. Existe la posibilidad de atender a personas residentes de otro origen nacional; pero, para evitar el turismo eutanásico, no deberían aceptarse personas no residentes.
- Se debe recabar la opinión de un segundo profesional y debe constar por escrito que cualquier otra alternativa menos drástica ha sido descartada; se debe disponer de una red de médicos asesores para que den esta segunda opinión.
- Con posterioridad, el médico que haya atendido al paciente debe informar al “comité regional sobre eutanasia” de las circunstancias y del resultado de la intervención.

A modo de conclusión

Hace ya tiempo que la solicitud de legalizar la ayuda al suicidio y la eutanasia dejó de ser defendida únicamente por colectivos ideológicamente comprometidos para convertirse en una demanda social reiteradamente expresada por amplios sectores de la sociedad de adscripciones políticas diversas.

El cambio legislativo que solicita la población española debe incluir, además de la despenalización, la inclusión de la eutanasia y el SMA entre las prestaciones públicas del sistema nacional de salud.

Un número, cada vez mayor, de pacientes con enfermedades asociadas a un gran sufrimiento que la medicina no puede aliviar y que han reiterado su voluntad de dar por finalizada su vida no encuentra respuesta ni en las leyes de la muerte digna vigentes ni en los cuidados paliativos. Debería tenerse muy presente la experiencia antes mencionada de los profesionales de cuidados paliativos en Bélgica que, conscientes de los límites de la medicina para evitar el sufrimiento, impulsaron decididamente la legalización de la eutanasia en aquel cercano país.

Referencias

- (1) Comité de Bioética de Catalunya. Recomendaciones a los profesionales sanitarios en el acompañamiento de los enfermos al final de la vida. Comité de Bioética de Catalunya; 2012. *Accesible en:* <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/cbcfividaes.pdf>
- (2) Broggi MA. Por una muerte apropiada. Barcelona: Anagrama; 2013.
- (3) Cuervo Pinn MA, Rubio M, Altisent Trota R, Rocafort Gil J, Gómez Sancho M. Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles. *Rev Calidad Asistencial*. 2016;31(1):18-26.
- (4) Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida (actualizado 2 de junio, 2016). *Accesible en:* http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
- (5) Alianza española de enfermedades neurodegenerativas. Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social. Madrid: Alianza española de enfermedades neurodegenerativas; 2016.
- (6) Steiner G. Fragmentos. Madrid: Siruela; 2016.
- (7) Ezekiel JE, Bregie D, Onwuteaka-Philipsen JW, Urwin Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016;316(1):79-90.

- (8) del Ré R. Eutanasia: ¿qué es y quién la demanda? El País 21 noviembre 2016. Accesible en: http://elpais.com/elpais/2016/11/14/opinion/1479115997_023777.html
- (9) Fischer S, Huber CA, Furter M, Imhof L, Imhof RM, Schwarzenegger C, et al. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss med wjly*. 2009;139(23-24):333-338.
- (10) Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia (Estudio núm. 2451). Madrid: CIS; 2002.
- (11) Ortún V. Cuando las pruebas dicen NO pero bastantes médicos –y muchos pacientes– dicen SI. Resumen y comentario sobre: *Cutler D, Skinner J, Stern AD Wennberg D. Physician Beliefs and Patient Preferences. Harvard Business School. Working Paper 15-090, 2015*. *Gest Clin San*. 2017; 64(1):14.
- (12) Centro de Investigaciones Sociológicas. Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal (Estudio núm. 2.803) Madrid: CIS; 2009.
- (13) Callahan D, dir. Los fines de la medicina. *Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas* núm 11. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2005.
- (14) Bonete I, Gregorich A. Compartir. *Rev Fundació Espriu*.1997;28:38-9.
- (15) Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. *Septième rapport aux Chambres législatives (Années 2014-2015)*. Bruxelles: Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie; 2016. Accesible en: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf
- (16) Buiting H, van Delden J, Onwuteaka-Philipsen B, Rietjens J, Rurup M, van Tol D, et al. Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study. *BMC Med Ethics*. 2009;10:18.
- (17) Aycke O, Smook A. En: Eutanasia y suicidio asistido. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 41. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2017.
- (18) <http://elpais.com/tag/eutanasia/> ó http://politica.elpais.com/politica/2017/04/05/actualidad/1491414684_118351.html
- (19) Marin F. En: Eutanasia y suicidio asistido. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 41. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2017.
- (20) Hawking S. Why I support Assisted Dying. *BBC News*. Accesible en: <http://www.bbc.com/news/health-28337443>.
- (21) Doctor-assisted dying. The right to die. *The economist* 27 June 2015. Accesible en: <http://www.economist.com/news/leaders/21656182-doctors-should-be-allowed-help-suffering-and-terminally-ill-die-when-they-choose>
- (22) Mill JS. Sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
- (23) Camus A. El mito de Sísifo. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
- (24) Montaigne M. Ensayos completos. Madrid: Ediciones Cátedra; 2013.
- (25) Seneca LE. Cartas a Lucilio. Palma de Mallorca: José J. Olañeta, Ed; 2003.
- (26) Dowrkin R. El dominio de la vida. Barcelona: Ariel; 1998.
- (27) Colls C, García-Altés A, Suelves JM. Evolució de la mortalitat per suïcidi a Catalunya en el període 2000-2013: quin impacte ha tingut la crisi econòmica? *Monogràfics de la Central de Resultats 19*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016.
- (28) Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Med J Aust*. 1997;166(4):191.
- (29) van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*. 2003;362(9381):345-50.
- (30) Seale C. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. *Palliative Med*. 2009;23(3):198-204.
- (31) Centro de Investigaciones Sociológicas. Sondeo sobre la juventud española 1995. Estudio núm. 2596. Madrid: CIS; 1995. Accesible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2580_2599/2596/e259600.html
- (32) Observatorio de la juventud en España. Encuesta informe juventud en España, 2012. Estudio INJUVE EJ155. Madrid: Observatorio de la juventud en España; 2013. Accesible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/37/publicaciones/EJ155%20-%20Tablas%20SexoyEdades3.pdf>
- (33) Sarabia Álvarez J, Santiago Gordillo P. Atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal: la opinión de los ciudadanos. *Med Clí (Barc)*. 2012;138(2):73-7.
- (34) Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Public Health*. 2014;59:143-56.
- (35) Casado M, Royes A. Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia. Barcelona: Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona; 2003.
- (36) Instituto Borja de Bioètica. Hacia una posible despenalización de la eutanasia: declaración del Instituto Borja de Bioètica. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2005.
- (37) Comité Consultivo de Bioètica de Cataluña. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al Suicidio. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de la Salud; 2006.
- (38) Dowrkin R. El dominio de la vida. Barcelona: Ariel; 1998.
- (39) Institute of medical ethics working party on the ethics of prolonging life and assisting death. *Assisted death*. *Lancet*.1990;336:610-3.
- (40) Bacon F. *The Advancement of Learning*. Oxford: Oxford Clarendon Press; 1974.
- (41) Moro T. *Utopía*. Madrid: Espasa Calpe, 2001.

GCS EN LA RED

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

VISITA EL BLOG DE GCS

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

CURSO ACADÉMICO 2017-2018

MASTER EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

M A D S

28

75 ECTS

FECHA INICIO: 6 DE OCTUBRE 2017



barcelona
school of
management



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

Recepción de inscripciones: Devora Fernández Teléfono: 91 40162 19 e-mail: devora.fernandez@fgcasal.org

Coste-utilidad de la artroplastia en las fracturas complejas de húmero en ancianos

Nwachukwu BU, Schairer WW, McCormick F, Dines DM, Craig EV, Gulotta LV.

Arthroplasty for the surgical management of complex proximal humerus fractures in the elderly: a cost-utility analysis. J Shoulder Elbow Surg (2016)25,704-713.

Contexto

La artroplastia total invertida de hombro (RTSA) ha surgido como una alternativa altamente efectiva, aunque costosa, al tratamiento estándar para las fracturas complejas del húmero proximal en ancianos que requieren cirugía y no son susceptibles de osteosíntesis: la hemiarthroplastia de hombro (HA). El estudio compara la rentabilidad de estos dos tratamientos quirúrgicos con el ortopédico, tanto desde la perspectiva de los pagadores como de los hospitales estadounidenses.

Método

Se construyó un modelo de Markov para las alternativas de tratamiento. Los costes se expresaron en dólares estadounidenses del año 2013, y la eficacia se expresó en años de vida ajustados por calidad (QALYs). La principal medida de resultado fue la relación coste-efectividad incremental (ICER).

Resultados

Desde el punto de vista del pagador, la RTSA se asoció con un ICER de 8.100\$ por QALY, y la HA fue eliminada por considerarse una estrategia ineficaz desde el punto de vista del coste. Desde el punto de vista hospi-

talario, la HA no fue ineficaz en cuanto a costes, y la ICER para la HA fue de 36.700\$ por QALY, con la RTSA proporcionando una efectividad incremental de 57.400\$ por QALY. La RTSA fue la estrategia óptima en el 61% y el 54% de los análisis de sensibilidad probabilística de los pagadores y de los hospitales, respectivamente. La estrategia preferida dependía de las ganancias QALY asociadas, del coste primario de las RTSA, y de las tasas de fracaso de la RTSA.

Conclusiones

La RTSA puede ser una intervención rentable en el tratamiento quirúrgico de las fracturas complejas del húmero proximal. La HA también puede ser una intervención coste-efectiva, pero dependiendo de la perspectiva de los costes (coste-ineficaz para el pagador pero rentable para el hospital). Este análisis pone de relieve las oportunidades de aumentar las estrategias de reparto de costes para aliviar la carga de los costes en los hospitales.

Conflictos de interés: Declaran una beca de Zimmer, así como ingresos de Biomet, todos ellos ajenos a este trabajo.

Correspondencia: nwachukwub@hss.edu

COMENTARIO

Las proximales del húmero son las terceras fracturas más frecuentes en pacientes mayores de 65 años. A su opción tradicional de tratamiento (HA), se ha unido una nueva alternativa (la RTSA) con buenos resultados (1). Los pagadores, los hospitales y los cirujanos son los actores clave que navegan por las presiones financieras, y configuran la utilización de nuevas tecnologías de implantes. Un panel de expertos observó que los hospitales pueden limitar el número de RTSA implantadas por costes, ya que se pueden duplicar respecto a los implantes de hombro tradicionales.

Los principales objetivos de este estudio fueron estimar la rentabilidad de 3 estrategias de manejo para las fracturas complejas del húmero proximal que no eran susceptibles de osteosíntesis (tratamiento ortopédico, HA y RTSA), y encontrar las variables que influyeron en la rentabilidad de estas intervenciones.

Los ciclos de Markov duraron 1 año, momento en el que los pacientes podían permanecer en el mismo estado de salud o pasar a otro, dependiendo de las probabilidades del ciclo. Los estados de salud se asignaron a un coste y una efectividad clínica netas, que se acumularon durante cada ciclo, basados en la mejor evidencia disponible. Para medir la efectividad clínica se utilizaron pesos QALY. El valor comparativo se expresó utilizando una relación coste-efectividad incremental (ICER) –coste por QALY obtenido– con un umbral de coste-efectividad de 100.000 \$ por QALY.

La HA y la RTSA se asociaron respectivamente con costes de 63.600\$ y 92.200\$ (de por vida). No hubo costes asociados con el manejo ortopédico. En el análisis del pagador, la HA fue menos efectiva y tuvo un coste más alto por QALY que la RTSA, cuando ambas intervenciones

fueron comparadas incrementalmente con el tratamiento no quirúrgico. Desde el punto de vista hospitalario, aunque la HA fue menos efectiva, tuvo un menor coste por QALY que la RTSA. Se realizó un análisis de sensibilidad, y el modelo fue sensible a la edad del paciente, los beneficios QALY, los costes operativos y las probabilidades de éxito en la RTSA. La edad del paciente no tuvo un impacto en la estrategia preferida del pagador, aunque desde el punto de vista hospitalario la HA fue preferida después de 87 años, y el tratamiento no quirúrgico después de los 93 años.

El cálculo preciso de los costes sociales puede ser un desafío, ya que todos los costes acumulados a la sociedad deben ser tenidos en cuenta. En las naciones europeas la perspectiva del pagador es el análisis recomendado (el gobierno suele ser el único pagador), y los análisis de rentabilidad se utilizan explícitamente para la toma de decisiones médicas. El sistema de salud de los Estados Unidos tiene un panorama financiero más complejo que incorpora al paciente, al gobierno, a los pagadores (privados y públicos) y al sistema hospitalario de salud y, se favorece una perspectiva social (global) de costes.

En resumen, el aumento del coste compartido para RTSA como alternativa rentable puede alinear mejor los incentivos y proporcionar mejores resultados a los pacientes con fracturas complejas del húmero proximal.

Alfonso Utrillas-Compaired

Hospital Universitario de Guadalajara. Profesor asociado U. de Alcalá.

(1) Maier D, Jaeger M, Izadpanah K, Strohm PC, Suedkamp NP. Proximal humeral fracture treatment in adults. J Bone Joint Surg Am 2014;96:251-61.

(2) Taylor R. Using health outcomes data to inform decision-making: government agency perspective. Pharmacoeconomics 2001;19 (Suppl 2): 33-8.

La colecistectomía realizada en el ingreso hospitalario por pancreatitis aguda es más coste-efectiva que la realizada electivamente en un ingreso posterior

da Costa DW, Dijkstra LM, Bouwense SA, Schepers NJ, Besselink MG, van Santvoort HC, et al

Dutch Pancreatitis Study Group. Cost-effectiveness of same-admission versus interval cholecystectomy after mild gallstone pancreatitis in the PONCHO trial. Br J Surg. 2016 Nov;103(12):1695-1703.

Objetivo

Realizar un análisis de costo-efectividad de la colecistectomía practicada después de una pancreatitis aguda (PA) leve en el mismo ingreso hospitalario frente a la realizada electivamente en un ingreso 25 a 30 días después de la aleatorización.

Material y métodos

Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico de 264 pacientes que se asignaron al azar en 2 grupos: colecistectomía practicada en el mismo ingreso hospitalario que el episodio de PA (CMIH), 128 pacientes, frente a colecistectomía diferida a un ingreso posterior hospitalario (CPIH) con 136 pacientes. La aleatorización tuvo lugar cuando el médico previó el alta dentro de las siguientes 24-48 h. Los pacientes con CMIH fueron sometidos a cirugía 72 h después de aleatorizarlos, mientras que los CPIH fueron dados de alta y programados para colecistectomía 25-30 días después.

Se realizaron análisis de costo-efectividad desde las perspectivas social y del cuidado de la salud, con los costos evitados por reingreso en los 6 meses siguientes a la aleatorización. El cálculo de los costes indirectos de la baja laboral, se calculó con un cuestionario sobre salud y trabajo 1 y 3 meses después de la aleatorización.

Resultados

Los costes totales medios desde la perspectiva social fueron de 234€ menos por paciente CMIH frente a CPIH (4993 frente a 5226€). La CMIH fue superior a la CPIH, con una relación coste-efectividad incremental social de -1918€ para prevenir un reingreso por complicaciones relacionadas con la coleditiasis. El grupo CMIH tuvo una reducción absoluta del riesgo de reingreso del 12,2% frente a CPIH.

Los costes sanitarios fueron 144 euros más elevados en la CMIH, debido principalmente a la mayor estancia hospitalaria, ya que su duración después de la aleatorización fue ligeramente mayor en el grupo de CMIH (media de 4.1 frente a 3.8 días).

Los costes medios del reingreso fueron 271€ en la CMIH frente a 471€ en la CPIH. Los pacientes con CMIH tuvieron 378 € de menores costes indirectos de pérdida de productividad.

Conclusión

En la pancreatitis biliar leve, la CMIH fue más efectiva y menos costosa que la CPIH.

Financiación: Dutch Digestive Disease Foundation.

Conflictos de interés: Declaran no tener.

Correspondencia: d.dacosta@pancreatitis.nl

COMENTARIO

La pancreatitis aguda (PA) tiene una incidencia de 13-45 casos por 100000 personas/año (1). La coleditiasis es la causa de más del 62% de los casos (2). En el 85% de los casos, la PA es leve y cura en pocos días. Sin embargo, el 15% presenta un cuadro grave, con frecuencia mortal, que demanda grandes recursos sanitarios.

Una vez establecido el primer episodio de PA, la recidiva y otras complicaciones biliares son frecuentes. En este artículo, el reingreso aumentó del 4.7 al 16.9% cuando los pacientes son intervenidos 25-30 días después. Por ello, la colecistectomía debería realizarse en el mismo ingreso hospitalario de la PA, una vez descartada la gravedad de la misma, o como máximo dentro de las 2 semanas posteriores al alta. Estas recomendaciones han sido recogidas entre otras, por las guías de: Working Party of the British Society of Gastroenterology, American College of Gastroenterology, International Association of Pancreatology and American Pancreatic Association.

El trabajo demuestra que además, la CMIH es más efectiva y más eficiente. Esto se basa fundamentalmente en el ahorro de costes de los reingresos y menores costos indirectos debido a la reducción de las horas perdidas en el trabajo. Sin embargo los costos de atención de la salud fueron marginalmente más altos en el grupo de CMIH, aunque esto se puede explicar por el aumento de la estancia hospitalaria al establecerse un intervalo de tiempo de 72 h después de la aleatorización para la colecistectomía. Sin embargo, estudios previos han señalado una reducción en la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con CMIH.

Es muy probable que los ahorros de CMIH sean mayores, pues en la

evaluación desde la perspectiva social sólo considera los costes de las horas perdidas de trabajo/productividad, sin incluir los que recaen sobre pacientes y familias, los Servicios Sociales o los inducidos en otros sectores. Tampoco se realizó un estudio coste-utilidad.

En la mayoría de los servicios públicos de cirugía de España, los pacientes con PA de causa biliar ingresan en una lista de espera, de tiempo indeterminado, con frecuencia muy superior al mes. La programación quirúrgica cerrada, como mínimo semanal, impide intervenir a estos pacientes en 1 a 3 días después de diagnosticar la PA leve. Las soluciones podrían pasar en primer lugar por un diálogo estrecho de los servicios quirúrgicos y médicos, o mejor, con la creación de una vía/proceso clínico específico. La prolongación de las jornadas quirúrgicas ordinarias con los pacientes que sean candidatos a CMIH puede ser una solución sencilla y factible.

Objetivamente, la CMIH es una obligación para el Sistema Sanitario Público, por el ahorro de costes que supone y un derecho para el paciente, por las posibilidades de complicaciones y reingresos que le evita.

Roberto de la Plaza Llamas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Guadalajara.

(1) Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*. 2013;144(6):1252-61.

(2) Lévy P, Boruchowicz A, Hastier P, Pariente A, Thévenot T, Frossard JL, et al. Diagnostic criteria in predicting a biliary origin of acute pancreatitis in the era of endoscopic ultrasound: multicentre prospective evaluation of 213 patients. *Pancreatol*. 2005;5(4-5):450-6.

Incremento de medicación concomitante al tratamiento antirretroviral en la población con infección por VIH

Moore HN, Mao L, Oramasionwu CU.

Factors associates with polypharmacy and the prescription of multiple medications among persons living with HIV (PLWH) compared to non-PLWH. *AIDS Care* 2015;27:1443-8.

Objetivo

Cuantificar la medicación concomitante al tratamiento antirretroviral de pacientes con infección VIH y sin infección VIH, e identificar factores asociados a la polifarmacia.

Metodología

Estudio retrospectivo (2006-2010), transversal en 500 hospitales en Estados Unidos. Se recogieron las visitas médicas de pacientes según clasificación ICD-9-CM que identificaron las visitas de pacientes con infección VIH (PVIH) y sin ella (PNVIH). Las variables principales recogidas fueron sexo, edad, raza, número de medicamentos prescritos y comorbilidad de hipertensión, diabetes y dislipemia. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar factores relacionados con la polifarmacia (≥ 5 medicamentos).

Resultados

Se recogieron un total de 7.360.000 visitas para PVIH y 374.626.000 visitas para PNVIH. La distribución por grupos de edad, 18-29 años,

30-49 años y ≥ 50 años, fue la siguiente: en la PVIH, 13%, 55% y 32% respectivamente, y en la PNVIH, 18%, 32% y 50%. La PVIH tuvo un mayor porcentaje de hombres y la PNVIH un mayor porcentaje de mujeres. La prevalencia de comorbilidades varió de forma significativa entre los grupos de edad en ambas poblaciones. La prevalencia de polifarmacia en la PVIH varió de 16% en 2006 al 35% en 2010 y en la PNVIH varió de 24% en 2006 al 32% en 2010. En los tres grupos de edad, la prevalencia de polifarmacia fue de 12%, 26% y 28% en PVIH y de 7%, 18% y 39% en PNVIH. Una mayor edad (30-49 o ≥ 50 años) se asoció con la polifarmacia tanto en PVIH como en PNVIH.

Conclusiones

En los últimos años, la prescripción de medicamentos no antirretrovirales ha sufrido un mayor aumento en la PVIH respecto a la PNVIH. En ambos grupos de población, la polifarmacia aumenta con la edad.

Conflicto de intereses: Declarar que no existe.

Correspondencia: orams@unc.edu

COMENTARIO

La edad media de la población VIH ha aumentado gracias a la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR), lo que da lugar a una mayor supervivencia, pasando a considerarse la infección por VIH una enfermedad crónica. Esta población de edad avanzada (≥ 50 años) sufre un número de comorbilidades más elevado, y a una edad más temprana, que la población general (1). Como consecuencia, existe un mayor número de medicamentos que se añaden al TAR, respecto a la población general de la misma edad (2).

Estudios realizados en población mayor, muestran cómo la polifarmacia se asocia a resultados negativos en salud, esto es, incrementa la aparición de eventos adversos a los medicamentos, aumenta el riesgo de caídas de esta población, el número de ingresos hospitalarios, incrementa el número de interacciones entre fármacos, aumenta el uso de medicación inapropiada, disminuye la adherencia, en resumen, la polifarmacia se asocia con un empeoramiento de los resultados en salud (3). La mayoría de trabajos de polifarmacia en pacientes mayores se han desarrollado en población general, con escaso número de estudios específicos en la población con infección por VIH, hasta ahora población minoritaria.

El trabajo estudia la prevalencia de polifarmacia en la PVIH respecto a la PNVIH, observando como existe una distribución de edades diferentes entre ambas poblaciones, teniendo un menor porcentaje de pacientes ≥ 50 años en la PVIH respecto a la PNVIH (32% vs 50%) y siendo en su mayoría varones (73,5% vs 39,5%). En España, el porcentaje de pacientes con infección VIH ≥ 50 años es mayor que en el presente estudio, alcanzando el 41,5% en la encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida realizada en 2015 (4), y el porcentaje de varones es similar al estudio comentado.

Destaca cómo ha aumentado en los últimos años la prevalencia de polifarmacia en la PVIH, y cómo una mayor edad está asociada a la prescripción de un mayor número de medicamentos, algo que se puede

explicar dado el aumento de comorbilidad en este grupo de edad. Pero se observa también una mayor polifarmacia en los pacientes jóvenes de la PVIH respecto a los de la PNVIH, para lo que no se dispone de una explicación tan aparente. Hay que tener en cuenta, que a los medicamentos contabilizados en este estudio, se debe añadir el TAR, lo que aumentaría su carga posológica diaria.

El artículo insta a reflexionar sobre un futuro, ya inminente, del abordaje de los pacientes con infección VIH, en los que las comorbilidades están adquiriendo una gran importancia, así como una de sus principales consecuencias, la polifarmacia. La atención sanitaria a los pacientes con infección por VIH requiere una visión más amplia que la propia infección, introduciendo nuevas variables para realizar una detección temprana de comorbilidades, así como una estrecha vigilancia de posibles interacciones y la repercusión que este incremento de número de medicamentos puede tener en la adherencia a los tratamientos (5).

Mercedes Gimeno-Gracia

Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

(1) Hasse B, Ledergerber B, Furrer H, Battegay M, Hirschel B, Cavassini M, et al. Morbidity and aging in HIV-infected persons: The swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2011;53:1130-9.

(2) Gimeno-Gracia M, Crusells-Canales MJ, Armesto-Gómez FJ, Comparé-Turlán V, Rabanaque-Hernández MJ. Polypharmacy in older adults with human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clin Interv Aging* 2016;11:1149-57.

(3) Maher R, Hanlon J, Hajjar E. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13:1-11.

(4) Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000-2015. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid; 2016.

(5) Nachegea JB, Hsu AJ, Uthman OA, Spinewine A, Pham PA. Antiretroviral therapy adherence and drug-drug interactions in the aging HIV population. *AIDS*. 2012;26:Suppl 1:S39-53.

Sobrediagnóstico y sobretratamiento: amenazas para los pacientes y el sistema sanitario

Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D.

Evidence for overuse of medical services around the world. The Lancet. 2017 Jan 6. pii: S0140-6736(16)32585-5. doi:10.1016/S0140-6736(16)32585-5.

Contexto

La sobreutilización, definida como “la prestación de servicios médicos en los que el riesgo de daño supera al potencial beneficio”, está presente en todo el mundo. Supone además un alto porcentaje del gasto sanitario total (entre un 6 y un 89%). Este enorme rango de estimación se justifica tanto por variaciones geográficas como por la dificultad que entraña intentar su cuantificación.

Conceptos básicos

Hay estudios y tratamientos que son absolutamente eficaces y otros completamente inútiles e incluso nocivos. Sin embargo, la mayoría se encuentran en una zona gris, intermedia, en la que el balance beneficio/daño es muy “paciente-dependiente”. Con todo, la sobreutilización puede ser medida, comparando el contenido de las historias clínicas con las recomendaciones de guías basadas en la evidencia o, indirectamente, identificando inesperadas variaciones en la práctica clínica entre diferentes sistemas sanitarios.

El concepto de “sobreutilización” está íntimamente relacionado con los de “sobrediagnóstico” y “sobretratamiento” en la medida que todos hacen referencia a la prestación de servicios completamente innecesarios. Las campañas de cribado pueden ser una fuente de sobrediagnósticos, que a su vez conllevan agresivos sobretratamientos de hallazgos clínicos a menudo insignificantes (mamografías o endoscopias mal indicadas). También incurrimos en el sobrediagnóstico cuando ensanchamos la definición de enfermedad o anormalidad, alcanzando a poblaciones previamente consideradas “normales o sanas” quedando así etiquetadas como “enfermas”, a veces de por vida. Un fenómeno ampliamente descrito con las “flexibles” definiciones de hiperlipidemia en adultos o del TDAH en niños.

Datos y evidencias

Se aporta y estructura un buen número de evidencias directas e indirectas de sobreutilización global en diferentes categorías clínicas. Simplemente por la segunda figura, que muestra la sobreutilización en 4 países de 60 servicios seleccionados (http://www.thelancet.com/cms/attachment/2079216778/2071267180/gr2_lrg.jpg) ya vale la pena consultar el artículo.

La indicación inapropiada de cirugías (cesáreas, artroplastias...) y otros procedimientos invasivos (coronariografías) que ha sido descrita en muchos países, supone una fuente de sobre costes y morbilidad evitable, al igual que el sobreuso de tratamientos agresivos en pacientes terminales, lo que puede coincidir con la infrautilización de los más apropiados cuidados paliativos.

Conclusiones

La sobreutilización daña a los pacientes física, psicológica y financieramente y pone en grave riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud. Pese a que las instituciones parecen estar cada vez más sensibilizadas con este problema, pese a que surgen iniciativas como la lista “no hacer” del NICE, todo parece indicar que aún hoy la sobreutilización se extiende cada vez más por el mundo, alcanzando incluso a los países menos desarrollados. Sigue siendo un problema mal definido y peor cuantificado en la mayor parte de las sociedades. Además, existen pocos incentivos para registrarla. Y no únicamente en aquellos sistemas en los que se practica el “pago por servicio”.

Financiación: The Commonwealth Fund.

Conflictos de intereses: Declaran diferentes becas y participación en el desarrollo de algunas de las herramientas mencionadas en el artículo.

Correspondencia: sbrownlee@lowinstitute.org

COMENTARIO

El artículo recopila una amplia evidencia sobre la sobreutilización de actuaciones diagnósticas y terapéuticas en la prestación de servicios sanitarios, lo que supone un problema creciente, de escala mundial. Ocasiona un grave daño a los pacientes y amenaza la viabilidad de los sistemas sanitarios. Sin embargo, las instituciones y la sociedad siguen estando escasamente sensibilizadas al respecto, siendo aún muy escasos los esfuerzos para combatirlo. Además, varios elementos se alían a su favor: los sistemas de “pago por servicio” o la “medicina defensiva” (que incentivan hacer pruebas o tratamientos probablemente innecesarios) y a menudo un “falso humanismo” (hacerlo “todo” por el paciente sin habernos interesado realmente por conocer sus auténticas preferencias) sin duda alimentan el desarrollo de esta lacra. Además el “imperativo tecnológico”, la necesidad de estar “a la última”, empuja muchas veces al personal sanitario a utilizar tecnologías cada vez más sofisticadas (y caras), en una carrera cada vez más acelerada, sin quizás analizar detenidamente hasta qué punto están realmente indicadas. Ha tenido que desencadenarse la crisis económica para que algunas alarmas saltasen y se activaran (aún tímidos) mecanismos de control.

Como agravante, además en el artículo queda muy claramente reflejado como el sobreuso (y por tanto el sobre coste) muchas veces coincide, en

el tiempo y en el espacio, con graves carencias sanitarias. O como podemos ser capaces de administrar tratamientos carísimos (y perfectamente inútiles) a un paciente en situación terminal, mientras se le regatean cuidados paliativos, mucho más baratos y rentables en esa situación. El coste de oportunidad y la equidad pueden también verse seriamente perjudicados por el sobreuso, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

La solución propuesta pasa por aplicar de forma enérgica la medicina basada en la evidencia y por poner realmente al paciente en el centro del sistema y que sea este, aplicando sus preferencias y valores, convenientemente informado, el que incline la balanza entre los potenciales beneficios y los daños aceptables. Se requiere desarrollar indicadores de resultados que informen sobre qué técnicas tiene un valor clínico real y en cuáles el beneficio es marginal, buscando una mayor eficiencia y mejor adecuación. En definitiva, en Medicina MÁS no es (en absoluto) sinónimo de MEJOR. Y mucho menos en Oncología.

Santos Enrech Francés

Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Getafe.

(1) Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280:1000-05.

(2) Corallo AN, Croxford R, Goodman DC et al. A systematic review of medical practice variation in OECD countries. Health Policy 2014;114:5-14.

Cuando lo urgente puede esperar, el beneficio de un buen triaje

Sabik ML, Gandhi SO.

Copayments and emergency department use among adult Medicaid enrollees. Health Economics; 2016;25:529-42.

Objetivo

Analizar el impacto de cambios o nuevos copagos aplicados a visitas no urgentes en servicios de urgencia de Estados Unidos que atienden pacientes adultos menores de 65 años de renta baja cubiertos por Medicaid, con un importe máximo de US\$ 8 por visita, sobre la probabilidad de acudir a estos servicios por causas no urgentes.

Datos y método

Impacto de los cambios en los copagos en 44 estados de Estados Unidos en urgencias hospitalarias durante el período 2001-2009 con datos del National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) referidos a 34.000 visitas. La variable de resultado es un indicador de si la visita se ha clasificado o no como urgente en el momento de la admisión por un servicio de triaje clínico. Es un estudio quasi-experimental que utiliza como estrategia de identificación las variaciones entre estados y a lo largo del tiempo en la exigencia o no de copago. El análisis de sensibili-

dad controla por el efecto de grado de penetración de las organizaciones de managed care, género y estados que requieren copago por cualquier visita a urgencias.

Resultados

En los estados en los que se aplica copago, la probabilidad de realizar una visita no urgente se reduce en un 6,3%. Este resultado no es sensible cuando se controla por managed care, género y estado. La estimación con un modelo no lineal estima una reducción de esta probabilidad en el 5,1%. La probabilidad de que una visita sea no urgente es del 16,3% en ausencia de copago y del 10,1% con un copago no superior a US\$8.

Conclusiones

En copago moderado es efectivo para la reducción de las visitas a servicios hospitalarios de urgencias por razones no urgentes.

Correspondencia: Isabik@vcu.edu.

COMENTARIO

En todos los países de la UE-15 excepto cuatro (Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido) existe algún sistema de copago para las urgencias hospitalarias; normalmente una cantidad fija que en algunos países (Grecia e Italia) se devuelve en caso de visita realmente urgente. Este copago suele ir unido al copago en las visitas de atención primaria, este último habitualmente más bajo, para evitar que se produzcan desviaciones de visitas del médico de familia hacia las urgencias y el coste termine siendo mayor (1).

Una revisión sistemática (2) de las intervenciones organizativas destinadas a reducir la utilización de los SUH ha identificado 12 estudios sobre el impacto de los copagos en urgencias. Una revisión de revisiones confirma idénticos resultados (3) y en todos estos estudios, excepto en uno referido a Medicaid, se constata que la introducción o aumento del copago en los SUH, aun siendo de cuantía moderada, está relacionada con una reducción en el número de visitas. La contribución del artículo es mostrar que en poblaciones de riesgo como la de Medicaid los copagos pueden ser útiles para reducir las visitas no urgentes.

En el caso de las urgencias hospitalarias, la posible existencia de riesgo moral origina un doble problema, económico y de calidad de la atención médica. Los pacientes que acuden a urgencias por problemas que podrían y deberían ser atendidos, en el mejor de los casos, en su centro de salud no sólo usan uno de los servicios más complejos y caros de los hospitales, sino que en ausencia de una priorización eficiente pueden dificultar y retrasar la atención de los casos que realmente necesitan atención urgente. Es decir, provocan externalidades en costes por congestión y reducen el valor del servicio para los casos realmente urgentes.

Abunda la evidencia descriptiva indicativa de un uso excesivo de los servicios hospitalarios de urgencias (SUH) asociada a la gratuidad, tanto en España como en otros países, apuntando en la dirección de que a menores costes de acceso, más se acude al SUH por problemas no urgentes y que no requieren ingreso. No es de extrañar que los segu-

ros públicos y privados hayan tratado de gestionar y poner orden en el acceso al servicio de urgencias, un servicio, por otra parte, de consulta espontánea por parte del paciente en la mayoría de los casos. La introducción de copagos es una de las posibles medidas entre las diversas intervenciones organizativas disponibles para mejorar la eficiencia del uso de los servicios de urgencias, si bien es evidente que no está diseñada para resolver otros problemas tales como la eficacia del servicio o la gestión del flujo de salida de pacientes.

No obstante, el copago en urgencias es uno de los que crea más controversia (4), con acusaciones de que puede retrasar atención necesaria y apropiada y, en consecuencia, agravar la enfermedad y aumentar el gasto sanitario requerido para tratarla. Para hacerlo factible, una cuestión clave es disponer de buenos sistemas de triaje para discriminar entre visitas a urgencias apropiadas y no apropiadas (aquellas que deberían haber sido atendidas en otro nivel asistencial), lo cual permite la implantación de un sistema de copagos *ex post*, es decir, una vez tipificada la consulta a fin de identificar al que no debe pagar nada. A pesar de los problemas operativos que esta tipificación *ex post* debe resolver, un mecanismo de este tipo palió la crítica de que el paciente desconoce *a priori* el beneficio esperado del tratamiento como muestra el artículo comentado.

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa.
Universitat Pompeu Fabra (UPF).

(1) González López Valcárcel B, Puig-Junoy J, Rodríguez Feijó S. Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño. FEDEA Policy Papers 2016-04, Madrid.

(2) Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiro S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. PLoS One. 2012;7(5):e35903.

(3) Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of the reviews. Health Policy. 2016; en prensa.

(4) Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. Gaceta Sanitaria. 2012;26(1):78-9.

El análisis de la variabilidad en resultados y costes puede mejorar la calidad de la atención

Lee VS, Kawamoto K, Hess R, Park C, Young J, Hunter C, et al.

Implementation of a value-driven outcomes program to identify variability in clinical costs and outcomes and association with reduced cost and improved quality. JAMA 2016;316(10):1061-72.

Objetivo

El artículo describe la evaluación de la implementación de una herramienta *on-line* que muestra costes y resultados a nivel de paciente, en el contexto de un programa de gestión que busca optimizar resultados y costes.

Método

Estudio cuasi-experimental pre-post sin grupo control conducido entre 2012 y 2016 y para tres proyectos de mejora desarrollados en el plan de salud de la Universidad de Utah: a) proyecto sobre artroplastia de cadera y rodilla, b) proyecto sobre utilización de pruebas de laboratorio; y c) proyecto sobre manejo de sepsis. La *intervención* consistió en dar acceso a los clínicos a una herramienta *on-line* con información sobre resultados, costes, y variación, y posterior discusión de los resultados con un panel de expertos en mejora de calidad.

Resultados

Para el programa de calidad de artroplastia de cadera y rodilla, el índice compuesto de calidad mejoró un 26% en términos absolutos (IC95%: entre un 18% y un 35%), para unos costes directos que bajaron un 7% (IC95% entre un 3% y un 11%). En cuanto a las pruebas de laboratorio, el coste medio diario bajó, en términos absolutos, en 15 dólares (IC95%: entre 11 y 19 dólares). Para el proyecto de sepsis, el tiempo de administración de terapia se redujo en 4,1 horas de mediana (IC95% entre 1 y 9,9 horas).

Financiación: National Institutes of Health.
Correspondencia: vivian.lee@hsc.utah.edu

COMENTARIO

El artículo describe de forma pormenorizada, la evaluación (diferencia *ex post ex ante*) de un programa destinado a mejorar el valor de los cuidados de un centro hospitalario que presta servicios para un plan de salud de la Universidad de Utah.

Aunque la magnitud del efecto (mejora en calidad y reducción de coste) es muy notable para algún indicador, la intervención tiene algunas limitaciones que generan dudas sobre el verdadero efecto del programa; a saber: no existe grupo control que permitan analizar si existen explicaciones alternativas al propio programa (por ejemplo, analizando otros servicios del mismo hospital a los que no se les dio acceso a la herramienta), y el grado de control del mix de pacientes antes y después de la intervención parece, a juzgar por lo que los autores señalan, insuficiente. Demasiadas cuestiones pendientes.

No obstante, el artículo es una buena ilustración de cómo se podría afrontar la mejora del valor de los servicios en España. Conscientes de la existencia de variaciones injustificadas y sistemáticas en el desempeño de los proveedores sanitarios de nuestra Sistema Nacional de Salud, en particular, en la utilización de procedimientos de dudoso valor (1) convendría poner manos a la obra y 1) identificar aquéllos proveedores cuyo desempeño es objetivamente mejorable; 2) analizar *in situ* las posibles causas que explicarían tal desempeños 3) determinar si la solución a tales causas precisaría de una intervención de mejora; 4) definir cuáles deberían ser los indicadores que permitiesen evaluar una eventual intervención; y 5) implementar la intervención y evaluarla. En fin, el abecedario de la mejora de calidad.

Advertir que con los sistemas de información disponibles en España casi cualquier indicador de mejora de desempeño o reducción de costes podría ser evaluado. De menor a mayor dificultad: indicadores de utilización en procedimientos de dudoso valor, resultados sanitarios recogidos en el CMBD al alta hospitalaria, costes (utilizando como proxy estancia media o peso GRD refinado), indicadores de resultados en atención primaria (sólo para algunas condiciones y algunos parámetros biológicos), y resultados tras hospitalización (e.g., mortalidad, readmisiones) o continuidad de tratamiento (tras un esfuerzo adicional de enlace de registros entre primaria y especializada). Muy poco podremos analizar sobre resultados referidos por pacientes aunque en algunas Comunidades Autónomas se empiezan a registrar de forma sistemática estado de salud (en términos de EQ5) o estado funcional de personas mayores o con condiciones de salud mental. En cuanto a costes unitarios, sigue siendo una asignatura pendiente pese a los esfuerzos de RECH, Red Española de Costes Hospitalarios (2), en la actualidad asignando costes a cada alta del CMBD hospitalario mediante algoritmos basados en una muestra de hospitales con sistema de contabilidad analítica.

Enrique Bernal-Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

(1) García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Comendeiro-Maaloe M, Seral-Rodríguez M, Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud, Junio 2016; Disponible en: www.atlasvpm.org/desinversion

(2) Cots F et al, Red española de costes hospitalarios (2010), Disponible en <https://www.rechosp.org/rech/cms/en/vision/1/1>

GCS EN LA RED

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

Efectos de la innovación médica sobre la violencia doméstica

Papageorge NW, Pauley GG, Cohen M, Wilson TE, Hamilton BH, Pollak RA.

Health, Human Capital and Domestic Violence. NBER Working Paper No. 22887. 2016.

Contexto

La violencia doméstica es un grave problema social, también en el mundo desarrollado. Cada año en EE.UU. se presentan 4,5 millones de denuncias y se calcula que casi una de cada cuatro mujeres experimentará abusos físicos a lo largo de su vida. Los costes asociados a la violencia doméstica - tanto los costes directos de la asistencia médica a las víctimas como algunos costes indirectos, principalmente los vinculados a la pérdida de productividad- se han estimado en 5.800 millones de dólares. Esta cifra sub-estima el coste real del problema al no contabilizar como costes directos los gastos judiciales o la asistencia social, ni la totalidad de los costes indirectos que se producen como consecuencia de la violencia, la pérdida de bienestar de la víctima y de la sociedad.

Objetivo

Determinar el impacto de la mejora en el estado de salud debido a una innovación médica no anticipada sobre la violencia doméstica y el consumo de drogas en un grupo poblacional desfavorecido en los EE.UU.

Datos y método

Los datos provienen del Women's Interagency HIV Study, una encuesta longitudinal única que recoge información sobre la salud, el consumo de drogas y medicamentos, las conductas sexuales, el estado civil, la violencia doméstica y la participación en el mercado de trabajo de mujeres portadoras del VIH y de mujeres con VIH negativo pero con estilos de vida con riesgos para la salud similares (p.ej. consumo de drogas por vía intravenosa o práctica de relaciones sexuales sin protección). La encuesta fue realizada por primera vez en 1994, antes de la introducción del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) o HAART, lo que permite analizar el impacto de la innovación farmacológica sobre la violencia doméstica y el consumo de drogas en mujeres con VIH positivo que experimentan deterioro en la salud debido al

virus. Las mujeres portadoras del VIH "sanas" y aquellas que no están infectadas forman los grupos de control. Para identificar y abordar el efecto causal y el de variables omitidas en el binomio salud-violencia, los autores utilizan la técnica de diferencias en diferencias.

Resultados

Con la introducción del TARGA se redujo un 5% la violencia doméstica sobre las mujeres con VIH más enfermas, impacto aún mayor, más del doble, entre el subgrupo de mujeres de color. Resultados similares se observan para el consumo de heroína. Concretamente, este último cae entre el 11% y el 17% en las mujeres portadoras de VIH tratadas con antirretrovirales de gran actividad y un 23% en las mujeres de color entre ellas.

Conclusiones

En el marco de las teorías de capital humano la salud es una forma de éste y la introducción del TARGA, que lleva a mejoras sustanciales en la salud, incrementa los incentivos de las mujeres a invertir en ella evitando comportamientos de riesgo como el consumo de drogas. Desde esa perspectiva dos problemas sociales de gran relevancia, la violencia y el consumo de drogas, se pueden afrontar mejorando la salud. Destaca que el verdadero nexo entre innovaciones médicas, estado de salud y fenómenos sociales se debería incorporar a los debates sobre el futuro del sistema sanitario. Aunque el trabajo se centra en mujeres con VIH y posición social baja, los resultados son extrapolables a otros grupos poblacionales. Primero, porque las mujeres infectadas VIH no son las únicas que sufren violencia o que consumen drogas y, segundo, porque el VIH se considera una enfermedad crónica, como la diabetes o la hipertensión y las personas que la padecen pueden vivir muchos años, siempre y cuando sean diagnosticadas y reciban su tratamiento.

Correspondencia: papageorge@jhu.edu

COMENTARIO

La violencia doméstica y de género es un comportamiento cada vez más extendido que tiene graves consecuencias socioeconómicas y psicológicas. Sin embargo, a pesar de ser un problema de creciente relevancia social, nuestro conocimiento sobre sus causas, múltiples y complejas, es limitado (1). Por eso, sorprende que la evidencia empírica sobre violencia doméstica y salud existente sea relativamente escasa. De ahí la importancia de estudios que pretende aportar conocimiento sobre la verdadera relación entre la salud y la violencia doméstica y sobre la dirección de la causalidad. El trabajo, además de aportar un marco conceptual, basado en el capital humano, ofrece valiosas recomendaciones de políticas.

Lo que la evidencia previa sugiere es que, en general, la violencia y el consumo de drogas tienen un impacto adverso sobre la salud, física y mental, de las víctimas y como consecuencia también su participación en el mercado de trabajo. La incidencia de la violencia es mayor entre las personas que se encuentran en una situación socioeconómica desfavorecida, tienen menos estudios o para las que resulta más difícil (o costoso) separarse de la pareja.

El estudio muestra como una innovación médica (*health shock*) se traduce en un incremento en el capital humano, o la salud, de las personas generando beneficios sobre varias dimensiones vitales, algunas de ellas esperadas, como las mejores perspectivas en el mercado de trabajo o el cambio en los comportamientos con impacto adverso sobre la salud, y otras más sorprendentes, como la reducción en la violencia doméstica (que a priori podemos pensar que se escapa del control de la persona que padece los abusos). Es sólo un primer paso, que necesita de más investigación en el futuro, pero la tesis de que algunas innovaciones médicas pueden ejercer un impacto positivo sobre el capital humano es muy atractiva ya que una política de incentivos a la innovación implicaría cambios deseables en conductas y fenómenos sociales complejos que persistirán en el tiempo, a diferencia de medidas con eficiencia a más corto plazo, como las ayudas (monetarias) directas a las víctimas de la violencia.

Alexandrina Stoyanova

Departament d'Economia. Universitat de Barcelona.

(1) Tur-Prats A. (2015) ¿Por qué algunos hombres maltratan a sus mujeres? Los orígenes históricos de la violencia doméstica. <http://nadaesgratis.es/admin/por-que-algunos-hombres-maltratan-a-sus-mujeres-los-origenes-historicos-de-la-violencia-domestica>

Limitaciones de los actuales diseños de ensayos clínicos en oncología para identificar el beneficio clínico

Del Paggio JC, Azariah B, Sullivan R, Hopman WM, James FV, Roshni S, Tannock IF, Booth CM.

Do Contemporary Randomized Controlled Trials Meet ESMO Thresholds for Meaningful Clinical Benefit? Ann Oncol first published online October 13, 2016 doi:10.1093/annonc/mdw538.

Contexto y objetivo

Determinar si los ensayos controlados aleatorios recientes que evalúan nuevas terapias para tumores sólidos cumplen con los umbrales de beneficio clínico establecidos por ESMO (European Society for Medical Oncology).

Método

Revisión de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs) fase III que evaluaron las terapias sistémicas para el cáncer de mama, de pulmón de células no pequeñas, colorrectal y de páncreas publicados entre 2011 y 2015. Se aplicaron los criterios ESMO para evaluar la magnitud del beneficio clínico, denominados (ESMO-MCBS: Magnitude of Clinical Benefit Scale). Además se determinó si el diseño de los ECAs permitía detectar una magnitud de efecto que alcanzaría el beneficio clínico definido por ESMO-MCBS.

Resultados

Se incluyeron 277 ECAs, de los cuales el 50% (138) mostraron superioridad estadística en la rama experimental frente a la rama control. De estos, un tercio (31%) cumplieron con el umbral de beneficio clínico definido por los

criterios ESMO-MCBS. Los ECAs con intención curativa tenían más probabilidades de alcanzar umbrales clínicamente significativos que aquellos con intención paliativa [61% (19/31) vs. 22% (24/107), $p < 0,001$]. De los ECAs inicialmente seleccionados, sólo a 226 se pudo aplicar la ESMO-MCBS, y se encontró que el 31% (70/226) fueron diseñados para detectar un tamaño de efecto que alcanzaría los umbrales ESMO-MCBS.

Conclusión

Mayoritariamente los ECAs analizados no fueron diseñados para detectar diferencias con significación clínica. Aquellos que obtienen beneficio clínicamente significativo, se encuentran también en menor proporción. La comunidad científica, la industria y las agencias financiadoras y reguladoras deben abandonar la búsqueda de las diferencias estadísticamente significativas y promover un cambio en los diseños de futuros ECAs utilizando umbrales más estrictos que permitan detectar beneficios clínicos significativos.

Financiación: Canada Research Chair in Population Cancer Care.

Conflicto de intereses: Sullivan fue miembro del grupo de trabajo de ESMO que diseñó la ESMO-magnitude of clinical benefit scale.

Correspondencia: boothc@kgh.kari.net

COMENTARIO

En el campo de la terapéutica oncológica los avances en el conocimiento de la biología del cáncer traen consigo la aparición de nuevas terapias que a menudo se asocian con una eficacia moderada, una toxicidad sustancial y un alto coste. Las terapias que ofrecen verdadero beneficio clínico deben proporcionar una mejora significativa en la cantidad y/o calidad de la supervivencia, pero existe dificultad al interpretar y medir el beneficio clínico de una nueva terapia: los ensayos clínicos con medicamentos están diseñados para detectar una magnitud de efecto (la magnitud de la diferencia entre los grupos) estadísticamente significativa, que demuestra que existe un efecto sin revelar la magnitud de dicho efecto, además los resultados en oncología a menudo se expresan a través de variables subrogadas como Supervivencia libre de progresión en lugar de variables clínicas como Supervivencia global, o se publican resultados inmaduros.

La determinación del valor que aportan los nuevos fármacos es actualmente una consideración importante en la prestación del cuidado del cáncer. Para determinar dicho valor es necesario previamente interpretar correctamente los ensayos clínicos así como caracterizar y medir el beneficio clínico. Ante esta necesidad surgen diversas iniciativas (1) como las propuestas por ESMO o ASCO (American Society of Clinical Oncology). La herramienta ESMO-MCBS, estandarizada, validada y reproducible, diseñada por oncólogos y bioestadísticos para evaluar la magnitud del beneficio clínico de medicamentos oncológicos en tumores sólidos. Publicada en 2015 (2), permite obtener una estimación relativa de la magnitud del beneficio clínicamente significativo que se puede esperar de un nuevo tratamiento a partir de datos de eficacia obtenidos en ensayos clínicos fase III y meta-análisis, matizándolos con datos de seguridad y calidad de vida. Diferencia entre los entornos de terapia curativa y paliativa, y no considera los costes.

Los principios que subyacen en ESMO-MCBS son que la Supervivencia global o la curación, prevalecen sobre sustitutos como Supervivencia libre de progresión o Tasa de respuesta. Criterios de valoración direc-

tos como la Supervivencia libre de enfermedad se consideran variables subrogadas más válidas en los escenarios curativos (terapia adyuvante o neo-adyuvante) que la Supervivencia libre de progresión en el entorno paliativo. La propuesta del ASCO Value Framework (ASCO-VF), actualizada recientemente (3), es un marco para la evaluación del valor relativo de terapias oncológicas que compara beneficios relativos clínicos, efectos secundarios y costes de los tratamientos que se hayan probado en ECAs. Mientras la herramienta de ESMO está diseñada para el asesoramiento de los agentes decisores de prestaciones sanitarias, ASCO-VF fue concebida para ayudar en el contexto clínico al médico y al paciente en la toma de decisiones terapéuticas.

Dado que ya disponemos de herramientas que permiten estandarizar y clasificar la magnitud del beneficio clínico de las nuevas terapias oncológicas, es momento de cambiar tanto el diseño de los ECAs como los umbrales establecidos por las agencias reguladoras para la autorización de los fármacos. En la actualidad, el objetivo cuando se diseña un ECA es que la medida de efecto resulte estadísticamente significativa para así lograr la comercialización del fármaco, mientras el objetivo debería ser obtener un beneficio clínicamente significativo como respuesta a la demanda de la comunidad científica, pacientes y sociedad, que es disponer de nuevas terapias oncológicas que aporten valor.

Patricia San Martín Fenollera

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

(1) Schnipper LE, Bastian A. New Frameworks to Assess Value of Cancer Care: Strengths and Limitations. *Oncologist*. 2016 Jun;21(6):654-8. doi:10.1634/theoncologist.2016-0177.

(2) Cherny NI, Sullivan R, Dafni U et al. A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Ann Oncol*. 2015;26(8):1547-73. doi:10.1093/annonc/mdv249.

(3) Schnipper LE, Davidson NE, Wollins DS, et al. Updating the American Society of Clinical Oncology Value Framework: Revisions and Reflections in Response to Comments Received. *J Clin Oncol*. 2016 20;34(24):2925-34. doi:10.1200/JCO.2016.68.2518.

El nivel socioeconómico es un factor de riesgo de mortalidad más importante que el alcohol, la obesidad y la hipertensión

Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, d'Errico A, Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C11, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Vollenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M.

LIFEPATH consortium. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. Lancet. 2017 Feb 1. pii:S0140-6736(16)32380-7. doi:10.1016/S0140-6736(16)32380-7.

Contexto

El año 2011, los Estados Miembros de la OMS firmaron la iniciativa 25 x 25, un plan para reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles en un 25% en 2025. Sin embargo, los factores socioeconómicos asociados a las enfermedades no transmisibles no fueron incluidos en el plan.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue comparar la contribución del nivel socioeconómico en la mortalidad y los años de vida perdidos con la de los factores de riesgo 25 x 25 convencionales.

Métodos

Se realizó un estudio multicohorte y meta-análisis con datos individuales de 48 estudios de cohortes prospectivos con información sobre el nivel socioeconómico (definido mediante la ocupación de los individuos), los factores de riesgo 25 x 25 (consumo de alcohol elevado, inactividad física, tabaquismo actual, hipertensión, diabetes y obesidad), y la mortalidad, para una población total de 1.751.479 personas de siete países miembros de la OMS de renta alta. Se estimó la asociación del nivel socioeconómico y los factores de riesgo 25 x 25 con la mortalidad por todas las causas y la mortalidad por causa específica. También se estimó la fracción atribuible poblacional y los años de vida perdidos debido a los factores de riesgo.

Resultados

Los participantes con bajo nivel socioeconómico tuvieron una mayor mortalidad en comparación con aquellos con alto nivel socioeconómico. Esta asociación siguió siendo significativa en los modelos mutuamente ajustados que incluyeron los factores de riesgo 25 x 25. La fracción atribuible poblacional fue más alta para el tabaquismo, seguida por la inactividad física y el nivel socioeconómico. El bajo nivel socioeconómico se asoció con una reducción de 2,1 años en la esperanza de vida entre las edades de 40 y 85 años, 0,5 años para el consumo de alcohol elevado, 0,7 años para la obesidad, 3,9 años para la diabetes, 1,6 años para la hipertensión, 2,4 años para la inactividad física y 4,8 años para el consumo actual de tabaco.

Conclusiones

El nivel socioeconómico, además de los factores de riesgo 25 x 25, deben ser objeto de estrategias de salud locales y globales y de políticas para reducir la mortalidad.

Financiación: European Commission, Swiss State Secretariat for Education, Swiss National Science Foundation, the Medical Research Council, NordForsk, Portuguese Foundation for Science and Technology.

Conflictos de intereses: Declarados.

COMENTARIO

El consumo de alcohol elevado, la inactividad física, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes y la obesidad son factores de riesgo conocidos de múltiples enfermedades, y aumentan el riesgo de mortalidad. Por otra parte, un bajo nivel socioeconómico está asociado a un mayor grado de morbilidad y a una mayor mortalidad prematura en todo el mundo, además de estar asociado a factores de riesgo (tabaquismo, inactividad física, obesidad, diabetes), enfermedades muy prevalentes como la EPOC o la insuficiencia cardíaca -entre muchas otras- y la mortalidad.

A pesar de esta evidencia, en las estrategias globales de salud las circunstancias socioeconómicas no son consideradas como un factor de riesgo modificable, y un ejemplo es la iniciativa 25 x 25 de la OMS.

Este artículo demuestra que la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad es comparable tanto en fuerza como en consistencia con los factores de riesgo considerados en la iniciativa 25 x 25. La asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad prematura es consistente en todas las causas de muerte mientras que, en términos generales, los factores de riesgo 25 x 25 están más fuertemente asociados a la mortalidad por enfermedad cardiovascular y menos a la mortalidad por cáncer u otras causas. Al medir la interacción entre el nivel socioeconómico y los factores de riesgo 25 x 25, se pone de relieve que el nivel socioeconómico es un factor de riesgo de mortalidad más importante que el alcohol, la obesidad y la hipertensión, pero menos que la diabetes, la inactividad física y el tabaquismo.

Los determinantes socioeconómicos han entrado en las agendas internacionales y en los informes globales, como muestra por ejemplo el informe de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud de la OMS de 2008. Sin embargo, parece que las estrategias globales de prevención, como la iniciativa 25 x 25, todavía se centran en gran medida en los factores de riesgo proximales, excluyendo de la agenda uno de los mayores determinantes de la salud, el nivel socioeconómico.

Desgraciadamente, los mecanismos de transmisión entre el nivel socioeconómico y el nivel de salud son complejos, y todavía lo son más las políticas o intervenciones para reducir las desigualdades socioeconómicas en la salud. Además, las pocas evidencias disponibles son muy parciales y contexto dependientes. Cualquier propuesta de política social o de salud que trate de abordar este tema tiene más de "deseo" y de "ideología" que de "evidencia basada".

Sin embargo, la falta de evidencia directa no puede ser una excusa. El hecho de que el nivel socioeconómico tenga un efecto sobre la salud comparable al de otros factores de riesgo pone de manifiesto la importancia de hacer intervenciones y desarrollar políticas dirigidas a disminuir las desigualdades socioeconómicas en la salud. Las políticas de trabajo, económicas (impositivas) y, sobretudo, educativas cobran importancia.

Anna García-Altés

Dolores Ruiz-Muñoz

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

La evolución del gasto sanitario y en salud pública en EEUU, 1996-2013

Dieleman JL, Baral R, Birger M, Bui AL, Bulchis A, Chapin A, Hamavid H, Horst C, Johnson EK, Joseph J, Lavado R, Lomsadze L, Reynolds A, Squires E, Campbell M, DeCenso B, Dicker D, Flaxman AD, Gabert R, Highfill T, Naghavi M, Nightingale N, Templin T, Tobias MI, Vos T, Murray CJL.

US spending on personal health care and public health, 1996–2013. JAMA. 2016;316(24):2627-2646. doi:10.1001/jama.2016.16885.

Antecedentes y objetivos

El gasto sanitario y su crecimiento continuado es un gran problema con el que se enfrentan los gobiernos de los países más desarrollados. El sistema sanitario de EEUU es el que más recursos consume, un 17% del PIB. El objetivo del estudio es analizar el gasto sanitario de EEUU en 2013 y realizar una estimación del mismo, atendiendo a criterios de edad, sexo, patología y tipo de asistencia. También se analiza la evolución de este gasto desde 1996.

Métodos

Se utilizaron varias fuentes de datos gubernamentales, estudios de gasto de distintos proveedores de salud, reclamaciones a diferentes aseguradoras y encuestas. Se incluyeron más de 163 millones de observaciones. Los datos de gasto solo incluyen gasto sanitario y fueron agrupados y ajustados según las estimaciones gubernamentales de gasto. Los datos fueron estratificados por año, edad, sexo, tipo de asistencia y patología, según CIE 9. El gasto se estimó para cada diferente diagnóstico al alta, no según el primer diagnóstico. Adicionalmente se realizó una estimación del gasto en salud pública para cada enfermedad. Se calcularon intervalos de confianza del 95% para las distintas estimaciones.

Resultados

El gasto sanitario se incrementó en todos los grupos de patologías de 1996

a 2013, un 3'5% anual de media. El grupo de enfermedades cardiovasculares lidera la tabla de gasto, suponiendo 231.000 millones de dólares (231.000 M \$), seguido del grupo de Diabetes, sangre, urogenital y endocrinas (224.000 M \$). La enfermedad con más gasto es la Diabetes (101.000 M \$), seguida por la cardiopatía isquémica (880.00 M \$), y el dolor de espalda (870.00 M \$). El gasto del tratamiento de factores de riesgo como hipertensión y dislipemia crece un 5% y un 10% anual respectivamente, y ya supone un gasto combinado de 136.000 M \$, cuya mayor parte es de índole farmacológica. La atención hospitalaria y ambulatoria constituyen la mayor parte del gasto sanitario, pero es el gasto en fármacos y emergencias el que más crece. Para cada grupo de edad se observó un incremento de gasto diferente según la patología más prevalente. El gasto total en salud pública fue de 76.000 M \$, con un crecimiento anual de 2'7%.

Conclusión

El análisis del gasto sanitario absoluto y su incremento anual por patología y grupos demográficos aporta una información de gran valor para las autoridades sanitarias a la hora de realizar diagnósticos y políticas eficaces para la sostenibilidad del gasto en materia de salud.

Financiación: Beca del National Institute on Aging y del Vitality Institute.

Conflictos de interés: Declaran no tener.

Correspondencia: dieleman@uw.edu

COMENTARIO

El actual presidente de los Estados Unidos ha tildado la Affordable Care Act (ACA) –popularmente “Obamacare”– como “un completo desastre” y ha manifestado su intención, por ahora fallida, de derogarla. Sea como fuere, haría bien Mr. Trump en estudiar cuidadosamente lo que dicen los datos. Este estudio proporciona una valiosa información sobre el rumbo y previsible deriva de la sanidad americana en el futuro próximo (1).

No hay muchas sorpresas. El gasto sube de manera rápida en todos los grupos de enfermedades y en 143 de las 155 patologías estudiadas. Especialmente en enfermedades crónicas como la diabetes, el dolor de espalda o la depresión. El crecimiento en consumo de recursos de las enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica se ha estancado en los últimos años, lo que invita a pensar que pronto serán adelantadas. Por otra parte, las cantidades destinadas a factores de riesgo cardiovasculares, hipertensión o dislipemia, crecen rápidamente, y el gasto del tratamiento de estos dos factores de riesgo combinados es mayor que el de cualquier otra enfermedad, fundamentalmente destinado al pago de medicamentos.

Un fenómeno preocupante se da en los menores de 20 años, principalmente varones, en los que el trastorno de déficit de atención e hiperactividad se muestra como una devastadora epidemia cuyo gasto crece al 6% anual y se sitúa en el puesto 32 de las enfermedades con más gasto (1ª en menores de 20 años), por encima de trastornos mentales graves como la esquizofrenia (37ª) o el trastorno bipolar (43ª).

De toda la información recogida en el estudio puede inferirse que, salvo

hecatombe, el gasto sanitario seguirá subiendo de forma generalizada. La tendencia a la medicalización de la vida es clara y las enfermedades cuyo tratamiento depende de terapias farmacológicas crónicas son las que más crecen en gasto. El gasto en salud pública, aunque crece a un 2'69% anual, pierde fuerza frente al 3'5% de crecimiento en tratamiento médico de patologías, y sólo es un 2'8% del gasto total, centrado fundamentalmente en enfermedades infecciosas. Aunque, como hemos visto, el sistema estadounidense no ha descuidado el tratamiento farmacológico de algunos factores de riesgo (dislipemia e hipertensión) y puede que esa fortísima inversión haya frenado en parte el gasto en enfermedades cardiovasculares, parece que falla gravemente a la hora de dar otra respuesta a los problemas de salud que no sea la puramente farmacológica. Entre la prevención primaria y la pastilla, EEUU ha escogido la pastilla. Y esta opción pasa, nunca mejor dicho, factura.

La gran cantidad de información que contiene el artículo ofrece pistas sobre los retos actuales de la sanidad americana y, por extensión, de la de muchos países desarrollados. Aunque presenta varias limitaciones y algunas estimaciones podrían ser incorrectas por la gran diversidad de fuentes consultadas y el bajo número de observaciones en algunas enfermedades, su lectura tal vez animaría a empezar a ocuparse de lo más importante, las enfermedades.

Andrés Fraga Domingo

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

(1) <http://vizhub.healthdata.org/dex/> (En esta web de acceso libre se pueden consultar gráficos interactivos con los datos del estudio).

Resultados contraintuitivos: La crisis en Europa favorece la salud poblacional (como mínimo a corto plazo)

Tapia Granados JA, Ionides E.

Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe. *Health Economics*. 2017. <https://doi.org/10.1002/hec.3495>.

Contexto

El de los 25 países de la Unión Europea de más de un millón de habitantes más Noruega y Suiza, todos ellos expuestos a la gran recesión que se inició en 2007 y de la cual se intenta valorar su impacto en la salud del conjunto de la población (no en grupos como puedan ser los desempleados).

Material y métodos

Comparación de la mejora en la salud población –medida fundamentalmente por la esperanza de vida al nacer (e_0) y también por 16 indicadores de mortalidad– en el trienio recesivo 2007-2010 con la mejora en el trienio anterior 2004-2007. Regresiones para probar si los cambios en desempleo se asocian con cambios en indicadores de salud. Búsqueda de robustez ampliando el análisis al período 1995-2013 pero no a fechas anteriores pues el tremendo impacto negativo para la salud del colapso institucional que provocó el desmembramiento de la Unión Soviética está claramente establecido y afectó a los países bálticos y del este de Europa incluidos entre los 27 analizados. Se eliminan las tendencias de las series temporales y se introducen efectos fijos para país, año y tendencia lineal de cada país como protección ante eventuales variables confusoras.

Resultados

Cuanto más severa fue la recesión mayor resultó el aumento en e_0 (descenso de las tasas de mortalidad). La ganancia en e_0 durante 2007-2010 fue mayor que durante 2004-2007 en los países que experimentaron la mayor recesión: países bálticos, España, Grecia y Eslovenia. Un aumento en la tasa de desempleo se asocia con un aumento en e_0 (población general y tanto hombres como mujeres) y en e_{65} . Se mantienen básicamente los resultados cuando el período considerado se extiende al 1995-2013.

Conclusiones

La salud de la población de los 27 países europeos analizados evolucionó mejor, en el período 2001-2010, durante la recesión que durante la expansión, estando la cuantía de la mejora correlacionada positivamente con el aumento en el desempleo.

Fuentes de financiación: Autores.

Conflicto de interés: No consta.

Correspondencia: jat368@drexel.edu

COMENTARIO

Solemos quejarnos de la percepción muy sobrevalorada que la sociedad tiene de los servicios sanitarios como determinantes de la salud y, al mismo tiempo nos sorprenden –paradójicamente– unos resultados que implican que los recortes en el gasto sanitario no han tenido efecto sobre la mortalidad en el corto plazo. ¿Por qué habrían de tener efecto si la bajada de salarios de personal sanitario y precios de inputs no ha repercutido en la calidad e incluso se han priorizado mejor las listas de espera? Para el caso de España, el trabajo de Regidor (1) et al concluye claramente en la misma línea que el comentado con el valor añadido de hallar mayores mejoras en las capas socioeconómicas más desfavorecidas. Desde los años sesenta del siglo pasado ha cambiado la asociación entre mayor renta y mejor salud: Ni las inversiones en salud han sido la causa del crecimiento económico de los países de renta baja y media (2) (las tasas de natalidad no bajaron lo suficiente como para compensar la caída de las tasas de mortalidad y la población se enfrentó a rendimientos decrecientes ya que tierra y capital no aumentaron en la misma proporción) ni se ha precisado del crecimiento económico para que se produjeran destacadas mejoras en el estado de salud (3).

Los resultados de mayor desempleo/mejor salud poblacional aparecen como contraintuitivos porque sabemos que el desempleo empeora la salud de los individuos afectados y existe, además, un gradiente social renta-salud que con empobrecimiento hacen pronosticar empeoramiento de la salud. Deberíamos, por tanto, esperar como mínimo –manteniendo constantes otras variables– una mejora de e_0 menos acentuada en las recesiones que en las expansiones. ¿Qué falla? La hipótesis *ceteris paribus*. Determinantes importantes del estado de salud varían

con la coyuntura económica: siniestralidad vial y laboral, contaminación atmosférica, actividad física, estilos de vida, tabaquismo, interacciones sociales... Habrá que establecer los mecanismos que vinculan crisis y salud empezando por la caracterización de la arquitectura institucional de cada país (calidad de los componentes de su estado de bienestar – educación, salud, políticas activas de empleo, dependencia– y grado de movilidad vertical intergeneracional) tanto a corto como a largo plazo. Hasta ahora las pruebas más consistentes de los efectos perjudiciales de la crisis se centran en la salud mental. Conviene no perder de vista el importante riesgo de sesgos existente en este tipo de estudios y destacado en una revisión reciente (4) que fue comentada por Jesús Barea en la página 64 del número 62 de GCS. Buena ocasión para seguir contestando la segunda pregunta de Víctor Fuchs: ¿Servicios sanitarios u otras formas de producir salud? Resulta inevitable acordarse de las políticas educativas, fiscales, de servicios sociales y de I+D que, con expansión o recesión, configuran nuestro futuro y no sólo en el ámbito de la salud.

Vicente Ortún

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

(1) Regidor E et al. Faster mortality decline in low socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: A cohort study of 36 million people. *Lancet*. 2016. 388:2642-52.

(2) Acemoglu D, Johnson S. Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. *J Polit Econ*. 2007;115(6):925-85.

(3) Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *J Ec Perspect*. 2006;20(3):97-120.

(4) Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016;354:i4588.

Una imagen mejor que mil palabras: Impacto de las imágenes en los paquetes de tabaco sobre el comportamiento de los fumadores

Brewer NT, Hall MG, Noar SM, Parada H, Stein-Seroussi A, Bach LE, Hanley S, Ribisl KM.

Effect of pictorial cigarette pack warnings on changes in smoking behavior. A randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016;176(7):905-912.

Contexto

Estados Unidos lideró en 1966 la iniciativa de incluir advertencias de texto en los embalajes de tabaco para motivar a los fumadores a dejar de fumar. Actualmente 77 países, entre ellos España, han adoptado la medida de introducir advertencias visuales en los paquetes de cigarrillos con el mismo fin, ya que se han publicado diversos estudios que concluyen que, afectiva y cognitivamente, los fumadores reaccionan ante las imágenes más que frente a los mensajes de texto. Sin embargo Estados Unidos no se ha unido a esta nueva iniciativa amparándose en que los estudios publicados y las imágenes propuestas por la FDA no proporcionan suficiente evidencia de que provoquen un cambio de comportamiento en los fumadores.

Objetivo

Evaluar el efecto en el comportamiento de los fumadores de añadir imágenes impactantes sobre el consumo de tabaco en la parte frontal y trasera de los paquetes de cigarrillos.

Método

Ensayo clínico aleatorizado de 4 semanas de duración, realizado en Estados Unidos, en fumadores de más de 7 cigarrillos semanales y que habían fumado más de 100 cigarrillos en su vida. El grupo control recibió paquetes de cigarrillos con advertencias escritas y el grupo intervención recibió paquetes de cigarrillos con advertencias visuales. Los datos se recogieron mediante la realización de 5 encuestas; una basal y una semanal durante las 4 semanas. La variable principal medida fue la intención de dejar de

fumar durante el estudio. Se midieron otras variables secundarias: pensamientos y conversaciones sobre las advertencias, sobre el riesgo de fumar y sobre dejar de fumar; disminución en los cigarrillos fumados y abandonos del tabaco (no fumar en los 7 días anteriores a la cuarta visita).

Resultados

De los 2.149 participantes que iniciaron el ensayo sólo lo completaron 1.901 personas. En el análisis por intención de tratar ($n = 2149$), los fumadores de cajetillas con imágenes tenían mayor intención de dejar de fumar que los fumadores de cajetillas con advertencias de texto (40% vs 34%, $OR=1.29$, 95% $IC[1.09-1.54]$). No hubo diferencias en el análisis de subgrupos. En el grupo intervención dejaron de fumar durante al menos 7 días más personas que en el grupo control (5.7% vs 3.8%, $OR=1.53$, 95% $IC[1.02-2.29]$). En el grupo intervención también se redujo el consumo de cigarrillos, se reportaron más reacciones emocionales negativas relacionadas con los daños del tabaquismo y conversaciones sobre abandonar el hábito tabáquico.

Conclusiones

El uso de imágenes respecto a frases relacionadas con los daños perjudiciales del tabaquismo fue más efectivo en cuanto a intención de dejar de fumar (reducción del 6%). Así mismo, aumentó el número de intentos y abandono del hábito tabáquico y disminuyó el consumo de cigarrillos.

Financiación: The National Cancer Institute y Center for Tobacco Products (CTP) de la FDA.

Conflicto de intereses: Dr Ribisl es miembro del CTP de la FDA.

Correspondencia: ntb@unc.edu

COMENTARIO

Reducir la prevalencia de fumadores es una prioridad para la salud pública porque el tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible mundial. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno (1). Pero en el ámbito del consumo de tabaco se mezclan varios agentes como son poder político-económico, fabricantes, productores y consumidores; en resumen tabaco, sociedad y poder. Dado que el hábito tabáquico no está disminuyendo todo lo deseado, se postula que debería intentarse potenciar el abandono de este hábito por la salud individual y colectiva, siendo los gobiernos quienes más empeño han de poner (2).

Se ha calculado que el tabaquismo tenía en 2009 un coste total de 544.000 millones de euros para la sociedad europea. Por tanto, cada fumador que deja el tabaco contribuye a aliviar la carga financiera sobre las economías y los sistemas sanitarios de Europa (3). Las medidas que se han tomado hasta hace poco han sido la financiación de fármacos para facilitar el abandono, el aumento de precios, la prohibición de publicidad y las advertencias escritas sobre los riesgos relacionados con el consumo de tabaco. En 2014 se publicó una nueva normativa europea que obliga a los Estados Miembros a introducir advertencias sanitarias incluyendo un mensaje y una fotografía en color que

cubra el 65% de la superficie del embalaje exterior del tabaco. Entró en vigor a partir el 20 de mayo de 2016 y se dispone de un año para adoptarla.

Por su parte, la industria tabacalera defiende que no existe ningún estudio científico que avale que con las nuevas medidas se reduzca el consumo de tabaco definitivamente y aboga por la educación, civismo y sentido común en vez del uso de estas imágenes impactantes. Los estudios llevados a cabo en lugares donde ya se han implantado las advertencias visuales muestran que éstas promueven considerablemente la sensibilización de las personas respecto de los peligros del consumo de tabaco. El ensayo clínico reseñado está en consonancia con estos estudios, y corrobora que la adopción de la medida promueve actitudes negativas hacia el tabaco. Se necesitan más ensayos clínicos y de mayor duración para garantizar la robustez de una iniciativa que pretende proteger la Salud Pública y mejorar la economía mundial.

María Sánchez Ruiz de Gordo

Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario de Navarra.

(1) OMS. Nota descriptiva nº 339. Julio 2015. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>)

(2) Esteo Cano E. Campañas de comunicación masiva antitabaco: equilibrio entre consumo, salud e intereses económicos. Rev Esp Comun Salud. 2013;4(1):65-71.

(3) Jarvis A. A study on liability and the health cost of smoking. Updated final report. DG SANCO (2008/C6/046).April 2012.

Todo bajo control

Manuel Arranz

Yasmina Reza, *Babilonia*, trad. de Javier Albiñana, Barcelona, Anagrama.

“¿Qué importa lo que somos, lo que pensamos, lo que será de nosotros? Estamos en algún lugar del paisaje hasta el día en que dejamos de estar en él. Ayer llovía.” Esta no es una novela consoladora. Se acabaron las novelas consoladoras. Hace tiempo que se acabaron las novelas consoladoras. O son bodrios (no citaré títulos), (que pueden estar correctamente escritos, esta es otra cuestión), o son novelas de verdad. Las de Yasmina Reza son novelas de una pieza. Al menos todas las que he leído. Sus obras de teatro también. Que no sean consoladoras no quiere decir que el humor esté ausente. Todo lo contrario. El humor es lo último que se pierde. La esperanza lo penúltimo. Por eso hay hoy tantas personas que no quieren leer novelas y prefieren los bodrios. Para dramas ya tengo bastante con mi vida, dicen. Se equivocan. No estamos hablando de dramas, estamos hablando de tragicomedias, estamos hablando, en definitiva, de su vida y de la nuestra, de esa vida de la que dicen no querer saber nada. Así que digámoslo una vez más: una novela sincera, honesta, realista, una novela sobre la vida tal y como es para la mayoría de los hombres y las mujeres, nunca puede ser consoladora.

“El mundo no está bien organizado, es un desbarajuste. No intento ponerlo en orden.” Yasmina Reza empieza su última y espléndida novela con esta cita del fotógrafo estadounidense Garry Winogrand. Tampoco ella en sus novelas intenta poner orden. Sólo levantar acta del desbarajuste psíquico, físico, moral, con el que tenemos que lidiar todos los días. En la novela aparece también otro fotógrafo, Robert Frank, autor de *Los americanos*, “el libro más triste del mundo”, dice la protagonista. No sé si le cabe este honor. Hay mucha competencia. Podría citarles varios serios competidores, pero citaré sólo uno, del propio Robert Frank, que me sugiere el editor de GCS, *Valencia, 1952* (Madrid, La Fábrica/Steidl, 2012). Así que lo mejor es saberlo. Y seguir viviendo. Pero con los ojos abiertos. Porque un día tienes dieciocho años y al siguiente sesenta. Y entremedias no ha pasado nada. O en cualquier caso lo que ha pasado ha pasado, es decir, es pasado, así que de nuevo nada, porque lo único que importa, lo único que cuenta, digan lo que digan los psicoanalistas, es el presente. “El tiempo pasado, para bien o para mal, es una brazada de hojas secas a las que habría que prender fuego.”

“Todo bajo control” es una de esas frases vacías que tanto predicamento tienen hoy en día, y que se dice incluso cuan-

do nada funciona. Sobre todo entonces. A Yasmina Reza tampoco le gusta “*deber de la memoria*” ni “*trabajo de duelo*” ni “*crear vínculo*”. Conceptos vacíos, ampulosos pero vacíos, nos dice. También el concepto de *tolerancia*, peligrosamente asociado a la indiferencia. Ya no decimos más que gilipolleces. “Ni la propia virtud es seria.” En cambio “no tener a nadie” es otra canción. Es una bofetada. Un puñetazo en la boca del estómago. “No tener a nadie es no tenerse siquiera a uno mismo. El que alguien le quiera a uno le otorga un certificado de existencia (o de consistencia)”. Y también: “Cuando uno se siente solo, no puede existir sin una pequeña fábula social.” Piensen en esto.

Babilonia cuenta la historia de una mujer que acaba de cumplir sesenta años y decide dar una fiesta para celebrarlo. En realidad para no celebrarlo. Las fiestas, no sé si se han percatado de ello, suelen ser más no celebraciones que celebraciones. ¿Por qué íbamos a celebrar el final de algo? Sí, ya sé que dicen que todo final es un nuevo principio, pero no me vengan con monsergas. Cuando se acaba algo, se acaba, y lo más frecuente es que no sepamos ni por dónde continuar. Sigamos. La novela habla de ese pequeño y en ocasiones agobiante mundo que construimos a nuestro alrededor. Nuestras parejas, nuestros hijos, nuestros padres, nuestros amigos, nuestros vecinos. Algunos ya están muertos, pero de alguna forma siguen formando parte del círculo. Incluso a veces con más fuerza. Con otros tenemos relaciones más o menos íntimas, más o menos dudosas, más o menos resentidas. Pero es nuestro mundo y nuestro mundo es el mundo. Esto no quiere decir que lo que vemos en los telediarios no sea real, pero nos afecta de otro modo. Puede que nos indigne, y no siempre, pero no nos hace felices o infelices. Y la mayoría de las veces, como dice la protagonista de esta novela, nos importa un pito. Felices o infelices. ¿Hemos sabido ser felices? ¿Hemos sabido evitar la infelicidad? “A todo el mundo le importará un pito el que haya sabido o no ser feliz en la vida, y a mí también me importará un pito”.

Los gestos. De esto también trata la novela. Los gestos que hacemos inopinadamente y tienen un efecto devastador en su destinatario, que a lo mejor ni siquiera era su destinatario. “Una menudencia puede hacerme dudar de la coherencia del mundo. Las leyes parecen independientes entre sí y chocan.” La hermana de la protagonista, divorciada, cincuenta y nueve años, ha iniciado una aventura clandestina

con un montador de marcos, sesenta y cuatro años, casado, con los robustos brazos, practica remo, tatuados. Está eufórica. Se ha comprado una correa y un collar de sumisión y está buscando también un látigo. “¿Por qué no aparecerá en mi vida un tío tatuado y con látigo?”, piensa la protagonista, y se avergüenza al instante. Lo justo, lo imprescindible. Tiene un marido que la quiere, tierno, incondicional, demasiado incondicional tal vez, demasiado tierno tal vez. Así somos. Así es la vida. Cuando hacemos balance, de lo único de lo que nos arrepentimos es de no haber hecho más locuras. Así somos. Así es la vida.

Y entonces la gente un día se muere y se la priva de su naturaleza. No pueden protestar, claro, y tienen que soportar en silencio todo lo que se dice de ellos. Generalmente cosas buenas, para humillarlos supongo. Para vengarnos, supongo, de humillaciones imaginarias o reales. “*Estarás siempre con nosotros, con amor, tu Emma*. Me impresionó el descaro de esta frase.” Así es la muerte. No, no estoy especialmente taciturno. En cualquier caso no más de lo habitual en mí. De todo esto habla la novela, soberbia, de Yasmina Reza. Nuestros seres queridos después de todo ni nos han querido tanto ni los hemos querido tanto. Pero daríamos la vida por ellos. Así es la vida. “No estamos prevenidos contra lo irremediable.” Tampoco contra lo remediable. Y entonces, inopinadamente, la vida da un vuelco. Lo irreparable, lo irremediable, hace acto de presencia. “No son las grandes traiciones, sino la repetición de las pérdidas ínfimas lo que nos causa la melancolía.” Porque siempre se trata de una pérdida irreparable. Incluso cuando no hemos tenido nada. Y es que perder lo que no hemos tenido nunca es una de las mayores pérdidas. Piensen en esto también. “No cabe esperar ninguna continuidad en la existencia.” A veces somos felices, pero la mayor parte del tiempo no. La

mayor parte del tiempo no sentimos nada. No es cierto que siempre estemos pensando en algo. ¿Una novela amarga? Bueno, digamos que agridulce, y lúcida, con un humor corrosivo, que es lo que nos ayuda a sobrellevar algunas situaciones que no tienen precisamente gracia. Vivimos hacia delante y hacia atrás, no alternativamente, sino a la vez. De repente echamos de menos a personas que apenas han tenido un papel en nuestras vidas. Recordamos hechos insignificantes, realmente insignificantes, nada de teoría freudiana aquí, nada de significados ocultos ni de significantes por descifrar. Chorradas, sin más, por mucho que nos cueste admitirlo. Y otra vez: “No son los grandes acontecimientos ni las grandes ideas lo que nos hace vivir, sino las cosas más comunes. Únicamente permanecen en mi memoria, realmente, cosas al alcance de la mano. Cosas que podía tocar con la mano. Todo está bajo control.”

Nadie vaya a pensar después de todo lo que llevamos dicho que *Babilonia* es una novela fatalista. Nada más lejos de eso. En *Babilonia* hay también una intriga policiaca, que es a la vez una sátira del género, hábilmente mezclada con la trama. Y humor. Todo es muy verosímil, todo nos resulta familiar, desde los personajes que asisten a la cena, el amigo, un seductor impenitente, el aguafiestas, el pelmazo de rigor, la buscona frígida, la perversa, el obsequioso, el obsecuente, y sus variantes más o menos agresivas, más o menos aburridas, así como su forma de relacionarse y de reaccionar, sus tics, sus complejos, su vanidad, y hasta el imprevisto suceso que los deja a todos fuera de juego, por decirlo de algún modo. Resumiendo: una espléndida novela, hilarante en ocasiones, lúcida y sombría a la vez, inquietante y turbadora, de una autora que nunca defrauda. “Estamos en algún lugar del paisaje hasta que un día dejamos de estar en él.” Piensen en ello.

GCS EN LA RED

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

VISITA EL BLOG DE GCS

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

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