

Número coordinado por Nuria García-Agua Soler

<b>Editorial</b>	
Democratizar y profesionalizar la gestión sanitaria .....	43
<b>Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica</b>	
La formación en Atención Basada en la Evidencia como herramienta de Gestión Clínica .....	46
Evidencia sobre la evidencia para la toma de decisiones .....	47
Calidad de vida relacionada con la salud no solo en el paciente, también en el cuidador en el caso del Alzheimer .....	48
<b>Efectividad: Tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos</b>	
Las apariencias engañan, pero menos que algunas expectativas sobre prevención .....	49
La efectividad de la revisión de la medicación con seguimiento en oficinas de farmacia .....	50
Profilaxis pre-exposición oral frente al VIH. Razones para avanzar .....	51
<b>Calidad y adecuación de la atención sanitaria</b>	
Los sistemas de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente y las pajas en ojos ajenos .....	52
La prevención secundaria tras ictus es mejorable con el seguimiento de las recomendaciones de las guías .....	53
<b>Modos de ver</b>	
Susto o muerte: ¿cuál es el precio justo de los medicamentos? .....	55
¿Truco o trato? Sobre el precio justo de los medicamentos .....	59
<b>Evaluación económica, eficiencia, costes</b>	
Las inversiones en salud pública se muestran socialmente deseables y económicamente eficientes .....	62
La prescripción de actividad física muestra un adecuado equilibrio coste-utilidad .....	63
Análisis coste-utilidad de la Teledermatología. La perspectiva del financiador vs la social .....	64
En sujetos con fibrilación auricular tratados en España, apixaban, dabigatran y rivaroxaban son coste eficaces .....	65
Investigación sobre programas de salud. Es posible y publicable, aunque sea en contra .....	66
<b>Utilización de servicios sanitarios</b>	
La eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español .....	67
<b>Gestión: Instrumentos y métodos</b>	
Precios de referencia a la americana .....	68
Copago y consumo. ¿Bien está lo que bien acaba? .....	69
<b>Política sanitaria</b>	
La profesión médica bajo las nuevas formas de gestión. Es igual ¿pero es lo mismo? .....	70
La compraventa ilegal de medicamentos por Internet y el proyecto europeo Fakeshare .....	71
<b>Políticas de salud y salud pública</b>	
Invertir en educación reduciría el gradiente socioeconómico de la obesidad .....	72
El entorno económico familiar durante la infancia, un factor clave para la salud mental .....	73
Aportaciones al debate sobre gasto sanitario y resultados "incompletos" en salud .....	74
El cribado de enfermedades cardiometabólicas y la utilidad de algunas revisiones sistemáticas .....	75
Mejorar la calidad de la dieta reduce la mortalidad .....	76
Análisis de una intervención para prevenir la obesidad infantil en escolares de Andalucía .....	77
<b>Experiencias y perspectivas de los pacientes</b>	
La satisfacción con el tratamiento de la artrosis en Atención Primaria no se relaciona con el tipo de medicación .....	78
Deprescripción de medicamentos a través de la toma de decisiones compartida .....	79
La participación ciudadana en salud, aun en pañales pero aprendiendo a andar .....	80
<b>Reseña de eventos</b>	
10 años del Máster en Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga .....	81
<b>A su salud</b>	
Quién te ha visto y quién te ve .....	82

## 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)

Nuria García-Agua Soler (Málaga)

Anna García Altes (Barcelona)

Antonio J García Ruiz (Málaga)

Jordi Gol (Madrid)

Beatriz González López-Valcarcel (Las Palmas)

Ildefonso Hernández (Alicante)

Félix Lobo Aleu (Madrid)

José J. Martín Martín (Granada)

Salvador Peiró (València)

Jaume Puig i Junoy (Barcelona)

Laura Pellisé (Barcelona)

María José Rabanaque (Zaragoza)

José Ramón Repullo (Madrid)

Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)

Rosa Urbanos Garrido (Madrid)

Jordi Varela (Barcelona)

## 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)

Sandra García-Armesto (Zaragoza)

Joan Gené Badía (Barcelona)

Juan Gervas (Madrid)

Luis Gómez (Zaragoza)

Victoria Gosalves (Valencia)

Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regàs (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)

Félix Pradas Arnal (Zaragoza)

Octavi Quintana (Bruselas)

Enrique Regidor (Madrid)

Marisol Rodríguez (Barcelona)

Pere Roura (Barcelona)

Montse Rué (Lleida)

Ramón Sabés Figueroa (Sevilla)

Ana Sainz (Madrid)

Gabriel Sanfélix (Valencia)

Bernardo Santos (Sevilla)

Pedro Saturno (Murcia)

Andreu Segura (Barcelona)

Pedro Serrano (Las Palmas)

Bernardo Valdivieso (València)

Juan Ventura (Asturias)

Albert Verdaguier 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

# Democratizar y profesionalizar la gestión sanitaria \*

Juan Antonio Gil de los Santos

## 1. Introducción

Los sistemas de salud modernos experimentaron un espectacular crecimiento durante los años cincuenta y sesenta del pasado siglo XX hasta adquirir un volumen de gasto tal en los años setenta que se hizo necesaria una primera reflexión sobre cómo reordenar la cartera de servicios, establecer prioridades y comenzar la andadura de las primeras gestiones para la contención del gasto.

Se partía de una situación en la que los agentes principales generadores del gasto –facultativos prescriptores– no se preocupaban de racionalizar de modo alguno el gasto asociado a los tratamientos y a los procesos diagnósticos (situación que ha variado poco después de cerca de cincuenta años desde entonces). Las tecnologías sanitarias se iban implantando según aparecían y los espacios clínicos y de gestión económica funcionaban de forma separada como departamentos estancos. El primer avance para intentar poner coto económico a la actividad clínica vino en la forma del conocido “gerencialismo”, donde se intentaba trasladar técnicas exclusivamente empresariales, sin ningún tipo de modulación, a la gestión de la asistencia sanitaria. De hecho, los roles de las personas encargadas de cada ámbito eran diferentes, y las capacidades que tenían que desarrollar también diferenciadas. Más que tratar que los clínicos interiorizaran el papel fundamental de ser corresponsables con el gasto generado y por consiguiente con los recursos disponibles y la capacidad asistencial, que fueran ellos en su autonomía quienes gestionaran la capacidad de llegar al máximo posible de la mejor manera (no gastar menos, sino gastar mejor), se redujo el campo a lo meramente monetario. Incentivos económicos, pluses de salario variable, entre otras medidas, para controlar el gasto generado, es decir, recompensar la contención del gasto, perpetuando así la cultura de los clínicos de sentirse ajenos a la administración de los recursos disponibles. Eran los años 90, y nacían los acuerdos de gestión y el estigma “economicista”.

Los acuerdos de gestión reproducen, en un ambiente controlado, todos los vicios del desapego en la gestión de los recursos por parte de los profesionales sanitarios. Asumen tras negociación unos objetivos que le vienen dados de forma vertical pero su implicación real se limita de nuevo al ámbito clínico. “Hacemos nuestro trabajo lo mejor que podemos con lo que nos dejan”, sería un buen resumen en voz alta de este sentir. ¿Es esta la gestión clínica a la que apelaba David Sackett? Desde luego que no. Estamos no sólo lejos de una medicina efectiva (o coste-efectiva) con la implicación de todos los agentes en el proceso de toma de decisiones y en el uso racional de los recursos, sino lejos de haberse implementado las herramientas necesarias para reducir la variabilidad de la práctica médica. Muy lejos del modelo de medicina basada en la evidencia (MBE), o medicina basada en pruebas si somos más rigurosos con la traducción. Se ha confundido el ser conocedores de la existencia de la herramienta con usar de forma efectiva la herramienta. Se trata más de un cambio cultural a emprender que de un cambio técnico. Los medios y las herramientas del día a día son siempre posteriores al cambio, y no viceversa.

La siguiente pregunta lógica sería, por tanto, ¿cómo hacerlo? En estas breves líneas que siguen, que no serán ni exhaustivas ni completas, se arrojarán unas pinceladas de aquellas tareas que consideramos perentorias para alcanzar ese cambio cultural y que espero golpeen las conciencias de aquellos que detentan el poder para impulsar cuanto antes ese cambio necesario.

## 2. Transparencia y rendición de cuentas como marco de construcción

En la división estanca de funciones nada transpirables entre gestores y trabajadores sanitarios existe el peligro, mencionado antes, del desapego en la administración de los recursos por parte de los profesionales, pero también el peligro de que los gestores quieran demostrar que sus actuaciones son siempre exitosas, pues de ello depende su prestigio. No hay espacio para el fracaso, ninguna decisión es errada o ningún camino incorrecto. Nunca se da marcha atrás, siempre se camina hacia adelante, aunque no se sepa en qué dirección se va. En consecuencia, todo esfuerzo de reservar recursos para otro momento en el tiempo, o reordenar su uso, no es comprobado posteriormente por quienes sufren la merma con el fin de evaluar si la contrapartida obtenida ha compensado el sacrificio. No se conoce si la decisión de inversión de esos recursos para otro uso fue adecuada o no. No existe con la debida transparencia y publicidad, algo tan básico como son las rendiciones de cuentas de las decisiones políticas y actuaciones acometidas por la dirección. La única interacción viene desde el otro lado, es decir, es la dirección quien pide cuentas a los trabajadores con respecto al cumplimiento de los objetivos. Si se ha conseguido el objetivo, se paga el incentivo; si no se ha cumplido, se penaliza con la pérdida de parte del salario. ¿Pero se demuestra a los trabajadores o a los usuarios (parte esencial en los procesos de transformación) que los objetivos han contribuido a mejorar el sistema? A quiénes perdieron parte de su salario por no cumplir objetivos con los que no estaban de acuerdo, y que al final se comprobaron estériles, ¿se les devuelve la retribución variable no abonada? Ni de broma.

Con estas injustas y desiguales reglas del juego, es fácil desmontar que un sistema de incentivos económicos por sí solo consiga caminar hacia un sistema sanitario más eficiente. No desmiento que consiga cambiar las actuaciones de la práctica médica, que lo hace, pero como no se evalúa el grado de acierto y conveniencia que provocan el cumplimiento de los objetivos, es como ir a ciegas y el resultado obtenido mejor o peor es puro azar.

Por tanto, lo primero que hay que hacer es establecer una fórmula de rendición de cuentas en ambos sentidos, y que los gestores empiecen a explicar y mostrar los resultados de las decisiones que toman a los trabajadores sanitarios. La transparencia se convierte así en el verdadero motor para conseguir la excelencia en la práctica clínica y en el uso de los recursos. Entre otros elementos imprescindibles, debe existir un portal de acceso libre (anonimizando los datos sensibles) de todos los datos de gestión y

resultados en salud, donde se dé cuenta de forma detallada del uso alternativo de los recursos, la justificación de las decisiones tomadas y que además sirva como base para construir indicadores fiables y útiles que hagan a su vez de guía durante todo el proceso de gestión y planificación de los recursos, tanto humanos, como terapéuticos y diagnósticos.

### 3. Recuperar la legitimidad como punto de inflexión

Cuando se requiere un cambio en cualquier organización compleja con trabajadores muy cualificados, cualquier modelo organizativo vertical se mostrará inadecuado para generar cambios. La salida a esta coyuntura hasta ahora había sido la negociación, llegar a un pacto entre aquellos que administran y los que hacen uso de los recursos, que en el caso especial de los servicios sanitarios son además los que “generan” la necesidad del volumen de esos recursos. En ese pacto, llamado acuerdo de gestión, los administradores buscan la implicación de los profesionales en el coste de oportunidad que supone destinar recursos hacia una u otra actividad. Y he aquí la primera confusión. Racionalizar recursos no significa “racionar”, sino usar racionalmente, aunque en la mayoría de ocasiones es lo primero lo que se entiende (y lo entienden así muchos administradores de forma equivocada) y no lo segundo. “No uses tanto de esto, porque no hay dinero suficiente” es lo que llega; en lugar de “el coste de oportunidad de usar más de X del recurso A ahora condicionará que no se pueda llevar a cabo las acciones B y C, necesarias para garantizar la calidad y seguridad de la asistencia y el sistema”.

Esa toma de conciencia no se pacta, no se compra. Se consigue solo de una manera: a través de la participación. Participación que debe comenzar con el nombramiento democrático de quienes serán los representantes de los trabajadores ante la gerencia, con la participación en el diseño de los objetivos y de la planificación de contrataciones de personal, de materiales, en la incorporación de tecnología, en modular las prioridades y en buscar las soluciones ante los problemas. Pasa por la honestidad (reconocer los errores y no ignorar las dificultades ni las limitaciones) y la legitimidad (poder elegir) del proceso.

No puede ser que bajo la excusa de que el gobierno necesita personas de confianza y con afinidad política para realizar funciones de dirección en departamentos estratégicos, esto se extienda a todo puesto de responsabilidad. Primero porque esta falta de confianza funciona en los dos sentidos, si el gobierno no confía en los trabajadores para puestos de responsabilidad, éstos desconfiarán de la persona designada para ejercer las funciones de dirección; y en segundo lugar, porque el mejor sistema no se diseña de forma central en un despacho, sino que se perfecciona y corrige en el día a día, y si los mandos intermedios son personas acrílicas que se deben a quienes le designaron no querrán llevar la contraria ante las bondades de los planes y modelos que le lleguen desde arriba. No habrá descentralización. Y el modelo centralizado de dirección en organizaciones complejas es sumamente ineficiente.

En conclusión, no hay legitimidad sin elegir democráticamente las direcciones, y sin poder participar en la construcción de los objetivos que luego habrá que cumplir.

### 4. Reconocimiento como elemento transformador

En un contexto complejo y cambiante, con continuos avances en nuevas tecnologías sanitarias que han de ser debidamente evaluadas antes de

incorporarlas para saber la mejora real que aportan en relación al incremento del coste, en una sociedad con una evolución demográfica que impacta de forma exponencial en las necesidades de asistencia integral de una población cada vez más envejecida y con una mayor prevalencia de patologías crónicas, y bajo una constricción financiera fruto de una política económica neoliberal un tanto miope, el sistema sanitario público ha de reconocer y diagnosticar la actual situación antes de emprender cualquier tipo de estrategia.

Y ese reconocimiento ha de producirse desde el conjunto de la organización, desde cada miembro, cada trabajador, cada usuario, y no solo desde una élite directiva desapegada del resto. Se han de reconocer responsabilidades propias, funciones a emprender en cada ámbito, colaboraciones que realizar, retos que conquistar en equipo, superar objetivos individualistas para abrazar los colectivos, trascender el cortoplacismo para caminar hacia el medio y largo plazo, de mayores exigencias, pero también con la potencialidad que requiere el momento.

No basta con trazar las líneas maestras de un diseño teórico o basado en experiencias foráneas, en el sentido que no nacen desde la idiosincrasia particular de cada territorio, sino que ha de nuclearse en torno a una reflexión de base y capacitante en su poder de influencia en cada persona trabajadora y usuaria del sistema. Formación, formación y formación. Formación ambiciosa, continua y con recursos propios, que huya todo lo posible de intereses de terceros, que colisionan sobre todo con los cambios más a largo plazo. Caminar hacia una sociedad más madura que decida sobre el nivel de la cartera de servicios, el buen uso de los niveles asistenciales y su corresponsabilidad en el sostenimiento del sistema. Un sistema que ha de responder con transparencia y honestidad exquisita. Ya no valen juegos de trileros.

Insisto, si los trabajadores y trabajadoras no comprenden ni se involucran en las modificaciones a realizar, en los conocimientos que deben aportar e incorporar, si no perciben contraprestación por parte de la gerencia, si no vislumbran que los esfuerzos se compensan a lo largo del tiempo, si no participan del nacimiento de la reflexión, si las soluciones le vienen dadas y no las estudian desde la base, si no tienen las respuestas a los porqués, raramente asumirán como propia la gestión. Se ha de hacer un esfuerzo, ímprobo no cabe duda, una inversión, repito, inversión, en formación con recursos propios, que transpire y modifique el planeamiento inicial, que será siempre el inicio del camino, pero no su totalidad. Porque la participación máxima, ensamblaría a veces, académica y técnica otras, tiene que asignar y reasignar competencias y funciones, explorar nuevos caminos, desandar y modificar otros. En el reconocimiento de cada parte, estará el reconocimiento del todo como estrategia, como elemento dinamizador de la transformación continua.

### 5. Autonomía y delegación de poder como objetivo último

Se ha mencionado la importancia de un gobierno descentralizado, democrático en su elección, en el que el dominio centralista no debe interponerse en el camino hacia la efectividad y la equidad. El principio de delegación de responsabilidades es un principio que no se cumple en el ámbito de gestión sanitaria. No hay autonomía. Se apela a ella, pero no se da.

No digo que no deba existir una supervisión desde la gerencia en cuanto al cumplimiento de los objetivos consensuados, construidos con la parti-

(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/>

cipación desde el origen del proceso hasta el final. Debe existir una estrategia marco que envuelva el conjunto de las acciones, una perspectiva mayor que la concreta que se da en cada servicio. Pero ha de ser permeable, ha de saber ceder parte de su poder para que las acciones y las responsabilidades se hagan palpables, se hagan reales, se puedan medir y se puedan reclamar responsabilidades legítimas. Debe existir un equilibrio entre lo que se pide y lo que se otorga.

Es en este espacio en el que cobra más sentido establecer otros incentivos que los puramente económicos. Es en este espacio en el que la carrera profesional tiene su razón de ser. Y donde la madurez y la honestidad deben de estar por encima de las declaraciones espurias y vacías. Contamos con excelentes profesionales, pero no todos están dispuestos a tener cargos de responsabilidad y gestión; es más, están en su derecho de centrarse en las actividades clínicas. Hay personas con diferentes capacidades, y no todo el mundo se siente cómodo ni cuenta con las habilidades comunicativas, de empatía y de visión amplia que se requieren para ser un buen dinamizador de un equipo multidisciplinar, superar conflictos y contradicciones. Pero tampoco se ha de caer en la trampa de dejar estos puestos a los únicos que estén dispuestos a llevar estas funciones. Hay que conseguir que los mejores, lo más idóneos, den un paso al frente. Y el altruismo tiene su límite. Hay que encontrar un sistema de reconocimiento justo, en el que se otorgue más autonomía, más poder real en la disposición de los recursos, de gestionarlos de manera autónoma de verdad según se demuestre la valía y el buen hacer. Que los resultados respalden a estas personas ante sus equipos. Que se profesionalice la gestión. Que, si se cree realmente en la investigación como parte fundamental del sostenimiento del sistema, se apueste por los mejores y se les apoye de verdad. Que no solo los más serviles sean los que tengan más artículos científicos publicados, mientras el resto ha de hacerlo en su tiempo libre. Todo eso es lo que debería representar la gestión clínica, lo que David Sackett aprobaría y no miraría de soslayo.

## 6. Comentario final

Existen numerosos textos que interpelan al consenso y a un pacto de Estado sobre la política sanitaria pública. A la llamada hacia un enten-

dimiento entre las distintas visiones ideológicas, a llegar a un acuerdo de base que empiece a consolidar principios fundamentales sin usar como arma arrojadiza un tema tan sensible como es nuestro sistema sanitario, del que depende la calidad asistencial y la protección a la salud de millones de personas. Un debate que habría que ampliar a lo meramente asistencial, pues son otros factores, como los determinantes sociales los que más impactan sobre la salud de la población. No hay herramienta más eficaz, no hay tecnología sanitaria más coste-efectiva que corregir las desigualdades de renta para mejorar notablemente la salud de las personas y disminuir las enfermedades más prevalentes. Pero este texto toca el sistema asistencial, y es a lo que me remitiré.

Aprovecharé, por tanto, este epígrafe final para establecer los primeros peldaños hacia ese pacto de Estado, a ese acuerdo de mínimos que debería imperar gobierne el color que gobierne, y que se podría resumir en la siguiente frase: El sistema nacional de salud (SNS) activará herramientas de transparencia y rendición de cuentas de forma pública y accesible en sus órganos de dirección y gestión, que serán en todo caso elegidos de forma democrática, para garantizar el buen gobierno, la independencia en las decisiones y la profesionalidad de sus miembros.

Soy consciente y así lo he querido reflejar en este editorial que los gobiernos han de contar con una representación en los órganos de dirección, así como poder ejercer labores de supervisión en objetivos comunes, que armonice y establezca una guía general que ha de ser respetada por los diferentes servicios que cuenten con autonomía. Pero en todos estos supuestos se han de modular y superar los abusos que provocan el nacimiento de sistemas perversos que terminan enfrentando a grupos de trabajadores entre sí, y a los gestores con los trabajadores.

Tenemos una responsabilidad, este cambio no atiende a excusas financieras, ni a imposibilidades técnicas. Está en nuestra mano hacerlo posible. Estemos de una vez del lado de los miles de voces que se manifiestan a lo largo de nuestro territorio, democratizemos y profesionalicemos la gestión sanitaria. La recompensa será infinita.

# 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/>

## La formación en Atención Basada en la Evidencia como herramienta de Gestión Clínica

Häggman-Laitila A, Mattila LR, Melender HL.

A systematic Review of journal Clubs for Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016;13(2):163-71.

### Objetivo

Recopilar, evaluar y sintetizar la evidencia empírica actual sobre la implementación de los clubes de revistas, los factores que influyen y los resultados de éstos en la promoción de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

### Método

Revisión sistemática con búsqueda en Cochrane, CINAHL y PubMed de 2008 a 2015, sobre estudios relativos a clubs de revistas de enfermería y que tuvieran una evaluación de los resultados de su implementación.

### Resultados

De los 88 artículos identificados se seleccionan 10 para el análisis. La mayor parte de los clubs de revistas se realizaba cerca del lugar de trabajo de los participantes durante un año, con una cadencia entre dos veces al año y una vez al mes. Los participantes tienen un papel central en la elección de los artículos, basándose en problemas o necesidades percibidos en su práctica clínica. La creación de una atmósfera de trabajo positiva, la planificación conjunta y la orientación con competencia pedagógica, clínica y de investigación fueron los factores más frecuentemente relacionados con el éxito en el desarrollo de los clubs de revistas. También se consideró importante fomentar la participación, facilitar la asistencia realizando la actividad en horario de trabajo e incluirla dentro del programa de competencias de desarrollo profesional de la organización.

Como dificultades principales se señaló la falta de planificación, la falta de tiempo por parte de los participantes, el temor de los asistentes a revelar sus deficiencias en investigación y la falta de autoridad por parte de las enfermeras para cambiar su práctica clínica. Hubo menos participación en aquellas reuniones en las que no había confianza entre los participantes.

Los clubs de revistas facilitan la mejor comprensión de artículos científicos, su lectura crítica y aplicabilidad, el crecimiento del entusiasmo por el progreso de la enfermería y del interés por el desarrollo de su carrera profesional. Los participantes extendieron a sus colegas lo que habían aprendido, se crearon nuevas redes de trabajo y se iniciaron proyectos de investigación. Sin embargo, se encontraron menos menciones en lo relativo a la implementación en la práctica clínica de la evidencia aprendida.

### Conclusiones

Los clubs de revistas son efectivos para transmisión de conocimientos sobre investigación, lectura crítica y entusiasmo por la EBE. La implementación de estos conocimientos en la práctica clínica se encuentra limitada por diversos factores.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: arja.haggmanlaitila@uef.fi

### COMENTARIO

Las decisiones clínicas no siempre están suficientemente fundamentadas en evidencias de calidad. En el ámbito de Atención Primaria se estima que aproximadamente la mitad de las recomendaciones están basadas en evidencias, de las que sólo el 18% procederían de estudios de alta calidad (1) y es cada vez más necesario desarrollar líneas de investigación que generen evidencias basadas en la práctica o Evidencias del Mundo Real (2). Ni siquiera las mejores guías de práctica clínica consiguen aportar todos los elementos que el clínico necesita (3).

Se requiere "Educar a profesionales, gestores y ciudadanos en atención basada en la evidencia para llevar a cabo decisiones informadas" (4). Para poner en marcha esta formación, existen diversas estrategias que han sido definidas y probadas desde los comienzos de la MBE y EBE. El club de revistas es una actividad formativa constituida por sesiones organizadas para revisar aspectos no resueltos de la práctica enfermera/médica y que se materializan en etapas escalonadas y sucesivas que se inician con la elaboración de preguntas clínicas en formato PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome), y continúan con la localización, análisis y discusión de artículos adecuados a las preguntas, para finalizar considerando la aplicabilidad de las conclusiones de los mismos a la práctica enfermera/médica en la que se originó la duda. Esta actividad facilita el uso de resultados de la investigación y promueve el desarrollo de la EBE/MBE. El siguiente escalón será aplicar lo aprendido en la actividad diaria.

En el caso de la práctica enfermera, la aplicación de las evidencias encontradas y analizadas se relaciona con factores como las creencias fuertes de que esa evidencia redundará en una mejora de los cuidados

de los pacientes y resultados de salud, una actitud positiva ante la investigación, sobre todo si se acompaña de una participación activa en proyectos de investigación, cultivar la curiosidad para buscar información ante dudas clínicas y tener capacidad real para cambiar la práctica (5). Algunos de estos factores podrían modificarse si se eliminan obstáculos para la implementación de la EBE a la vida real, posiblemente a través de intervenciones combinadas de todos los estamentos implicados (pacientes, profesionales, gestores...) que permitan debatir sobre modelos de toma de decisiones fundamentados en las mejores evidencias frente a modelos más jerárquicos. Merecería la pena.

### Francisca Leiva Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria distrito Málaga-Guadalhorce.

### Diego Lozano Noriega

Especialista en Enfermería familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín, DS Málaga. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria distrito Málaga-Guadalhorce.

(1) Ebell MH, Sokol R, Lee A, Simons C, Early J. How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med* 2017;22(3):88-92.

(2) Greenfield S. Making real-world evidence more useful for decision making. *Value Health*. 2017;20:1023-4.

(3) Lowenhoff C. Is it time for a review of the way that NICE guidelines are developed, presented and used to inform policy and practice? *Evid Based Nurs*. 2017;20(3):65-6.

(4) Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B, Godlee F, Macdonald H, Jarvis D. Evidence based medicine manifestó for better healthcare. *BMJ*. 2017;357:j2973.

(5) Wilson M, Sleutel M, Newcomb P, Behan D, Walsh J, Wells JN et al. Empowering nurses with evidence-based practice environments: Surveying Magnet, Pathway to Excellence, and non-magnet facilities in one healthcare system. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(1):12-21

## Evidencia sobre la evidencia para la toma de decisiones

Frieden TR.

**Evidence for Health Decision Making – Beyond Randomized, Controlled Trials. N Engl J Med. 2017;377:465-75.**

### Objetivo y método

Artículo de revisión sobre la aplicación de la evidencia procedente de ensayos clínicos para la toma de decisiones desde el punto de vista de la salud pública. A través de ejemplos se ponen de manifiesto las limitaciones de la evidencia proporcionada por ensayos clínicos en este ámbito y se proponen fuentes alternativas.

### Resultados

Se pone de manifiesto que con frecuencia los resultados de una misma intervención sanitaria pueden variar según el diseño del estudio con el que se analiza. Despreciar evidencia no procedente de ensayos clínicos puede conducir a decisiones precipitadas y resultar contraproducente. Fuentes alternativas al ensayo clínico, solventan las limitaciones metodológicas de éstos fundamentalmente relacionadas con el tamaño muestral, la duración de los estudios, y la identificación de efectos adversos a largo plazo. Los grandes estudios observacionales de larga duración, los registros sanitarios o los informes de casos en situaciones especiales como las enfermedades raras, pueden matizar o incluso modificar los

resultados de los ensayos clínicos. Habrá que ver también cómo se incorporan nuevas fuentes procedentes del “big data”, que incluye registros electrónicos y registros de pacientes. En el proceso de toma de decisiones es necesario revisar y considerar todas las fuentes posibles y tratarlas de forma complementaria.

### Conclusión

La “mejor” fuente de evidencia no existe. La mayoría de la evidencia disponible sobre práctica médica procede de la práctica habitual, ya que la existencia de ensayos clínicos y otros tipos de estudios se limita a muy pocas situaciones. Para seleccionar la mejor evidencia disponible en cada caso es necesario conocer las ventajas y las limitaciones de los métodos tradicionales de obtención de evidencia y evolucionar hacia formas de integrar nuevas fuentes, con el uso complementario de diferentes fuentes que sumen evidencia para la acción.

Financiación: No consta.

Correspondencia: [tfrieden@gmail.com](mailto:tfrieden@gmail.com)

### COMENTARIO

El artículo aborda uno de los temas centrales en asistencia sanitaria: el proceso de toma de decisiones y los elementos en que éste debe apoyarse. Sin ánimo de cuestionar las bondades del ensayo clínico, el instrumento estrella para la generación de evidencia de calidad para la toma de decisiones en los últimos años, se reivindica la necesidad de la complementariedad con otras fuentes alternativas de información, desde otros diseños tradicionales para la realización de los estudios (estudios de cohortes, de casos y controles, registros de pacientes, etc.) a nuevas formas de análisis como el emergente “big data”. Con la medicina basada en la evidencia y la casi obsesión por los análisis con base científica, el ensayo clínico aleatorio se posiciona como el *gold standard* de la investigación médica orientada a identificar las intervenciones terapéuticas efectivas y las no efectivas, y los efectos nocivos en su caso. No obstante este paradigma dominante, siempre se ha admitido que el tipo de estudio adecuado dependería del problema clínico en cada caso particular, y más aún en el ámbito de la salud pública donde la realización de ensayos clínicos no es siempre factible y pueden plantear problemas metodológicos y éticos insalvables, además de la falta de capacidad para capturar ciertos efectos de la intervención a largo plazo (1). Pero en la práctica los presupuestos de la MBE de que el conocimiento científico solamente puede surgir a través del método científico han quedado en la base de la formación médica de varias generaciones de profesionales, y el mensaje de que la evidencia “de calidad” procede de ensayos clínicos aleatorizados ha calado muy hondo.

A pesar de la MBE la realidad muestra que no existen evidencias científicas de alta calidad para la mayoría de decisiones clínicas, que finalmente se basan en la experiencia de la práctica clínica habitual. Con la

llegada de los estudios con Datos de Vida Real y el Big Data, el debate sobre las fuentes de evidencia disponible para la acción ha cobrado fuerza y ha dado un giro más hacia la disponibilidad de información y la forma de analizarla que al diseño del estudio, sin desmerecer las aportaciones de la MBE a la mejora de la práctica médica. Así por ejemplo, en las últimas jornadas de la Asociación de Economía de la Salud se trató abundantemente el uso de extensos registros administrativos y de la aplicación del *big data* en la gestión clínica y la planificación sanitaria.

La disponibilidad de grandes cantidades de información clínica procedente de registros sanitarios y socio-sanitaria procedente de las redes sociales, ha abierto la puerta a otro enfoque para la gestión de los sistemas sanitarios, y ofrece nuevas posibilidades en la elaboración de modelos predictivos, patrones de comportamiento, identificación de necesidades, riesgos, etc., todo ello en tiempo real y teniendo en cuenta toda la información relevante (2). El reto se encuentra en superar la visión restrictiva de lo que se considera evidencia de calidad y alcanzar la aceptabilidad de nuevas fuentes de información para la toma de decisiones, lo que pasa por ser capaces de convertir la gran cantidad de datos disponible en información válida para la acción. La clave sigue siendo comprender que todas las fuentes de evidencia deben ser consideradas en la toma de decisiones y que ésta no es rígida y puede (o debe) modificarse con el paso del tiempo.

**Elisa Hernández Torres**

**Francisco Miguel Pérez Carrascosa**

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

(1) López Alcalde J, Bonfill X. Sobre la Salud Pública Basada en Pruebas. Rev Esp Salud Pública 2008;82.

(2) Murdoch TB, Detsky AS. The Inevitable Application of Big Data to Health Care. JAMA. 2013;309(13):1351-1352.

## Calidad de vida relacionada con la salud no solo en el paciente, también en el cuidador en el caso del Alzheimer

Amador-Marín B, Guerra-Martín, MD.

**Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Gaceta Sanitaria. 2017;31(2):154-160.**

### Objetivo

Explorar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas realizadas para mejorar la calidad de vida de los/las cuidadores/as familiares de pacientes con Alzheimer.

### Método

Revisión sistemática, por pares, en distintas bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, PsycINFO, WOS, Biblioteca Cochrane Plus, IME, Cuiden Plus y Dialnet. Los criterios de inclusión fueron: 1) estudios publicados entre 2010 y 2015; 2) idioma inglés, portugués o español; 3) ensayos clínicos controlados y aleatorizados; 4) puntuación  $\geq 3$  en la escala Jadad.

### Resultados

Se incluyeron 13 estudios, de los cuales cuatro realizaron una intervención psicosocial con cuidadores/as familiares, tres psicoterapéutica, dos psicoeducativa, dos multicomponente, uno educativa y otro con grupos de apoyo mutuo. De los instrumentos para evaluar la calidad de vida, tres estudios utilizaron el Health Status Questionnaire (HSQ), tres el

EuroQoL-5D (dos sólo utilizaron la escala visual analógica), dos el cuestionario de salud SF-36, dos el WHOQoL-BREF, dos el Quality of Life SF-12 y uno el instrumento de calidad de vida percibida (PQoL).

Respecto a la eficacia de las intervenciones no farmacológicas, cinco estudios obtuvieron resultados favorables en la calidad de vida tras las intervenciones de tipo psicoterapéutico, multicomponente, formación y comunitaria.

### Conclusión

La diversidad de intervenciones no farmacológicas utilizadas y sus contenidos, las diferencias en el número de sesiones y horas, y la variabilidad de instrumentos de valoración utilizados para medir la calidad de vida de los/las cuidadores/as familiares, lleva a reflexionar sobre la idoneidad de unificar criterios en aras de mejorar la práctica clínica.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Correspondencia: guema@us.es

### COMENTARIO

En España actualmente hay cerca de 800.000 enfermos de Alzheimer, siendo la primera entre las enfermedades neurodegenerativas, así como la primera causa de demencia en la población anciana. Aproximadamente el 80% están a cargo de un familiar, asumiendo así el cuidado en el domicilio. Esta responsabilidad a tiempo completo genera en el cuidador agotamiento tanto físico como psicológico, dado que muchos de estos cuidadores han abandonado sus trabajos para dedicarse a su familiar enfermo.

Existen distintos planes territoriales de Alzheimer (1) en los que se plantea un abordaje integral del paciente y el cuidador principal, siendo este de gran importancia para el sistema dándole cobertura a un acceso rápido de atención médica cuando lo necesite, facilitándole ayuda a domicilio y centros de día, visitas domiciliarias por el personal de Atención Primaria para pacientes que no pueden acudir al centro, entre otros.

En los centros de Atención Primaria existen diferentes intervenciones no farmacológicas para prevenir o reducir la sobrecarga del cuidador y tal como demuestra este estudio podemos resumir que tienen mejor calidad de vida, en lo referido a que disponen de un tiempo para sí mismos, los cuidadores que reciben

psicoterapia. Esto resulta efectivo yendo de la mano de una intervención también de ayuda en domicilio o centros de día del paciente con Alzheimer. Muchos de estos pacientes acuden a la consulta solo para tener un tiempo para ellos, despejarse de las tareas de casa con el familiar enfermo.

Las intervenciones no farmacológicas, como son psicoterapias, charlas educativas, multicomponente o charlas de grupo no podrán mejorar la calidad de vida del cuidador si no reciben una ayuda con el cuidado del enfermo con Alzheimer, como puede ser asistiendo a centros de día o un cuidador por horas en domicilio.

### Alicia Manrique Gamarra

Alumna Máster Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

(1) Plan Andaluz de Alzheimer. 2007- 2010. Consejería de Salud. Junta de Andalucía Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/plan\\_alzheimer/plan\\_alzheimer?idioma=es&perfil=org&tema=/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/plan\\_alzheimer/&contenido=/channels/temas/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/plan\\_alzheimer/plan\\_alzheimer&desplegar=/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_alzheimer/plan_alzheimer?idioma=es&perfil=org&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_alzheimer/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_alzheimer/plan_alzheimer&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/)

## Las apariencias engañan, pero menos que algunas expectativas sobre prevención

Hoffmann T, del Mar C.

**Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening and tests. A systematic review. JAMA Intern Med. 2017;177:407-19.**

### Importancia

Las expectativas clínicas inadecuadas acerca de los beneficios y los perjuicios de las intervenciones médicas pueden influir notoriamente sobre la toma de decisiones y contribuir al incremento del exceso de intervenciones.

### Objetivo

Revisar los estudios que han valorado cuantitativamente las expectativas de los clínicos sobre los beneficios o los perjuicios de cualquier tratamiento, prueba diagnóstica o de cribado.

### Método

Estrategia integral de búsqueda en cuatro bases de datos (MEDLINE, EMBASE, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature y PsycINFO) desde su inicio hasta 2015, sin restricción de idioma ni tipo de estudio. La búsqueda se amplió a las referencias que citaban los estudios incluidos. La calidad metodológica de los estudios fue valorada independientemente por los dos investigadores.

### Hallazgos

Sobre 8.166 registros, fueron seleccionados 48 artículos (13.011 médicos) 20 de los cuales dedicados al tratamiento, otros 20 a las imágenes médicas y 8 al cribado. 30 (67%) valoraron solo las expectativas perjudi-

ciales, 9 (20%) solo las beneficiosas y 6 (13%) ambas. Entre los estudios que comparaban solo las expectativas benéficas (un total de 28 casos) la mayoría de los participantes proporcionó una respuesta correcta solo en 3 de ellos (11%). Entre los que solo comparaban las expectativas de daño (sobre 69 casos) una mayoría de respuestas correctas de los participantes solo se produjo en 9 (13%). Cuando se comparaban beneficios y perjuicios simultáneamente (en 22 situaciones) la mayoría de participantes sobrestimaba el beneficio en 7 casos (32%) y en 2 (9%) lo infrastimaba, mientras que minusvaloraba el daño en 20 (34%) y lo sobrestimaba en 3 (5%) de los 58 casos de este tipo.

### Conclusiones

Las expectativas de los clínicos sobre los beneficios y los perjuicios de las intervenciones son imprecisas. Más a menudo infraestiman los daños y sobrestiman las ganancias. Probablemente las percepciones inadecuadas sobre beneficios y perjuicios de las intervenciones lleven a elecciones subóptimas en la gestión clínica.

*Financiación y conflictos de interés. Los autores han recibido financiación para investigaciones relacionadas con la toma de decisiones compartidas (SDM) del National Health and Medical Research Council of Australia, así como por consultorías de la Australian Commission on Safety and Quality in Health Care y Bupa*

*Correspondencia. thoffmann@bond.edu.au*

## COMENTARIO

Durante la crisis se ha puesto de moda la desprescripción. Para muchos un mero recurso circunstancial con el que abordar los recortes. Pero para otros ha sido y es una obligación deontológica que el sistema sanitario ha venido desatendiendo irresponsablemente. Y desde luego una oportunidad de racionalización que desde la oposición política en los distintos territorios se ha preferido dejar pasar a expensas de demagogías más o menos corporativas. No hace falta ser particularmente crítico para reconocer la futilidad de muchas intervenciones médicas y, lo que es más serio, la impertinencia de bastantes de ellas que, en algunos casos además, no solo no añaden valor a la salud de las personas sino que incluso la ponen en peligro.

Son muchas las causas potenciales del intervencionismo que caracteriza la práctica médica actual, entre las cuales juega un papel sustantivo la promoción de expectativas exageradas –a veces quiméricas– sobre algunas prácticas médicas. Expectativas que no solo abrazan los pacientes (1) y ciudadanos, encandilados por los espectaculares progresos de la medicina y a menudo esperanzados personalmente también por beneficiarse de ellos, sino también los propios profesionales.

El artículo viene a ratificar –a pesar de sus limitaciones– que los profesionales tienden a sobervalorar los beneficios de las intervenciones y a infravalorar sus potenciales efectos adversos. Las intervenciones analizadas correspondían a tratamientos en 20 de los artículos, a la prescripción de pruebas diagnósticas y de cribado no radiológicas en 8 y en los otros 20 a las de imagen. Se cuantificaron las valoraciones de más de 13.000 clínicos frente a 181 intervenciones; 41 de las cuales (23%) sobre las expectativas benéficas únicamente, 125 (69%) sobre las perjudiciales y 15 (8%) sobre ambas. Los métodos de estudio de los artículos revisados incluyen entrevistas cara a cara; telefónicas o cuestionarios postales y online. La tasa de respuesta fue mayor del 60% en 16 de los 34 trabajos que la consignaron. Entre los estudios que valoraban las expectativas terapéuticas destaca la

actitud de los pediatras generalistas europeos acerca de la prescripción de antibióticos para las infecciones del tracto respiratorio superior que en un 44% de las respuestas sobrestimaba el riesgo de no recetar antibióticos (2). Entre las correspondientes a las pruebas de cribado vale la pena destacar la sobrestimación de la capacidad predictiva del PSA (3). En cuanto a las pruebas de imagen destaca la infraestimación de los riesgos asociados a la radiación como muestra por ejemplo el estudio de los médicos generales galeses (4).

Tales distorsiones de las expectativas se refieren a intervenciones sobre las que disponemos de información empírica, más allá de hipótesis verosímiles como las que llevaron a muchos pediatras a aconsejar el decúbito prono como postura adecuada de los neonatos o a los obstetras a generalizar la episiotomía. La cuestión, seguramente, tiene que ver con la capacidad de justificación y de gratificación de las acciones, aunque sus consecuencias no sean tan buenas como –incluso deseáramos–. Pero ya se sabe que la esperanza es lo último que se pierde, a pesar de que, como decía Spinoza, no pueda existir sin el miedo.

### Andreu Segura

asegurabenedicto@gmail.com

(1) Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening and tests: a systematic review. JAMA Intern Med 2008;175:274-86.

(2) Grossman Z, del Torso S, Hadjipanayis NA, van Esso D, Drabik A, Sharland M. Antibiotic prescribing for upper respiratory infections; eEuropean primary paediatricians' knowledge, attitudes and practice. Acta Paediatr. 2012;101:935-40.

(3) Durham J, Low M, McLeod D. Screening for prostate cancer: a survey of New Zealand general practitioners. N Z Med J. 2003;116:U476.

(4) Willoughby H, Ahmed H, Jenkinson R, Edwards A. GP speciality trainees' knowledge, attitude and practice regarding risks associated with common radiological investigations. Educ Prim Care, 2013;24:355-62.

## La efectividad de la revisión de la medicación con seguimiento en oficinas de farmacia

Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, López Del Amo MP, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia-Garralda MA et al.

**Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-Up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program PharmacoEconomics. Doi:10.1007/s40273-015-0270-2.**

### Objetivo

Evaluar la relación coste-efectividad incremental (ICER) de una revisión de la medicación con el servicio de seguimiento (MRF) para los adultos mayores con polifarmacia en farmacias comunitarias españolas contra la alternativa de tener su medicación dispensada normalmente.

### Método

El estudio se diseñó como un ensayo controlado aleatorizado, y se llevó a cabo en un horizonte de tiempo de 6 meses. La población de estudio fue adultos mayores con polifarmacia, siendo esto personas que toman cinco o más medicamentos al día. Participaron 178 oficinas de farmacia de España. El análisis de costo-utilidad adoptó una perspectiva de servicio de salud. Los costos fueron en euros en 2014 y los precios de la eficacia de la intervención se estimó en años de vida ajustados por calidad (AVAC). Con el fin de analizar la incertidumbre de los resultados ICER, se realizó un bootstrap no paramétrico con 5.000 repeticiones.

### Resultados

De un total de 1.403 adultos mayores de 65 y 94 años, se incluyeron 688 en el grupo intervención (GI) y 715 en el grupo control (GC). Al final del seguimiento, ambos grupos habían reducido el número medio de medicamentos prescritos que tomaban, la reducción fue mayor en el GI ( $0,28 \pm 1,25$  fármacos;  $p < 0,001$ ) y en el GC fue de ( $0,07 \pm 0,95$  fármacos;  $p = 0,063$ ). Los adultos mayores en el GI vieron su calidad de vida mejorada por  $0,0528 \pm 0,20$  ( $p < 0,001$ ). En contraste, el GC experimentó una ligera reducción de su calidad de vida:  $0,0022 \pm 0,24$  ( $p = 0,815$ ). El costo total promedio fue de  $977,57 \pm 1455,88€$  para el GI y  $1173,44 \pm 3671,65€$  para el GC. Para calcular el ICER, utilizamos los costes en función de los medicamentos de referencia y QALYs ajustados para la puntuación de utilidad de línea de base, lo que resulta en un coste total incrementales media de (CI 95% -541,79-40,76)  $250,51 \pm 148,61€$  y una media QALY incremental del  $0,0156 \pm 0,004$  (IC del 95% ,008-0,023). Respecto a los resultados del análisis de coste-utilidad, el servicio MRF fue la estrategia dominante.

### Conclusión

El MRF (medication review with follow-up) en las farmacias Españolas es una intervención eficaz para la optimización de la medicación prescrita, mejorar la calidad de vida en adultos mayores con polifarmacia y coste-utilidad rentable.

### COMENTARIO

La Atención Farmacéutica se define como la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Pero no solo afecta al farmacéutico sino también requiere implicación de médicos y otros profesionales farmacéuticos. Su actuación mejora la calidad de vida del paciente, intervención en actividades que prevengan las enfermedades y proporcionen buena salud. Todo esto no solo se atribuye al nivel de farmacia comunitaria sino también farmacia hospitalaria y atención primaria. Con ello se pretende disminuir significativamente los problemas relacionados con los medicamentos, incrementar la efectividad, ayudar a mejorar el cumplimiento y al uso racional de los mismos. Todo lo cual lleva a maximizar el beneficio de los medicamentos y limitar sus riesgos.

Diferentes estudios indican que 30% consultas a los servicios de urgencia y un 6% de los ingresos hospitalarios son debidos a problemas asociados a los medicamentos, y más del 50% de los pacientes crónicos están mal controlados. El farmacéutico como experto en medicamento que es debido a su cualificación universitaria, su compromiso en cuanto a aprendizaje y formación permanente es un profesional adecuado para desarrollar dicho cometido. Tiene una gran accesibilidad al paciente así como proximidad y es figura importante en la asistencia sanitaria del paciente.

En este artículo se puede observar cómo hay diferencia entre GI y GC en cuanto a la polifarmacia tras la intervención del farmacéutico comunitario, siendo coste-utilidad rentable. Desde los comienzos del concepto de Atención Farmacéutica (Pharmaceutical Care) que iniciaron en 1990 Hepler y Strand en EE.UU. con su artículo "Opportunities and responsibilities on pharmaceutical Care", parece evidente que sin el antecedente del desarrollo y puesta en práctica de la Farmacia Clínica en los hospitales, nunca se hubiera llegado a plantear la necesidad de extender el concepto de Servicio Farmacéutico que fuera más allá de la simple dispensación de medicamentos.

Es patente la necesidad de más y mejor investigación en el campo de la atención farmacéutica, más comunicación médico farmacéutico y cooperar para un fin común, mejorar la calidad de la farmacoterapia y sus resultados. Aún queda mucho por hacer desde la oficina de farmacia, pero no hay duda que el farmacéutico comunitario está cada vez más implicado en dicha tarea.

**M<sup>a</sup> José Borrego Delgado**

**M<sup>a</sup> José Montero García**

Alumnas del Máster Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

Financiación: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España y Laboratorios Cinfa.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: jmartin@ugr.es

## Profilaxis pre-exposición oral frente al VIH. Razones para avanzar

Molina JM, Capitant C, Spire B et al.

**On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. N Engl J Med. 2015;373:2237-46.**

### Objetivo

Establecer la eficacia del uso de profilaxis preexposición oral (PrEP) con tenofovir disoproxil fumarato y emtricitabina en la aparición de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

### Método

Se aleatorizó a los participantes – 414 hombres en Francia que tenían sexo con hombres a recibir placebo o TDF/FTC coformulado en un solo comprimido. El seguimiento medio fue de 9.3 meses (amplitud intercuartil 4.9-20.6).

### Resultados

De entre los 414 participantes, se pudo descartar la infección por el VIH en 400. Durante el seguimiento se diagnosticaron dos nuevos casos de infección por el VIH en el grupo de TDF/FTC (incidencia 0.91 casos por 100 personas-año) frente a 14 en el grupo de placebo (incidencia 6.6 casos por 100 perso-

nas-año), con una disminución del riesgo relativo del 86% y un número de individuos que deben ser tratados para evitar un contagio (NNT) de 14. En el caso de los dos contagios del grupo de TDF/FTC, la adherencia fue muy baja (devolvieron 58 y 60 de los 60 comprimidos que se les habían proporcionado para el período entre visitas). Los efectos adversos gastrointestinales fueron más frecuentes en el grupo de TDF/FTC, así como las elevaciones grado 1 de creatinina, sin verificarse ninguna elevación de mayor nivel de este parámetro. A lo largo del estudio no hubo modificación en el número de actos ni compañeros sexuales, ni en el porcentaje de coitos anales receptivos o insertivos sin preservativo.

*Financiación:* ANRS, Canadian HIV Trials Network, Dotation Pierre Bergé pour la Prévention y Bill and Melinda Gates Foundation. Gilead Sciences donó el TDF-FTC, el placebo y financió los análisis farmacocinéticos.

*Conflicto de intereses:* Detallados en el formulario NEJM.org.

*Correspondencia:* jean-michel .molina@aphp.fr

### COMENTARIO

Los primeros ensayos con PrEP adolecían de un sesgo importante en el análisis de sus resultados, cual era la modificación del comportamiento en los individuos reclutados en cada estudio. Esto aconsejaba ser prudentes en su recomendación (1). Sin embargo, dos ensayos bien diseñados frente a placebo en HSH (2, 3) han dejado clara una disminución apabullante de los nuevos diagnósticos de VIH entre los individuos participantes en ambos estudios.

La PrEP es una medida recomendada por la Organización Mundial de la Salud (4), la International AIDS Society (5) y por el Grupo Español para el estudio del SIDA (6). Estas sociedades colocan el dintel de coste/efectividad en colectivos que presenten una incidencia mayor de 2 nuevos casos por 100 individuos-año, lo que en el caso de España incluiría a los HSH, sobre todo a aquéllos HSH que son trabajadores del sexo masculinos (7).

Es un hecho que la incidencia de VIH no disminuye de forma significativa en nuestro país a pesar de las medidas implementadas, y que crece de forma mantenida en el caso concreto de los HSH, por lo que se hace necesaria una reflexión de los gestores a diferentes niveles para abordar esta medida de prevención, que se ha mostrado eficaz en colectivos seleccionados.

La evidencia científica parece clara. Es tiempo de seguir avanzando.

### Julián Olalla Sierra

Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Agencia Sanitaria Pública Hospital Costa del Sol.

(1) Olalla J. Definiendo el alcance de la profilaxis pre-exposición en el VIH. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2014, 29.

(2) Molina JM, Capitant C, Spire B et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med* 2015;373:2237-46.

(3) McCormack S, Dunn DT, Desai M et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet* 2016;387:53-60.

(4) WHO. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

(5) Marrazo JM, Del Río C, Holtgrave DR et al. HIV Prevention in Clinical Care Settings. 2014 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*. 2014;312(4):390-409.

(6) Grupo de Expertos GeSIDA. Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España. Disponible en: [http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis\\_pre-exposicionVIH.pdf](http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis_pre-exposicionVIH.pdf)

(7) Díez M, Bleda MJ, Varela JA et al. Trends in HIV testing, prevalence among first-time testers, and incidence in most-at-risk populations in Spain: the EPI-VIH Study, 2000 to 2009. *Euro Surveill*. 2014;19(47):pii=20971.

## Los sistemas de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente y las pajas en ojos ajenos

Cooper J, Edwards A, Williams H, et al.

**Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods Analysis of a National Database.**  
*Ann Fam Med.* 2017;15(5):455-61.

### Objetivo

Analizar el origen y naturaleza de la culpabilización en las notificaciones de errores de seguridad del paciente en Atención Primaria.

### Método

Estudio descriptivo mediante análisis secuencial exploratorio cualitativo y cuantitativo en el marco de la Atención Primaria (medicina de familia y enfermería comunitaria, oficinas de farmacia, clínicas dentales y salud mental comunitaria).

Se explora una muestra de notificaciones realizadas al sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente de Inglaterra y Gales entre abril de 2005 y septiembre de 2013, codificando las características del incidente (tipo, factores contribuyentes, gravedad) y del tipo de atribución de la culpa. Definen culpa como la identificación de un juicio emitido por el notificante sobre la falta en una persona o personas. Éstas pueden ser otras (culpabilización directa a otros o mención de la culpa que otros atribuyen a terceros) o el mismo notificante (reconoce responsabilidad personal por propio juicio o por aceptar la culpabilidad que le imputan otros).

### Resultados

El 45% de los informes de notificación contienen al menos un juicio de culpabilidad. De ellos, en el 2% el notificante reconoce haber cometido algún error; en el 92% identifica a otros como responsables. La culpabilización de los demás es muy común cuando se anticipa una posible reclamación, y es más probable cuando se emite un juicio clínico y existe interacción con otros profesionales o con pacientes (derivaciones, diagnóstico y medicación); por el contrario, es menos probable cuando el resultado del error es el daño al paciente.

### Conclusiones

La mitad de los incidentes notificados buscan culpables en vez de identificar factores sistémicos, lo cual dificulta el análisis de los problemas estructurales que favorecen el error. Muchas de estas personas se convierten, pues, en segundas víctimas.

*Financiación:* National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research.  
*Conflictos de interés:* Un autor es enviado del programa de seguridad del paciente de la OMS. Otro ha sido consultor de una compañía de tecnología en salud y de la comisión australiana de seguridad y calidad.

*Correspondencia:* carson-stevensap@cardiff.ac.uk

### COMENTARIO

En el mundo de la sanidad se convive cotidianamente con el error y con el miedo a que éste nos salpique. Los profesionales sanitarios transitamos muchas veces entre una práctica mal llamada “defensiva” y la costumbre de señalar los defectos de los demás sin asumir los propios. Aunque este estudio es un excelente punto de partida para conocer la influencia de la culpa en la notificación de errores, no disponemos de estudios comparativos entre países de tradición diferente como para saber cuál fomenta más el miedo a informar el error. Sin embargo, los resultados muestran que los países de tradición protestante no están exentos de esta conducta que se creía más propia de la tradición judeocristiana.

En todo caso, la culpa carga la responsabilidad en el individuo y nos induce a ocultar el error. La cultura de seguridad del paciente pretende superar esta noción, y enfatiza el papel de las organizaciones en la génesis y la solución de sus incidentes. Para ello, confía precisamente en la administración para que se autorregule y defina estándares y procedimientos para “gestionar el error”. Se idean sistemas de notificación de unos incidentes que luego son analizados a través de herramientas por comités de expertos que emiten instrucciones que esperan ser catalizadoras de un cambio en la actitud y comportamiento de unos profesionales que, en última instancia, son los que tienen que ejecutar esas recomendaciones, en un entorno donde se supone que se han acometido cambios estructurales que deben repercutir en la forma de trabajar y de coordinarse, y en un contexto donde se sobreentiende que se ha interiorizado que el error, siendo inerradicable, es una excusa para mejorar.

Se señala al sentimiento de culpa del profesional que debe notificar como la fuente de todos los problemas, pero no es ni de lejos el único en liza. Estudios cualitativos han hecho aflorar otros argumentos (1, 2). Los

sistemas de notificación son vistos como engorrosos y excesivamente burocráticos, una carga más que cae con todo el peso de las imposiciones que vienen desde “arriba”. Los indicadores que se sistematizan se perciben como más enfocados a su explotación estadística que para ayudar a solucionar o prevenir in situ los errores. Si añadimos que los expertos que los analizan ejercen sus funciones lejos de los entornos asistenciales y que emiten recomendaciones descontextualizadas que no contienen los elementos necesarios para generar los cambios deseados, resulta finalmente que los profesionales asistenciales no terminan de sentir que el sistema redunde en ninguna mejora sustancial.

Esto no implica que tengamos que anular los actuales sistemas de gestión de errores, sino redefinirlos: simplificar la notificación, volcar más esfuerzos en sensibilizar a los profesionales e involucrarlos en el control sobre el terreno en todas las fases del proceso, desde el análisis del error hasta la emisión e implementación de recomendaciones y la evaluación de los resultados. Tal vez así podremos evitar la gran paradoja de la seguridad del paciente: que este movimiento, llamado en sus inicios a liberar los pecados del sujeto, termine culpando a la culpa de los individuos, y alimentando a su vez a un sistema paralelo al sanitario que comete el mismo error que el que pretende resolver al considerar que la notificación es un fin en sí mismo y no el medio.

### Enrique Gavilán

Médico de Familia rural. Laboratorio del Polimedicado.

(1) Elder NC, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers and motivators for making error reports from family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *J Am Board Fam Med.* 2007;20(2):115-23.

(2) Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med.* 2005;60(9):1927-35.

## La prevención secundaria tras ictus es mejorable con el seguimiento de las recomendaciones de las guías

Tamayo-Ojeda C, Parelladfa-Esquius N, Salvador-González B, Oriol-Torón PA, Rodríguez-Garrido MD, Muñoz-Segura D. Seguimiento de las recomendaciones en prevención secundaria cerebrovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2017;49:351-8.

### Objetivo

Conocer el grado de seguimiento de las recomendaciones en prevención secundaria cerebrovascular en atención primaria e identificar los principales factores asociados.

### Método

Estudio transversal multicéntrico, en centros de salud de un área metropolitana (944.280 habitantes) en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular antes de 6 meses del estudio. Para realizar la mediciones se extrajeron de la historia clínica informatizada variables demográficas, factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular, fármacos, valores de presión arterial (PA), colesterol (LDL) y visitas por medicina y enfermería posteriores al episodio. Se consideró buen control: PA<140/90 mmHg, colesterol LDL<100mg/dl, abstención tabáquica y prescripción de fármacos preventivos (antiagregantes/anticoagulantes, estatinas e IECA/ARA II o diurético) en los últimos 18 meses.

### Hallazgos

Se examinaron un total de 21.976 individuos, el 48% mujeres. La media de edad fue de 73,1 años, y el 33% tenían más de 79 años. La prevalencia global de ECV fue del 2,33%, y del 11,86% en mayores de 75 años. El 72% sufrió un accidente vascular establecido y el resto accidente isquémico transitorio. La media de edad del primer episodio fue de 67,2 años, mayor en las mujeres que en los hombres: 69,2 años y 65,3 años respectivamente ( $p<0,05$ ). El sexo masculino predominaba hasta los 74 años (75,4% hombre, 59,7% mujeres), invirtiéndose a partir de esa edad (24,5% y 40,35 respectivamente) ( $p<0,0001$ ). Se observó un aumento progresivo de la edad en el primer episodio. En los últimos 10 años fue de 63,8 en el año 2003, de 67,3 en 2007 y de 71,8 en 2012 ( $p<0,0001$ ).

El 10% de los individuos del estudio, estaban incluidos en programas de atención domiciliaria (12,2% mujeres y 8% hombres). El 11% eran fumadores (8,9% mujeres y 16,2% hombres), y un 33,2% exfumadores (7,5% mujeres y 57,1% hombres). El 20,8% de individuos no habían sido visitados por enfermería en los últimos 18 meses, el 4,55% por medicina y el 3,7% por ningún profesional; estos porcentajes llegaron al 46,4, al 13 y al 10,9% respectivamente, en menores de 40 años. El porcentaje de pacientes con 4 o más visitas fue máximo en el grupo de 66-79 años. El registro/grado de control fue superior en el grupo de 66-79 años e inferior en el de 18-40 años.

### Conclusiones

El seguimiento de las recomendaciones de las guías clínicas para la prevención de la enfermedad cerebrovascular en atención primaria es mejorable, especialmente en los más jóvenes. Son necesarios cambios organizativos e intervención más activa de los profesionales, así como estrategias para combatir la inercia terapéutica.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.  
Correspondencia: armetamayo@gmail.com

### COMENTARIO

En primer lugar conviene destacar el gran número de individuos incluidos en el estudio, y el reflejo de la práctica clínica real. También señalar que los resultados en prevalencia de enfermedad cerebrovascular (ECV) del estudio son similares a los que hay descritos en la literatura. Con todo ello, y a pesar que la prevención secundaria después de un ictus reduce significativamente el número de recurrencias y la morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes, existen déficits importantes en el desarrollo de esta prevención secundaria de los pacientes.

Tal y como se aprecia en el artículo, en la valoración conjunta de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) existen importantes márgenes de mejora, ya que menos de una tercera parte presenta un buen control de los tres factores. El grupo de pacientes de 66-79 años de edad, es el que presenta los mejores resultados en cuanto a control de factores de riesgo cardiovascular, y al uso de fármacos recomendados. Así mismo, es el grupo con mayor porcentaje de visitas en atención primaria tanto por medicina como por enfermería. Por el contrario, se observa una tendencia opuesta en los más jóvenes.

A pesar de que las guías de práctica clínica recomiendan el uso de tres grupos farmacológicos para los pacientes que han sufrido un ECV, si valoramos conjuntamente el uso de estos fármacos recomendados, se observa que sólo 4 de cada 10 pacientes tienen una adecuada prescripción, la situación es peor en individuos más jóvenes. Los objetivos terapéuticos parecen no estar suficientemente interiorizados en la prevención secundaria de la ECV. Los datos ponen de manifiesto una falta evidente de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas de las guías de práctica clínica, por parte de los profesionales médicos. Esto debería llevar a reconocer una necesidad de reflexión por parte de los profesionales y a la instauración de medidas correctoras de la tendencia a la inercia terapéutica. Son necesarios pues cambios organizativos y una intervención más activa de los profesionales, así como estrategias para combatir la inercia terapéutica.

### Tomás Galiana Paniagua

Alumno del Máster de Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

- (1) Alzamora MT, Sorribes M, Heras, Vila N, Vicheto M, Forés R, et al. Ischemic stroke incidence in Santa Coloma de Gramenet (ISISCOG), Spain. A community-based study. *BMC Neurol*. 2008;8:5-13.
- (2) Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Fuentes B, Fernández-Pérez C, Gabriel-Sánchez R, Barberà G, et al. Incidence of strokes in Spain: The Iberictus study. Data from the pilot study. *Rev Neurol*. 2009;48:61-65.
- (3) Díaz-Guzmán J, Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Gabriel R, Medrano MJ. Prevalence of stroke and transient ischemic attack in three elderly populations of Central Spain. *Neuroepidemiology*. 2008;30:247-253.
- (4) Kaplan RC, Tirschwell DL, Longstreth WTJ, Manolio TA, Heckbert SR, Lefkowitz D, et al. Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly. *Neurology*. 2005;65:835-842.



**Máster Universitario  
en Economía de la Salud, Gestión Sanitaria  
y Uso Racional del Medicamento**

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**

**CÁTEDRA DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y  
USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.**

**Preinscripción:** La preinscripción y el acceso al Máster se efectúa conforme a los procedimientos establecidos por Distrito Único Andaluz, en los plazos y condiciones fijadas para todos los Másteres Universitarios Oficiales que se imparten en las universidades públicas andaluzas (más información en <http://www.infouma.uma.es/acceso/>).

**Descripción:** El Máster Oficial en Economía de la Salud, Gestión sanitaria y Uso Racional del Medicamento consta de 9 módulos. La metodología combina la formación on-line con seminarios presenciales (viernes tarde y sábado por la mañana, en fines de semana alternos). Con la obtención del título de este Máster el alumno puede comenzar a realizar su período de investigación para lograr el grado de Doctor.

**Perfil de acceso recomendado:** Pueden acceder a este Máster quienes acrediten estar en posesión de algún título universitario oficial vinculado a las ramas de conocimiento de Ciencias de la Salud o Ciencias Sociales y Jurídicas.

**OBJETIVOS:**

- Proporcionar los conocimientos necesarios de economía y gestión de los servicios sanitarios y del medicamento para aportar una base profesional a la hora de ser rigurosos en el contexto de la investigación de resultados en salud.
- Capacitar tanto para la toma de decisiones y emisión de juicios a partir de la evaluación e investigación, así como para dar a conocer las conclusiones obtenidas de la investigación y evaluación de los procedimientos en resultados en salud y en el uso de las tecnologías sanitarias.
- Proporcionar las habilidades de aprendizaje y formación especializada de alto nivel en economía y gestión de servicios sanitarios y del medicamento de un modo que será en gran medida autodirigido y/o autónomo.

**PLAN DE ESTUDIOS**

**Módulo I. Conocimientos básicos (ECTS)**

Economía básica (6)

Epidemiología básica (6)

Legislación sanitaria y farmacéutica (3)

**Módulo II. Conocimientos específicos (ECTS)**

Economía de la salud (6)

Técnicas cuantitativas aplicadas a la gestión y evaluación de medicamentos (6)

Gestión del medicamento en los sistemas sanitarios de la eficiencia a la efectividad (6)

Evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias (6)

Financiación, gestión y organización de los sistemas sanitarios (6)

**Módulo III. Conocimientos optativos (ECTS)**

Gestión clínica y sanitaria (3)

Gestión del medicamento (3)

Gestión y procesos de enfermería (3)

**Módulo IV. Trabajo fin de máster (ECTS)**

TRABAJO FIN DE MÁSTER (15)

**ACREDITACIÓN ANECA:**

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación otorgó verificación positiva (resolución 29 de julio de 2009).



**CÁTEDRA DE ECONOMÍA DE LA SALUD  
Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

## Susto o muerte: ¿cuál es el precio justo de los medicamentos?

Puigventós Latorre F<sup>1</sup>, López Briz E<sup>2</sup>, Fraga Fuentes MD<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Especialista en Farmacia Hospitalaria. Palma de Mallorca. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Hospital La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

### Introducción

En España actualmente el gasto farmacéutico global (recetas + hospital) representa prácticamente una cuarta parte del gasto sanitario público y se prevé que en los próximos años siga creciendo (1,2). La regulación de la comercialización de nuevos medicamentos basada en la protección de la propiedad intelectual y el sistema de patentes nos han llevado a un progresivo incremento del precio de los mismos. La combinación de la crisis financiera, los recortes presupuestarios y los altos precios ponen en riesgo la financiación del actual modelo sanitario público y de calidad (3). Al mismo tiempo el vigente sistema ha mostrado un alto grado de ineficiencia en su misión de potenciar la investigación y el desarrollo (I+D) de fármacos que aporten valor terapéutico añadido (VTA) (alta proporción de medicamentos “yo-también” o con un VTA ínfimo) (4-7).

Esta situación y la búsqueda de alternativas es objeto de debate y de análisis en multitud de foros y publicaciones (3, 8-18). Avanzar en un campo tan complejo y con implicaciones sociales, económicas y asistenciales tan grande no es nada fácil. Por ello hemos creído oportuno revisar dos de las propuestas básicas para el establecimiento de precio de un medicamento (19-23). Se fundamentan en los criterios clave sobre los que giran la mayor parte del resto de alternativas: El precio basado en valor (PBV) y el precio basado en costes (PBC).

### Alternativa del precio basado en valor

La principal de las propuestas que actualmente se debaten sobre la fijación de precios es que se realice de acuerdo con el valor que ofrece el medicamento, básicamente en términos de más vida y/o de mayor calidad (más años de vida ajustados por calidad de vida, AVAC). Los elementos esenciales de esta aproximación son los análisis farmacoeconómicos y el establecimiento de un umbral indicativo del coste máximo a pagar por AVAC ganado (19,23). En teoría, si disponemos de un umbral de coste efectividad determinado y ajustado a nuestro ámbito (24), podemos estimar un precio del medicamento para que la relación de coste efectividad incremental (CEI) no supere dicho umbral.

Existen importantes factores que limitan el potencial de los estudios farmacoeconómicos para este propósito (25). Las **dificultades metodológicas** para determinar un valor umbral de CEI es uno de ellos (24). Para definirlo se puede considerar tanto el valor que la sociedad otorga a un AVAC (perspectiva de la demanda), como el coste que supone generar un AVAC para un sistema sanitario (perspectiva de la oferta). Mientras que la primera información nos permite estimar si la tecnología tiene beneficios netos positivos de acuerdo a la valoración de la sociedad, la segunda nos

permite identificar si su incorporación es apropiada dado el presupuesto que tiene asignado un sistema de salud. El umbral de CEI no puede establecerse independientemente del presupuesto sanitario (26) y para su estimación se emplean datos sobre gastos sanitarios poblacionales y resultados en salud asociados (27). La búsqueda de instrumentos adecuados sigue siendo una de las tareas más difíciles para evaluar la relación entre gasto y salud. En España se dispone de un riguroso estudio publicado en 2015 que nos especifica el valor umbral aplicable en nuestro ámbito desde la perspectiva de la oferta (27).

En la práctica la **mayor parte de los nuevos medicamentos** introducidos **superan los valores umbral de CEI**. En los informes de evaluación GENESIS, se realizan estimaciones basadas en las adaptaciones de estudios de coste utilidad publicados y mediante valoraciones propias (28), superándose habitualmente los umbrales de CEI cuando se toma el valor comúnmente utilizado en nuestro país (30.000€/AVAC) (29,30) lo que obliga a establecer condiciones de uso y posicionamientos terapéuticos muy selectivos dentro de los protocolos asistenciales. Aplicando los nuevos umbrales de 21.000€ definidos en el estudio de referencia (27), todavía la brecha será mayor.

También deben tenerse presentes las **limitaciones y sesgos** de los estudios farmacoeconómicos, muy sensibles a las asunciones sobre los que se basan los cálculos, como por ejemplo la disponibilidad de datos fiables sobre costes y beneficios en salud, la estimación de utilidades y su traducción en AVAC, la modelización empleada, transferibilidad de resultados, etc.

Un segundo aspecto es el **problema de la equidad**. Si aceptamos pagar por el VTA del medicamento hasta el límite del umbral de CEI que definamos, estamos aceptando que todo el excedente (bienestar) que supone la innovación va a parar a manos del fabricante (23). La evaluación económica convencional no es útil para establecer el reparto del excedente entre el consumidor y el productor, una tarea que en régimen de competencia corresponde a los mercados y en un entorno de monopolios (patentes) y monopsonios (sistemas de salud públicos de amplia cobertura) debe establecerse. De hecho el financiador público no tiene por qué considerar que un precio del medicamento que iguale el umbral es aceptable, salvo que esté dispuesto a ceder todo el valor monetario excedente social que puede conseguirse con una innovación a la compañía farmacéutica (23, 31).

Otro factor relevante es la **falta de iniciativa de nuestro sistema para desinvertir** en prácticas obsoletas o poco coste-efectivas con el fin de introducir aquellas más coste-efectivas. No es común que ‘entre’ un tratamiento y ‘salga’ otro menos coste-efectivo (25, 32).

Por último, el hecho de **revelar el umbral de disposición** a pagar para los medicamentos producirá que la industria tienda a buscar precios en torno al mismo (**endogeneización**) (22). El problema de

la endogeneización de precios es un riesgo potencial derivado de la ausencia de mercado, inducido por el sistema de patentes, agravado por el hecho de que el financiador público no disponga o no emplee mecanismos para negociar precios considerando no sólo el valor social del medicamento definido en los estudios farmacoeconómicos, sino también la distribución del excedente de bienestar (23).

En resumen, los **estudios de CEI son útiles** para ayudar a definir el **posicionamiento terapéutico** de un medicamento y **para excluirlo o no incluirlo** de la financiación del sistema público, cuando no añade valor (3,28,33,34). No son adecuados para establecer el precio de un medicamento basado exclusivamente en su VTA.

### Alternativa de nuevo modelo de investigación y precio basado en costes

Un modelo alternativo para financiar la I+D al margen de la fijación de precios pasaría por disponer de **fondos públicos para investigación**, de manera que la mayor parte de la I+D fuera dirigida por instituciones públicas, fundada en prioridades en relación con las necesidades de los pacientes y la sociedad. Evidentemente un modelo de este tipo requiere de una transformación profunda del actual sistema, que debería basarse en priorizar el derecho humano a la salud sobre los intereses comerciales y financieros.

Es de señalar que el modelo de investigación actual comporta unos **grandes beneficios para las compañías farmacéuticas**. Datos facilitados por la propia industria indican que en Europa la dedicación a I+D es del orden del 16% de las ventas, otro 21% se dedica a la producción y el 63% restante a marketing y beneficios y otros gastos (3,35,36). En EEUU la proporción de ingresos de las grandes empresas farmacéuticas que se invierten en I+D es de apenas 10% a 20% (11,12). La instauración de un sistema basado en separar la financiación de los medicamentos de la I+D y limitar el sistema de patentes para facilitar la libre competencia, presenta un gran margen para moderar el precio de los medicamentos. Permitiría el precio de genérico desde el primer momento, garantizando la accesibilidad (sin patente, o patente propiedad de una Plataforma Pública). Disminuirían fuertemente los gastos de marketing y los beneficios para la industria podrían ser los razonables (3,37).

Esta orientación se ha plasmado en propuestas como la del panel de alto nivel de la ONU para impulsar un convenio internacional vinculante que separe los costes de la I+D de los precios finales (38), la de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (39) y las de agencias como en Holanda y Bélgica (16).

Un paso importante para avanzar hacia un equilibrio más razonable entre los intereses empresariales y los de los servicios sanitarios, consistiría en modificar las normativas para **facilitar que la asignación de precio se base en los costes** (3): Costes de Producción + Coste de Investigación + Beneficio razonable para la industria. Para poder aplicar esta alternativa sería necesario implementar normas regulatorias que obligaran a los laboratorios a presentar y justificar sus costes, incluidos los de I + D.

Hay muy pocas fuentes de datos disponibles para calcular los **costes reales de la investigación**. La industria farmacéutica ha venido utilizando el estudio de Di- Masi et al. actualizado en 2014 (40) situando el coste de I+D en 2.588 millones de dólares. Diversos autores han realizado estimaciones mucho más bajas (41), concluyendo que sería aproximadamente de 100-125 millones de dólares (42,43) incluyendo los costes de oportunidad del capital invertido por la empresa y el coste de los medicamentos “fallidos” (44,45). Algunos casos divulgados en los últimos años muestran cifras intermedias: 924 millones de dólares en el caso de sofosbuvir (46). Evidentemente el coste de investigación puede ser muy diverso y en ocasiones complejo, no será igual para la obtención un derivado de un fármaco activo ya conocido, que para un medicamento innovador. En todo caso, una parte corresponderá a investigación básica o en fase iniciales, con alta participación de instituciones públicas (universidades, fondos de investigación patrocinados por los estados, fundaciones) y por tanto son costes a detracer (47). De la parte desarrollada por la compañía farmacéutica, siempre se podrá calcular el coste del salario de los investigadores, de los ensayos clínicos, de las instalaciones, las máquinas, las materias primas y de los costes generales imputables. La empresa tiene esos datos económicos y la regulación debería permitir al Ministerio correspondiente tener acceso a los mismos, y poder verificarlos. Los laboratorios farmacéuticos deberían aportar y justificar la documentación de sus costes, incluidos los de I+D a la propuesta de precios.

Este sistema puede presentar **algunos problemas en su aplicación**. Por un lado el llamado efecto Averch-Johnson que podría inducir a las empresas a seleccionar una mezcla ineficiente de insumos al emplear demasiado capital al tener garantizado un rendimiento (19). Pero debe tenerse en cuenta que la incorporación del medicamento a la financiación pública, debe estar regida por criterios farmacoeconómicos. Si el VTA aportado es inexistente o mínimo y el precio es excesivo, las expectativas de utilización de fármaco disminuirían en gran medida, ya que o bien no será incluido en la financiación pública o lo será con criterios de posicionamiento terapéutico muy selectivo.

Otra cuestión sería en el caso de medicamentos para enfermedades poco frecuentes. En este caso debería establecerse una regulación que permitiera la investigación de novedades y el acceso a los pacientes, que en todo caso podría y debería ser más adecuada que la actual situación de los medicamentos huérfanos.

Y una tercera cuestión importante es que para poder obtener una molécula eficaz, segura, se han investigado otras donde no se han obtenido resultados. Esos costes deben cargarse en los precios de las moléculas de éxito. Deberían desarrollarse metodología y procedimientos para cuantificar los costes derivados del fracaso, para establecer el precio. Hay experiencias en que el regulador asigna a cada empresa una tasa de beneficio determinada relacionada con su actividad innovadora (19).

Mientras no se avance en la implantación de mecanismos para garantizar la investigación, separando la financiación de la I+D, **deberían modificarse la actual regulación para permitir la reducción de los precios mediante negociación con la industria**. Ello debería pasar por el conocimiento de los costes reales de I+D

que deberían poder ser auditados. La transparencia es una demanda expresada en nuestro país por las organizaciones profesionales y de la sociedad civil (48-50). Y por otro lado valorar la posibilidad de implantación de licencias obligatorias.

## Corolario

La preocupación por el acceso a los fármacos innovadores y la sostenibilidad del sistema está generando un amplio y creciente debate en los medios sociales, profesionales y políticos. La razón inicial de las patentes era proteger la innovación (I+D) para que los pacientes pudieran disponer de los medicamentos más efectivos, pero parece que no han cumplido ese objetivo: Los precios no se establecen según el VTA de los medicamentos ni según sus costes de producción, sino según lo que pueda pagar el mercado de acuerdo con las proyecciones que realiza la industria.

La actual regulación está sometida a profundo escrutinio. Avanzar hacia la instauración de un sistema basado en separar la financiación de los medicamentos de la I+D y limitar el sistema de patentes parece un camino razonable. La evaluación económica independiente, transparente, con metodología contrastada y la definición de umbrales de CEI con reparto equitativo del valor de innovación y ajustados a nuestro ámbito, son la base para decidir la financiación y posicionamiento terapéutico de los medicamentos en el sistema público de salud. La sociedad civil, las instituciones y los poderes públicos deben elegir entre el susto que inevitablemente provocará en la industria farmacéutica una regulación acerca de la fijación de precios de acuerdo con los costes de producción + investigación + beneficio razonable, o la muerte por insuficiencia financiera aguda de nuestra sociedad del bienestar y nuestro sistema público de salud si se continúa con el actual e inasumible esquema. ¿Susto o muerte?

## Referencias

(1) Martínez Jorge M. Evolución y tendencias del Mercado farmacéutico español. Quintiles IMS. Presentación. Marzo 2017 [http://www.farmaforum.es/pdf/descargas/congreso-farmaforum/ponencias-congreso-farmaforum%20\(5\).pdf](http://www.farmaforum.es/pdf/descargas/congreso-farmaforum/ponencias-congreso-farmaforum%20(5).pdf)

(2) Ministerio de Hacienda y Función Pública. Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario. Disponible en: <http://www.minhafp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

(3) Lamata F, Gálvez R, Pita Barros P, Sánchez Caro J, Puigventós F. Medicamentos: ¿Derecho humano o negocio? Ed Díaz de Santos. Madrid 2017. ISBN: 978-84-9052-050-5.

(4) Anonymous. New drugs, new indications in 2015: little progress, and threats to access to quality health care for all. *Prescrire International* 2016; 25:136-139 (traducido de *Rev Prescrire* 2016; 36: 133-7).

(5) Ioannidis JPA. Why most clinical research is not useful. *PLoS Med* 2016; 13(6): e1002049 <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002049>

(6) Wisløff T, Hagen G, Hamidi V, Movik E, Klemp M, Jan Abel Olsen. Estimating QALY gains in applied studies: a review of cost-utility analyses published in 2010. *Pharmacoeconomics* 2014;32:367-75. <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/7579/article.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(7) Salas-Vega S, Iliopoulos O, Mossialos E. Assessment of Overall Survival, Quality of Life, and Safety Benefits Associated With New Cancer Medicines. *JAMA Oncol.* 2017 Mar 1;3(3):382-390.

(8) Stiglitz JE, Jayadev A. Medicine for tomorrow: Some alternative proposals to promote socially beneficial research and development in pharmaceuticals *Journal of Generic Medicines* 2010. Vol. 7, 3, 217-226 [https://www8.gsb.columbia.edu/faculty/jstiglitz/sites/jstiglitz/files/2010\\_Medicine\\_For\\_Tomorrow\\_pub.pdf](https://www8.gsb.columbia.edu/faculty/jstiglitz/sites/jstiglitz/files/2010_Medicine_For_Tomorrow_pub.pdf)

(9) Peiró S. La incorporación de nuevos medicamentos al SNS: innovación, accesibilidad y sostenibilidad. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2015;17(58). <http://www.iiss.es/gcs/gestion58.pdf>

(10) Pauly MV. The Questionable Economic Case for Value-Based Drug Pricing in Market Health Systems. *Value Health.* 2017 Feb;20(2):278-282.

(11) Prasad V, De Jesús K, Mailankody S. The high price of anticancer drugs: origins, implications, barriers, solutions. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017 Mar 14. [http://www.nature.com/nrclinonc/journal/vaop/ncurrent/fig\\_tab/nrclinonc.2017.31\\_F3.html](http://www.nature.com/nrclinonc/journal/vaop/ncurrent/fig_tab/nrclinonc.2017.31_F3.html)

(12) Kesselheim AS, Avorn J, Sarpatwari A. The High Cost of Prescription Drugs in the United States: Origins and Prospects for Reform. *JAMA.* 2016 Aug 23-30;316(8):858-71. <https://phhp-bahealthscience-new.sites.medinfo.ufl.edu/files/2016/09/jsc1600151.pdf>

(13) Saltman RB, Cahn Z. Restructuring health systems for an era of prolonged austerity: an essay by Richard B Saltman and Zachary Cahn. *BMJ.* 2013 Jun 24;346:f3972.

(14) OECD (2017), *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>

(15) Balasegaram M, Kolb P, McKew J, Menon J, Oliario P, Sablinski T, Thomas Z, Todd MH, Torreele E, Wilbanks J. An open source pharma roadmap. *PLoS Med.* 2017 Apr 18;14(4):e1002276 <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002276>

(16) Vandebroek Ph, Raeymakers P, Wickert R, Becher K, Goossens J, Cleemput I, et al. Future scenarios about drug development and drug pricing. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 271. D/2016/10.273/59 [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_271\\_Drug\\_Pricing\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_271_Drug_Pricing_Report.pdf)

(17) Rovira J. Health technology assessment (HTA) and the incentives to innovation in the life cycle of a health technology. En: del Llano-Señaris J, Campillo-Artero C (eds.). *Health technology assessment and health policy today: A multifaceted view of their unstable crossroads*. Madrid: Springer Healthcare Communications Ibérica; 2014.

(18) Directorate General for Internal Policies. Policy Department A: Economic and scientific Policy EU: Options for Improving Access to Medicines. Workshop. IP/A/ENVI/WS/2016-10 Aug 2016 PE 587.304.

(19) Rovira J, Gómez Pajuelo P, del Llano J. La regulación del precio de los medicamentos en base al valor. Fundación Gaspar Casal. Madrid, 2012. [http://www.fgcasal.org/publicaciones/Lilly\\_FGC-Libro\\_La\\_Regulacion\\_del\\_preco\\_medicamentos.pdf](http://www.fgcasal.org/publicaciones/Lilly_FGC-Libro_La_Regulacion_del_preco_medicamentos.pdf)

(20) Rovira J. Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control. *Salud Colectiva* 2015; 11:35-48. <http://www.scie lo.org.ar/pdf/sc/v11n1/v11n1a04.pdf>

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/587304/IPOL\\_STU\(2016\)587304\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/587304/IPOL_STU(2016)587304_EN.pdf)

(21) Paris V and Belloni A. OECD Health Working Paper No. 63 Value in pharmaceutical pricing 2013 [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/value-in-pharmaceutical-pricing\\_5k43jc9v6knx-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/value-in-pharmaceutical-pricing_5k43jc9v6knx-en)

(22) Hidalgo-Vega A. Más allá del análisis coste-efectividad. Precios basados en el valor y financiación orientada a resultados como vía de sostenibilidad para el SNS en España. *Glob Reg Health Technol Assess* 2017; 4(1): e60-e64 <http://www.grhta.com/article/10a5c482-dfb9-46e7-8318-f19cc016cf29>

(23) Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83:59-70. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n1/colaboracion4.pdf>

(24) García-Lorenzo B, Vallejo-Torres L, Trujillo-Martín MM, Perestelo-Pérez L, Valcárcel-Nazco C, Serrano Aguilar P. Evaluación económica busca umbral

- para apoyar la toma de decisiones. *Rev Esp Salud Pública* 2015;89: 537-44. [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n6/02\\_colaboracion-especial.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n6/02_colaboracion-especial.pdf)
- (25) López i Casasnovas G. A vueltas con el coste-efectividad. *Economía y Salud* 2016; Nov. nº 87. <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=28&idN=1406>
- (26) Culyer AJ. Cost-effectiveness thresholds in health care: a bookshelf guide to their meaning and use. CHE Research Paper 121. Centre for Health Economics University of York 2015. Disponible en: [https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP121\\_Cost-Effectiveness\\_thresholds\\_Health\\_Care.pdf](https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP121_Cost-Effectiveness_thresholds_Health_Care.pdf)
- (27) Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Castilla I, Valcárcel Nazco C, García Pérez L, Linertová R, Serrano-Aguilar P. Valor Monetario de un Año de Vida Ajustado por Calidad: Estimación empírica del coste de oportunidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2015. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3382aaa2-cb58-11e5-a9c5-a398589805dc/SESCS%202015\\_Umbral%20C.O.%20AVAC.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3382aaa2-cb58-11e5-a9c5-a398589805dc/SESCS%202015_Umbral%20C.O.%20AVAC.pdf)
- (28) Ortega A, Marín R, Fraga MD, López-Briz E, Puigventós F (GENESIS-SEFH). Guía de evaluación económica e IP en los informes de evaluación de medicamentos. Guía práctica asociada al programa MADRE v 4.0. Madrid: SEFH (ed.), 2016. ISBN: 978 84 617 6757 1. <http://grupodetrabajo.sefh.es/genesis>
- (29) Ortega A, Fraga MD, Marín-Gil R, Lopez-Briz E, Puigventós F, Dranitsaris G. Economic evaluation in collaborative hospital drug evaluation reports. *Farm Hosp.* 2015 Sep 1;39(5):288-96. [http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n5/05\\_original05.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n5/05_original05.pdf)
- (30) Oyagüez I, Frías C, Seguí MÁ, Gómez-Barrera M, Casado MÁ, Queralt Gorgas M. Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farm Hosp.* 2013 May-Jun;37(3):240-59. <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v37n3/08revision01.pdf>
- (31) Peiró S. La evaluación económica de la innovación terapéutica. Congreso de la SEFH. Madrid 2010 [http://www.sefh.es/55congresoinfo/documentos/auditorio\\_21\\_10\\_speiro.pdf](http://www.sefh.es/55congresoinfo/documentos/auditorio_21_10_speiro.pdf)
- (32) Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit.* 2013;27(2):175-179 <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v27n2/especial.pdf>
- (33) Alegre Del Rey EJ, Fénix Caballero S, Castaño Lara R, Sierra García F. Evaluación y posicionamiento de medicamentos como alternativas terapéuticas equivalentes. *Med Clin (Barc)* 2014;143:85-90.
- (34) Aggarwal A, Fojo T, Chamberlain C et al. Do patient access schemes for high-cost cancer drugs deliver value to society?-lessons from the NHS Cancer Drugs Fund. *Ann Oncol* 2017 Apr 27. doi: 10.1093/annonc/mdx110. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453615#>
- (35) European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. The Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2015. [http://www.efpia.eu/uploads/figures\\_2015\\_key\\_data.pdf](http://www.efpia.eu/uploads/figures_2015_key_data.pdf)
- (36) European Comisión. Pharmaceutical Sector Inquiry Final Report 8 July 2009. [http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff\\_working\\_paper\\_part1.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf)
- (37) Balasegaram M, Kolb P, McKew J, Menon J, Oliario P, Sablinski T, Thomas Z, Todd MH, Torrelee E, Wilbanks J. An open source pharma roadmap. *PLoS Med.* 2017 Apr 18;14(4):e1002276. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002276>
- (38) The United Nations Secretary General's High level panel of access to medicines. Final Report. Septiembre de 2016. <https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf>
- (39) Anonimous. Elecciones generales, Consejo de Europa, salud pública e industria farmacéutica. *Butletí Groc* 2015;28:15-18. Disponible en: <http://www.icf.uab.cat/es/pdf/informacio/bg/bg284.15e.pdf>
- (40) DiMasi JA, Grabowski HG, Hansen RW. Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs. *J Health Econ.* 2016 May;47:20-33. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.01.012. Epub 2016 Feb 12. PubMed PMID: 26928437. <https://dukespace.lib.duke.edu/dspace/bitstream/handle/10161/12742/DiMasi-Grabowski-Hansen-RnD-JHE-2016.pdf?sequence=1>
- (41) Avorn J. The \$2.6 billion pill-methodologic and policy considerations. *N Engl J Med.* 2015 May 14;372(20):1877-9. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1500848>
- (42) Light DW, Warburton R. Demythologizing the high costs of pharmaceutical research. *BioSocieties* 2011; 6:34-50. [http://www.pharmamyths.net/files/Biosocieties\\_2011\\_Myths\\_of\\_High\\_Drug\\_Research\\_Costs.pdf](http://www.pharmamyths.net/files/Biosocieties_2011_Myths_of_High_Drug_Research_Costs.pdf)
- (43) Light DW, Lexchin JR. Pharmaceutical research and development: what do we get for all that money? *BMJ.* 2012 Aug 7;345:e4348. <http://www.bmj.com/bmj/section-pdf/187604?path=/bmj/345/7869/Analysis.full.pdf>
- (44) Light DW, Kantarjian H. Market spiral pricing of cancer drugs. *Cancer.* 2013 Nov 15;119(22):3900-2. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28321/pdf>
- (45) DNDi. An Innovative Approach to R&D for neglected patients ten years of experience & lessons learned by DNDi. *Drugs for neglected disease initiative.* 2014 [https://www.dndi.org/wp-content/uploads/2009/03/DNDi\\_Modelpa\\_per\\_2013.pdf](https://www.dndi.org/wp-content/uploads/2009/03/DNDi_Modelpa_per_2013.pdf)
- (46) Informe Wyden-Grassley. The Price of Sovaldi and its impact on US Health Care System. 2015 p23. <https://www.finance.senate.gov/ranking-members-news/wyden-grassley-sovaldi-investigation-finds-revenue-driven-pricing-strategy-behind-84-000-hepatitis-drug>
- (47) Sampat BN, Lichtenberg FR. What are the respective roles of the public and private sectors in pharmaceutical innovation? *Health Aff (Millwood).* 2011 Feb;30(2):332-9. <http://content.healthaffairs.org/content/30/2/332.long>
- (48) La OMC insiste en revisar "con urgencia" el sistema de patentes de los medicamentos. *El Global* 19/06/2015. Disponible en: <http://www.elglobal.net/noticias-medicamento/2015-06-19/politica-sanitaria/la-omc-insiste-en-revisar-con-urgencia-el-sistema-de-patentes-de-los-medicamentos/pagina.aspx?idart=920012>
- (49) Médicos del Mundo. Campaña El precio de la vida. Disponible en: <https://thecostoflife.org/es-ES/>
- (50) No es sano. Transformando el modelo I+D biomédica. El actual No es Sano. Campaña para sanear el modelo de innovación de los medicamentos. <http://noessano.org/es/wp-content/uploads/2017/04/Documento-No-es-Sano-Def.pdf>

GCS EN LA RED

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

## ¿Truco o trato? Sobre el precio justo de los medicamentos

García-Ruiz AJ<sup>1, 2</sup>, García-Agua N<sup>1, 2</sup>, Montesinos AC<sup>3</sup>, Jódar F<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Economía de la Salud y URM. Dep Farmacología. Universidad de Málaga; <sup>2</sup>Grupo IBIMA (Evaluación clínica y económica de medicamentos); <sup>3</sup>Hospital Regional de Málaga; <sup>4</sup>Estructura central de Apoyo a la investigación. Fundación Pública andaluza para Gestión de la investigación en Salud. Sevilla.

La recepción de meritorio artículo de Puigventós, López-Briz y Fragas (1) donde explican y desarrollan alternativas para conocer y entender cuál es el precio justo de los medicamentos, pese a estar de acuerdo totalmente con su visión y la información que ofrecen, parece a los editores de este número una magnífica ocasión para tratar algunos puntos en los cuales discutimos o tenemos perspectivas algo dispares.

Partimos de tres premisas en las que seguramente estaremos de acuerdo: hay que reconciliar el acceso a los nuevos medicamentos que ayuden a mejorar la salud con la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos. Segundo, uno de los factores más importantes que influyen en los elevados precios es la inadecuación del actual modelo de incentivos a la innovación, mediante el otorgamiento de patentes y otros derechos monopólicos a los nuevos productos. Esta exclusividad del mercado proporciona a las empresas un monopolio limitado en el tiempo que bloquea la competencia, permite mayores ganancias y aunque su función es incentivar a las empresas a realizar actividades de I+D y descubrir productos innovadores adicionales, sabemos que no es totalmente cierto (2) ya que a menudo suponen una aportación mínima o nula en términos de ventaja terapéutica y promueven, por el contrario, actividades como el desarrollo de fármacos me-too o las patentes defensivas (2, 3)<sup>1</sup>. Y tercero, totalmente de acuerdo en que *“otro factor relevante es la falta de iniciativa de nuestro sistema para desinvertir en prácticas obsoletas o poco coste-efectivas con el fin de introducir aquellas más coste-efectivas. No es común que ‘entre’ un tratamiento y ‘salga’ otro menos coste-efectivo”* (1).

Fijar precios de un bien (del sector privado) en el sector público supone actuar en un contexto multiobjetivo, siendo lo deseable la búsqueda de la maximización del bienestar social o de aspectos redistributivos. Debido a los denominados “fallos de mercado” la regulación de precios está justificada; sin embargo, la regulación de precios basada en el coste de producción, la modalidad de control de precios más tradicional, ha caído en desuso a favor de los sistemas de precios de referencia internacionales y por la fijación del precio basada en el valor (2).

En el campo de las actuaciones públicas, y más concretamente a nivel sanitario, la eficiencia no debería ser el único aspecto a conseguir. La equidad del sistema de precios constituye, en muchas ocasiones, una cuestión relevante, siendo a veces olvidada. ¿El

precio que dos CC.AA. diferentes pagan por un mismo medicamento repercute en el mismo porcentaje en su PIB?

### Sobre la estructura de precios: precios basados en costes

Es sabido que “las comparaciones son odiosas” pero, a veces sirven para centrar un tema complejo y lleno de aristas. Los medicamentos son producidos en su mayoría a nivel mundial por la industria farmacéutica, y desde ahí es donde debemos avanzar, teniendo en cuenta que primariamente es industria y luego farmacéutica.

Recientemente, nos hemos comprado un automóvil de una reconocida marca, nos decidimos tras valorar pros y contras de otras marcas –eficacia comparada (consumo, mantenimiento, color de la tapicería, línea exterior, costes, seguros, recambios, refinanciación, período de garantía...), pero desde luego se nos olvidó preguntar por el convenio colectivo de la empresa, cuanto pagaban a cada trabajador, o si tal pieza (ACS/ABS) era desarrollo de la propia empresa o de una compañía emergente, o si los costes de producción, investigación y desarrollo, marketing son altos y los beneficios excesivos. Creemos que esto no es pertinente en el mercado automovilístico, pues se trata de un mercado al cual uno accede o no, en función de sus necesidades, de las utilidades asignadas y por supuesto de la disponibilidad a pagar.

Evidentemente, el mercado de los medicamentos y productos sanitarios es otra cosa, la utilidad marginal en el mercado sanitario, y más concretamente en el de los medicamentos, apenas desciende, sobre todo entre los enfermos a los cuales va destinado el producto, entre otras cosas porque seguirán estando enfermos (falta de efectividad real), entonces confundir valor y precio no es algo socialmente deseable. El crecimiento del gasto sanitario y farmacéutico sería compatible con una reducción del **precio** si aumenta el **valor** aportado más que el gasto (5), es decir, sería deseable aumentar el gasto sanitario solo si el valor social supera el coste del medicamento.

Conocer los costes en los que incurre una empresa para a partir de ahí fijar el precio que estamos dispuestos a pagar puede tener más inconvenientes (estructurales y coyunturales) que beneficio, y se correría el riesgo de burocratizar en exceso si, además, se utiliza como referencia el coste que argumenta cada empresa individual. En definitiva probablemente estaríamos gratificando a las más ineficientes.

(1) En referencia a este punto, la mediana de tiempo en exclusiva de nuevos medicamentos (new molecular entity innovativeness – first class, advance in class, addition to class) fue superior a 13 años (3, 4).

Desde hace tiempo se sabe que la estructura de los precios está fuertemente ligada a la elasticidad de la demanda (pacientes). Así, en la medida en la que dicha elasticidad es más reducida, los precios son incrementados en mayor cuantía, y esto lo sabe utilizar bien la Industria Farmacéutica (IF), máxime con grupos de presión, con información a través de muchos canales de las últimas novedades que, aun aportando poco valor terapéutico añadido nos las venden como un gran logro de la industria (panacea), basta darse una vuelta por el Dr. Google, léase Acta Sanitaria (6).

### Ratios Coste-Efectividad/Utilidad incremental

Puede afirmarse que *en la práctica la mayor parte de los nuevos medicamentos introducidos superan los valores umbral de CEI*.

Pero el hecho de que los medicamentos evaluados por el grupo GENESIS supere la mayoría de las veces la ratio coste-efectividad incremental – RCEI (21.000 ó 30.000 euros) se debe sin duda a la poca eficacia/efectividad/utilidad incremental, o sea, al poco valor añadido que ofrecen respecto de la alternativa comparada. Como ocurre con muchos de los tratamientos empleados en los tumores sólidos (7) donde los nuevos esquemas terapéuticos en primera línea producen incrementos en supervivencia global (SG) que oscilan entre 0 y 4,7 meses, dependiendo de la localización del tumor y del comparador, mientras que los RCEI por cada mes de SG adicional oscilaron entre 2.700€ y más de 30.000€.

Estos análisis excesivamente focalizados en la farmacia hospitalaria –una definición de conveniencia– pueden resultar algo cortoplacista, sin visión periférica y centrados más en los impactos presupuestarios que en evaluar el impacto social, dicho lo cual y sin resquicio, son muy buenos análisis que aun pueden mejorar con las nuevas herramientas que pueden aportar los big-data o real world.

Este exceso de costes en RCEI que puede ser un hándicap debemos convertirlo en algo favorable, pues nos podría servir para conocer y **recalcular** cuál debería haber sido el precio del medicamento que no supere el umbral, para evitar el excedente del productor, aunque, como señalan otros autores (8), el hecho de revelar el umbral de disposición a pagar para los medicamentos producirá que la industria tienda a buscar precios en torno al mismo (endogeneización), pero puede servirnos para una vez evaluado el medicamento en el mundo real ajustar el precio al valor terapéutico ofrecido.

Existen argumentos a favor de que los altos precios de los medicamentos (anticancerosos, antiparkinsonianos, antireumáticos), no importa cuán novedoso o cuán bueno sea el fármaco, disminuyen el nivel de incentivos para desarrollar fármacos innovadores, y en cambio animan a los patrocinadores a buscar el desarrollo de medicamentos que proporcionan pocos beneficios adicionales pero lucrativos y de bajo riesgo (9,10).

La aplicación de criterios de racionalidad económica no implica una reducción del gasto sanitario, ni tan siquiera un mayor control en las tasas de crecimiento de éste, pero sí una más correcta asignación de recursos (8).

Un fármaco puede ser innovador, aunque no salve vidas: puede mejorar la calidad de vida autopercibida, aumentar la conveniencia del paciente, mejorar la interacción con otros fármacos, liberar recursos para otros usos, etc. El impacto que tienen los medicamentos sobre la calidad de vida de los pacientes no siempre se percibe en toda su dimensión (a veces por falta real de efectividad del fármaco donde se incluiría los PRMs). Entonces resulta normal las dudas acerca de cómo los medicamentos o las intervenciones terapéuticas realmente inciden en la función de producción de salud, es decir ¿mejora nuestra salud y cuánto?, ¿la utilidad marginal es mayor con las innovaciones terapéuticas?, ¿compensa el precio que pagamos esa ganancia en salud?, ¿sería mejor invertir en cuidados de salud, o en medicamentos?

### Nuevos medicamentos, nuevos desafíos

Como se apuntaba, existen costes que no se contemplan en muchas de las evaluaciones que se realizan, como son los ahorros a los pacientes, familias, aseguradoras, empleadores, gobiernos y hospitales en gastos médicos evitados asociados con mantener a las personas sanas o controlar los factores de riesgo sobre todo en condiciones crónicas (hipertensión, diabetes, artritis, etc.). La realidad no se muestra solo en formato binario. El simple hecho de disminuir la morbilidad de una enfermedad, hace que los sistemas de salud ahorren gastos no solo en tratamientos farmacológicos, sino también respecto a una mejor gestión y prevención de complicaciones más graves de una enfermedad existente.

Ejemplos recientes tenemos, como los nuevos tratamientos empleados en la hepatitis C que han supuesto un verdadero avance en terapéutica, con más del 95% de tasas de curación en práctica clínica habitual (respuesta viral sostenida) (11), y aunque el ahorro en costes aún no se ha evaluado en nuestro país, seguramente evitar un trasplante (con todos los costes que genera) hablará a favor de la buena relación coste-efectividad de estos nuevos medicamentos, amén de un aumento de deseabilidad social. Otro ejemplo, con accesorios sanitarios, pacientes con ostomías digestivas de eliminación y portadores de bolsa que pueden reincorporarse a su puesto de trabajo manteniendo o mejorando incluso su calidad de vida anterior a la cirugía dejando atrás el concepto de “persona ostomizada = persona jubilada” (12).

Así, a las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias (incluyendo los medicamentos) habría que agregar la evaluación basada en el valor (value-based assessment), en la cual se añaden dos nuevas perspectivas: la carga de la enfermedad y los beneficios sociales.

Uno de los métodos más utilizados para medir la carga de la enfermedad es el de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs), medida integradora única de mortalidad e incapacidad debido a una enfermedad o condición patológica particular. Un DALY representa un año perdido de vida sana y la carga de la

enfermedad es una medida de la brecha existente entre el estado de salud actual y una situación ideal en la que todos viven en la vejez libres de enfermedades y discapacidades.

Solo así podemos identificar áreas claves de investigación prioritaria para la innovación farmacéutica con objeto de satisfacer las necesidades de salud pública. Cuanto mayor es la carga de la enfermedad, mayor es el coste de la enfermedad para la sociedad y mayor debería ser la necesidad de investigación (básica, clínica y terapéutica). Muchas enfermedades crónicas no transmisibles contribuyen sustancialmente a la carga de morbilidad (discapacidad y mortalidad – DALYs) tanto en Europa como en el mundo.

### Soluciones (no) traigo

Los datos de una amplia gama de investigaciones empíricas sugieren que los precios de muchos medicamentos contra el cáncer y otras enfermedades son excesivamente altos y que las tendencias actuales de precios son insostenibles. La fijación de precios afecta a pacientes y pagadores en todo el mundo. Dada la complejidad de este tema y sus amplios orígenes, claramente, ninguna solución única será suficiente. En cambio, en el mejor de los casos, podríamos esperar que algunas, o todas las soluciones, que individualmente solo podrían tener un efecto modesto, implementadas juntas tendrán un efecto acumulativo significativo en los precios de los medicamentos.

Una de ellas, que nos parece muy interesante podría ser la utilización de ensayos aleatorizados pragmáticos en el mundo real de estos agentes, datos de los que se obtendrían estimaciones aún mejores de la eficacia en función de costes (13).<sup>2</sup> La aleatorización supera los numerosos desafíos asociados con los datos de observación, incluidos confusión residual y factores de confusión por indicación; ya que la evidencia emergente sugiere que los medicamentos contra el cáncer podrían no funcionar de manera similar en el mundo real como lo hacen en el entorno ideal de los ensayos clínicos (14,15) o que los stents no son tan buenos como los pintan los cardiovasculares (16).

Consideramos que el precio justo de un medicamento solo debe venir marcado por el valor terapéutico añadido. Fijar un precio adecuado cuando estamos sometidos, en ocasiones, a la presencia de grupos de presión puede alterar en cierta medida este planteamiento, conduciendo a una solución burocrática de compromiso (votos). Ejemplos hemos tenido recientemente. Además, el alto grado de financiación pública en nuestro país, da lugar a que tanto el prescriptor como el consumidor sean muy insensibles a los precios cuando toman sus decisiones de utilización.

Creemos que la única opción insostenible es el **statu quo**. Parece claramente preferible el trato, antes que más trucos.

- (1) Puigventós Latorre F, López Briz E, Fraga Fuentes MD. Susto o muerte: ¿cuál es el precio justo de los medicamentos? *Gest Clin Sanit* 2017.
- (2) Rovira Forns J. Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control. *Salud Colectiva* 2015;11(1):35-48.
- (3) Wang B, Liu J, Kesselheim AS. Variations in time of market exclusivity among top-selling prescription drugs in the United States. *JAMA Intern*. 2015;175(4):635-7.
- (4) Lexchin J. Market exclusivity time for top-selling originator drugs in Canada: a cohort study. *Value in Health* 2017;20(8):1139-42.
- (5) Puig-Junoy J. (2002). Gasto farmacéutico público. En: Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Ed. Jaume Puig-Junoy. Masson S.A. Barcelona.
- (6) Gilead cierra el círculo en hepatitis C con un nuevo lanzamiento y una ampliación de indicación. *Acta Sanitaria* 2 de Nov de 2017. <http://www.actasanitaria.com/gilead-novedad-hepatitis-c/>
- (7) Oyagüez I, Frías C, Seguí MÁ, Gómez-Barrera M, Casado MÁ, Queralt Gorgas M. Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farm Hosp*. 2013 May-Jun;37(3):240-59.
- (8) Hidalgo-Vega A. Más allá del análisis coste-efectividad. Precios basados en el valor y financiación orientada a resultados como vía de sostenibilidad para el SNS en España. *Glob Reg Health Technol Assess* 2017;4(1):e60-e64.
- (9) Fojo T., Mailankody S. & Lo A. Unintended consequences of expensive cancer therapeutics – the pursuit of marginal indications and a me-too mentality that stifles innovation and creativity: the John Conley Lecture. *JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2014;140,1225-36.
- (10) Peters EKW, Kaufman, A Meilleur, L. & Dixon A. More is not always better: intuitions about effective public policy can lead to unintended consequences. *Soc. Issues Policy Rev*. 2013;7:114-48.
- (11) Pinazo L (2017). Experiencia en práctica clínica real de los nuevos antivirales de acción directa en hepatitis crónica C. Tesis Doctoral. Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga.
- (12) Montesinos Gálvez AC (2017). Estudio sobre la incorporación a la vida laboral en el paciente ostomizado. Tesis Doctoral. Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga.
- (13) Grieve, R. et al. Cancer Drugs Fund requires further reform. *BMJ* 354, i5090 (2016).
- (14) Sanoff, H. K. et al. Sorafenib effectiveness in advanced hepatocellular carcinoma. *Oncologist* 2016;21,1113-20.
- (15) Mailankody, S. & Prasad, V. Overall survival in cancer drug trials as a new surrogate end point for overall survival in the real world. *JAMA Oncol*. 2016. <https://dx.doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.5296> (2016).
- (16) Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2017. Published Online November 2, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32714-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32714-9).
- (17) Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 16;2:MR000033. doi:10.1002/14651858.MR000033.pub3.

(2) En una reciente revisión Cochrane se investigó las diferencias entre estudios patrocinados por la IF y otras fuentes de patrocinio. Los estudios patrocinados por la IF con más frecuencia tuvieron resultados de eficacia favorables, RR: 1,27, 1,37 y 1,34, según la calidad de la evidencia aportada. Pero no encontraron diferencias en el riesgo de sesgo a partir de la generación de la secuencia, la ocultación de la asignación, el seguimiento y el informe de resultados selectivos (17).

## Las inversiones en salud pública se muestran socialmente deseables y económicamente eficientes

Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S.

Returns on investment of public Health interventions: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. Published Online First: 29 March 2017. Doi:10.1136/jech-2016-208141.

### Contexto y objetivo

La reciente crisis económica ha agravado las presiones que sobre el gasto público social, incluido el sanitario, ya ejercen desde hace años los cambios demográficos y tecnológicos, así como otros fenómenos estructurales, en los países desarrollados. En el contexto de austeridad, las intervenciones en salud pública, cuyos beneficios suelen darse a nivel poblacional y a largo plazo, han sido diana fácil para los recortes. Para permitir el debate informado sobre la rentabilidad de las inversiones en salud pública, los autores realizan una revisión sistemática de los estudios que estiman el retorno de la inversión (ROI) y el Ratio Coste-Beneficio (RCB) de este tipo de intervenciones. Su objetivo final es desmontar la falsa creencia que los recortes en salud pública generan importantes ahorros para las arcas públicas.

### Método

Búsqueda bibliográfica en PubMed, Medline, Scopus, Cinahl, Cochrane, PsycInfo y Amed utilizando como términos de búsqueda "salud pública", "rendimiento de inversión" o "análisis coste-beneficio". Se han detectado 2.957 trabajos potencialmente relevantes. Tras eliminar duplicaciones y artículos que no cumplían los criterios de inclusión se han seleccionado 52 estudios que calculan el ROI o el RCB de intervenciones en salud pública. Los resultados se presentan agrupados por tipo de intervención y por nivel de actuación (local o nacional).

### Resultados

Los valores medianos del RCB y del ROI, basados en la totalidad de los estudios revisados, son 8,3 y 14,3, respectivamente. Para entenderlo mejor, un ROI de 14 significa que cada libra invertida en salud pública, ahorra unas 14 libras en gasto futuro en servicios sanitarios y sociales (descontando el coste de la inversión). Como era de esperar, las intervenciones en salud pública proporcionan ahorros de costes sustanciales, especialmente en comparación con las inversiones en atención sanitaria. Las iniciativas legislativas y las de protección de la salud a nivel nacional presentan los mayores retornos de la inversión. El retorno de las inversiones en diferentes tipos de intervenciones de salud pública varía, pero en todos los casos es alto y positivo.

### Conclusiones

Los autores concluyen que aplicar recortes en salud pública no es una buena idea, ya que no genera un ahorro real para el presupuesto público y, a largo plazo, puede estar relacionado con un incremento sustancial del gasto sanitario público y podría imponer elevados costes adicionales a la economía en general.

Financiación: Cookson recibió ayuda del National Institute for Health Research.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: Rebecca.Mason@nhs.net

### COMENTARIO

Justificar las inversiones en salud pública todavía requiere muchos esfuerzos, mayores que los necesarios para promover intervenciones en otros sectores como el sanitario, el social o el de la educación, aún más en periodos de austeridad económica que requieren fuertes reducciones en el gasto público. Y eso no nos sorprende, ya que las intervenciones en salud pública son empresas complejas por muchas razones (1). La mayoría de ellas establecen objetivos a largo plazo con impactos difusos, intangibles y de carácter multisectorial. Tampoco es fácil precisar sus posibles efectos adversos o las externalidades que generan. Hablar de causalidad en el sentido de atribuir impacto observado a determinadas intervenciones, por tanto, no resulta tarea fácil. Sin embargo, a pesar de constituir un reto importante (por la dificultad de identificar los impactos, de medirlos y/o de cuantificarlos), es cada vez más necesario evaluar los complejos programas de salud pública, y utilizar indicadores como el ROI, no solo para defender estas intervenciones, sino también para tomar decisiones de política y de distribución de los recursos públicos escasos. De hecho, el NICE inglés, al que consideramos un referente en el ámbito de la evaluación de políticas, lo hace (2).

Por tanto, esta revisión sistemática es muy oportuna y el mensaje principal que los autores quieren enviar, "invertir en salud pública no es ninguna tontería y los recortes en este ámbito pueden costarnos muy caro en el futuro", convence. Sin embargo, el estudio tiene deficiencias que deben considerarse. Así, el método seguido para la revisión contiene elementos vagamente discutidos, como por ejemplo los criterios de inclusión y exclusión utilizados, los países donde se han desarrollado los programas o el horizonte temporal, así como el gran componente subjetivo y la no justificación de la selección final o de la agrupación de las intervenciones de salud pública en "tipos". A pesar de estas "taras", fácilmente corregibles después de una concienzuda revisión por parte de los revisores de la revista, el mensaje que se quiere hacer llegar no se deduce directamente de los resultados del análisis, ya que estos no demuestran que haya habido una desinversión en salud pública en los países incluidos en el análisis. Con todo, la mayor aportación de este trabajo es el ofrecer un punto de referencia útil para la toma de decisiones en el ámbito de las políticas de salud pública. Además debería servir para despertar el interés del público en general, los decisores políticos y la comunidad científica sobre el tema.

### Alexandrina Stoyanova

Universitat de Barcelona, Departament d'Economia.

(1) Shiell A, Hawe P, Gold GL. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ* 2008;336(7656):1281-1283.

(2) NICE. Supporting Investment in Public Health: Review of Methods for Assessing Cost Effectiveness, Cost Impact and Return on Investment. Proof of Concept Report. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, UK 2011.

## La prescripción de actividad física muestra un adecuado equilibrio coste-utilidad

Sanz-Guinea A, Espinosa M, Grandes G, Sánchez A, Martínez C, Pombo H, et al.

Efficiency of "Prescribe Vida Saludable", a health promotion innovation. Pilot phase.

Gac Sanit 2017;31(5):404-9.

### Objetivo

Estimar el equilibrio coste-efectividad y coste-utilidad de una innovación organizacional para la prescripción de actividad física en comparación con la práctica clínica habitual en atención primaria.

### Métodos

Se llevó a cabo una evaluación económica del pilotaje cuasi-experimental del programa "Prescribe Vida Saludable" (PVS). Participaron un total de 8 centros de salud del País Vasco, cuatro correspondieron al grupo control con 194 pacientes y cuatro al grupo intervención con un total de 122 pacientes con una captación sistemática. Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 10 y 65 años que no cumplieran con las recomendaciones mínimas de actividad física recomendada. El grupo intervención recibió un plan personalizado de prescripción de actividad física. Ambos grupos fueron evaluados al inicio y 3 meses después para determinar el coste, la efectividad y la utilidad del programa.

Los costos se evaluaron con la metodología *bottom-up* en los centros de intervención, asumiendo que en el grupo control no hubo costos al no implementarse el programa PVS. La metodología *bottom-up* transformó los recursos utilizados por cada centro (número de consultas de valoración, asesoramiento y prescripción de actividad física) en unidades monetarias a través del coste unitario de intervención profesional (€/minuto), la dedicación de cada profesional a cada intervención y el tiempo dedicado a cada intervención. La eficacia se midió mediante una comparación de los cambios en la actividad física usando el cuestionario de *7-Day Physical Activity Recall*. La eficacia incremental se calculó sobre la diferencia entre la proporción de pacientes que modificaron los hábitos, entre los

centros de intervención y de control. La utilidad se evaluó a través de los resultados del cuestionario *Medical Outcomes Trust SF-12*, el índice de utilidad (*SF-6D*), y con los resultados del *SF-6D* se calculan los años de vida ajustados a la calidad (AVAC). Se calculó la razón de coste-utilidad incremental y la razón de coste-efectividad incremental, y se realizó el análisis de sensibilidad con *bootstrapping* con 1.000 repeticiones.

### Resultados

A los 3 meses de intervención, se obtuvo información del 35% de los casos control y de un 62% de los casos con intervención. El coste unitario de las consultas fue de 2,88€ en las valoraciones, de 9,40€ en los consejos, y de 13,91€ en la prescripción. La ratio coste-utilidad incremental fue de 1.234,66€ por año de vida ajustado por calidad (AVAC) y la ratio coste-efectividad incremental fue de 4,12€. Se encontraron diferencias significativas en la utilidad ajustada ( $p = 0,0310$ ) y en el coste ( $p < 0,0001$ ) entre los grupos control e intervención. En un 98,3% de las simulaciones la relación coste-utilidad incremental estuvo por debajo del umbral de 30.000 euros/AVAC, por lo que cumplían el criterio de aceptabilidad.

### Conclusión

La innovación de PVS en la prescripción de actividad física desde atención primaria muestra un equilibrio coste-utilidad aceptable, suponiendo un método costo-efectivo de promoción de ejercicio físico saludable.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III y European Regional Development Fund.

Conflictos de interés: Declaran no tener.

Correspondencia: [asanzguinea@gmail.com](mailto:asanzguinea@gmail.com)

### COMENTARIO

La prescripción de vida saludable por parte de los profesionales de salud ha sido y es una herramienta ampliamente utilizada en todos los niveles de la atención, pero cobra un importante valor a nivel poblacional. La prescripción de hábitos de vida saludable no suele ser evaluada, algunos ejemplos de estudios son PREDIMED (1) sobre el efecto de la dieta mediterránea en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, o el ensayo PREDIMED PLUS (2) en el que se evalúa el efecto de una intervención intensiva con objetivos de pérdida de peso, basada en el consumo de dieta mediterránea hipocalórica, promoción de actividad física y terapia conductual. Ambos carecen de una evaluación económica, por lo que el comentario aporta una visión más completa.

La realización de esta prescripción requiere un esfuerzo profesional y organizacional, por lo que el mayor problema para su implantación puede no ser su coste o dificultad, sino una insuficiente consciencia entre los profesionales. A pesar de las limitaciones del estudio apuntadas por los autores –un número elevado de pérdidas en el seguimiento y un seguimiento muy corto– este proyecto puede ser aplicable en cual-

quier contexto de gestión/atención sanitaria de España con una planificación adecuada, aunque exista transferencia de competencias a las autonomías. Puede ser necesario un aumento de profesionales para equiparar la misma cantidad de pacientes por profesional y el coste por minuto de cada profesional. Pero destaca que el estudio está realizado en un entorno real, los centros de salud, y por profesionales de los centros, sin necesidad de emplear recursos humanos o materiales externos a estos.

### María Ángeles Vázquez Sánchez

Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

(1) Rosique-Esteban N, Díaz-López A, Martínez-González MA, Corella D, Goday A, Martínez JA, et al. Leisure-time physical activity, sedentary behaviors, sleep, and cardiometabolic risk factors at baseline in the PREDIMED-PLUS intervention trial: A cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2017 Mar 8;12(3):e0172253. doi:10.1371/journal.pone.0172253. eCollection 2017.

(2) Becerra-Tomás N, Díaz-López A, Rosique-Esteban N, Ros E, Buil-Cosiales P, Corella D, et al. Legume consumption is inversely associated with type 2 diabetes incidence in adults: A prospective assessment from the PREDIMED study. *Clin Nutr*. 2017 Mar 24. doi:10.1016/j.clnu.2017.03.015

## Análisis coste-utilidad de la teledermatología. La perspectiva del financiador vs la social

Datta S, Warshaw E, Edison K, Kapur K, Thottapurathu L, Moritz T et al.

**Cost and Utility Analysis of a Store-and-Forward Tele dermatology Referral System. JAMA Dermatology. 2015;151(12):1323.**

### Objetivo

Analizar el coste utilidad de la implantación de un sistema de derivación basada en teledermatología diferida comparando con el sistema convencional desde la perspectiva del financiador (Veterans Administration-VA) y desde una perspectiva social.

### Método

Ensayo clínico aleatorizado cuyos pacientes eran veteranos del ejército estadounidense con cobertura por parte del VA que cumplieron los criterios de inclusión: ser derivados desde una consulta de atención primaria sin posibilidad de dermatología presencial, presentar lesión única en área anatómica y fotografiable. Se aleatorizaron dos grupos de pacientes, uno que recibiría la consulta de teledermatología y el grupo control que sería valorado según derivación física a dermatología, se analizaron los costes incurridos en los 9 meses de seguimiento del estudio y como medida de efectividad se utilizó el método de intercambio de tiempo. El estudio se llevó a cabo desde diciembre de 2008 hasta junio de 2010.

Para el análisis de los costes desde la perspectiva del financiador se tuvieron en cuenta los costes derivados de la derivación a teledermatología, los costes de la derivación y la revisión en la consulta física de dermatología, la medicación dermatológica prescrita y las hospitalizaciones relacionadas con patología dermatológica. Para el análisis de costes desde la perspectiva social se añadieron los costes derivados del desplazamiento de los pacientes para valoración dermatológica y los costes de la pérdida de productividad por la asistencia a la consulta médica. La utilidad fue medida según el intercambio de tiempo a la respuesta *¿si pudiera elegir entre vivir 20 años con su patología dermatológica actual o 19 años en perfecto estado de salud, cual elegiría?*

### Resultados

Se consideraron trescientos noventa y un pacientes de los 1.163 evaluados en el ensayo clínico. En el análisis se incluyeron los costes incurridos por los participantes (196 en el grupo de derivación convencional y 195 en el grupo de teledermatológico). Los participantes del grupo de derivación convencional tuvieron 303 consultas dermatológicas (coste medio 45.353\$) y en el grupo de teledermatología 214 visitas dermatológicas (con un coste medio de 32.032\$)

El grupo de teledermatología incurrió en menores costes por paciente en comparación con el grupo de derivación convencional desde la perspectiva del financiador (sin existir diferencia estadísticamente significativa) y desde la perspectiva social (existiendo diferencias estadísticamente significativas). Los participantes en el grupo derivación convencional tuvieron un coste de 338\$ mientras que los del grupo teledermatología fue de 291\$. El cuanto a la utilidad, las diferencias no fueron significativas entre grupos.

### Conclusión

Se puede afirmar que la teledermatología es comparable en costes con la derivación convencional desde el punto de vista del financiador, y más barata que la derivación convencional desde el punto de vista social. No existieron diferencias en utilidad entre los dos grupos aleatorizados.

*Financiación: El ensayo clínico fue financiado con fondos de la Veterans Administration. Conflicto de intereses: Declaran ingresos por ventas como editores de Teledermatology: A User's Guide.*

*Correspondencia: john.whited@va.gov*

### COMENTARIO

El ensayo clínico sobre el análisis de coste utilidad de la teledermatología como sistema de derivación supone el primer estudio controlado en un sistema de financiación público en Estados Unidos. En España existen estudios de coste-efectividad que arrojan resultados similares en cuanto a la variabilidad del coste-efectividad de la teledermatología vs la derivación convencional dependiendo de la perspectiva con la que se diseñe el estudio (1).

Los sistemas de teledermatología están implantándose progresivamente en los sistemas sanitarios como medida de reducción de tiempos de espera hasta la valoración especializada, como respuesta al aumento constante de la demanda de valoración especializada. El análisis de coste utilidad se presenta como una herramienta esencial a la hora de la toma de decisiones de implementar o no nuevas tecnologías sanitarias.

Desde una perspectiva del financiador la teledermatología resulta igual en coste-efectividad que la derivación habitual. Por ello desde la sanidad privada puede que no resulta una herramienta atractiva de implementar actualmente dado los costes directos de implantación de dichos sistemas. Desde una perspectiva social, donde si se tienen en

cuenta aspectos como los costes en desplazamientos y la pérdida de productividad, si podría ser un sistema coste-efectivo para implementar en un sistema sanitario público donde exista una gran dispersión geográfica de pacientes.

Desde el punto de vista del sistema sanitario público, en áreas rurales, como la Serranía de Ronda y la Axarquía en Andalucía, los costes de la teledermatología por paciente serían menores que las derivaciones convencionales, permitiendo a estos pacientes obtener una rápida valoración dermatológica sin necesidad de desplazarse.

Existen actualmente sistemas de teledermatología en centros de salud urbanos con el fin de reducir los tiempos de valoración especializada. Estudios como este pueden ayudar a la toma de decisiones sobre nuevas aplicaciones de tecnologías emergentes así como una comparación en términos de coste-utilidad con la práctica habitual.

### José Coronado García

Alumno del Máster de Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

(1) Moreno-Ramírez D, Ferrándiz L, Ruiz-de-Casas A, Nieto-García A, Moreno-Álvarez P, Galdeano R, et al. Economic evaluation of a store-and-forward tele dermatology system for skin cancer patients. J Telemed Telecare. 2009;15(1):40-45.

## En sujetos con fibrilación auricular tratados en España, apixaban, dabigatran y rivaroxaban son coste eficaces

Monreal-Bosch M, Soulard S, Crespo C, Brand S, Kansal A.

Comparison of the cost-utility of direct oral anticoagulants for the prevention of stroke in patients with atrial fibrillation in Spain. *Rev Neurol.* 2017;64(6):247-256.

### Objetivo

Comparar el coste-utilidad de dabigatran, apixaban y rivaroxaban entre ellos y frente al de los antivitamina K en España, en la prevención del ictus isquémico en sujetos con fibrilación auricular.

### Tipo de estudio

Evaluación económica completa del tipo coste-utilidad. En ella se analizaron costes y efectividad de tres anticoagulantes orales directos (ACOD) entre sí y con respecto a acenocumarol. Los ACOD analizados fueron dabigatran, apixaban y rivaroxaban. Los datos de costes procedían de referencias nacionales. Los resultados de eficacia y seguridad fueron extraídos de los estudios pivotaes de los tres ACOD. En eficacia y seguridad se incluyeron la presencia de ictus isquémico, embolia sistémica, hemorragia intracraneal, hemorragia extracraneal grave, accidente cerebrovascular transitorio, hemorragia leve e infarto agudo de miocardio. Se asumió que son poblaciones similares a la del entorno español, sin indicar el medio por el que se fijó esta asunción. Las tasas de discontinuación y discapacidad proceden del estudio pivotal de dabigatran y se extrapolaron al resto.

Utilizó el modelo de Markov, planteando 36 escenarios donde se incluyeron distintas combinaciones de tratamientos (primera línea, segunda línea y discontinuación permanente), discapacidad (3 grados) y antecedentes de isquemia previa (sin ella, con ictus, infarto de miocardio). La perspectiva fue la del financiador. El horizonte temporal fue toda la vida de los sujetos, con una edad máxima de 100 años. Se planteó una tasa de descuento anual del 3%. Se hizo análisis de sensibilidad en base a horizonte temporal, costes de seguimiento, cambios en los precios de los fármacos, valores de utilidad alternativos, tasas de discontinuación y de discapacidad después de un evento.

### Resultados

Como consecuencia de los eventos clínicos, el dabigatran mostró la cifra mayor de años de vida y de AVAC por paciente (10,99 y 8,40, respectivamente), seguido del apixaban (10,92 y 8,33, respectivamente) y del rivaroxaban (10,76 y 8,15, respectivamente). El acenocumarol fue el fármaco que mostró las cifras menores (10,64 y 8,03, respectivamente). El acenocumarol se asoció a costes más elevados asociados a eventos clínicos y seguimiento, compensados por la diferencia en los costes farmacológicos. Los pacientes que recibieron acenocumarol incurrieron en el menor coste total (22.230€ frente a 24.564€ del dabigatran, 24.655€ del apixaban y 25.900€ rivaroxaban). Los tres ACOD son coste efectivos, con un ratio coste-utilidad incremental respecto a acenocumarol de 6.397, 8.039 y 29.957€ para el dabigatran, el apixaban y el rivaroxaban, respectivamente.

### Conclusión

Acenocumarol, dabigatran, apixaban y dabigatran son coste-efectivos en la prevención del ictus isquémico en sujetos con fibrilación auricular tratados en España. Acenocumarol es el de mejor ratio coste-utilidad con disponibilidad a pagar menos de 6.000€/AVAC. Con disponibilidad a pagar mayor de este límite, dabigatran es el que presenta un mejor ratio coste-utilidad, seguido de apixaban.

*Financiación:* Estudio financiado por Boehringer Ingelheim España.

*Conflicto de intereses:* Dos autores son empleados de Boehringer Ingelheim España. Los demás han sido retribuidos por Boehringer Ingelheim España por su participación en la adaptación del modelo al entorno español, y en la redacción y revisión del manuscrito.

*Correspondencia:* stephane.soulard@boehringer-ingelheim.com

### COMENTARIO

La descripción del coste efectividad de los ACOD evaluados y acenocumarol en la prevención del ictus isquémico en sujetos con fibrilación auricular en nuestro medio resulta del máximo interés porque existen comparaciones en España entre cada uno de ellos y acenocumarol pero no entre ellos. Estas comparaciones son básicas dado que en las guías internacionales del tratamiento de la fibrilación auricular sitúan a los ACOD como fármacos de elección respecto a los antivitaminas K (1).

El estudio ayuda a definir el coste utilidad incremental de cada fármaco y con ello ayuda a planificar la introducción de los ACOD en el mercado para esta indicación. No obstante, pese a su interés, existen algunos aspectos metodológicos a tener en cuenta respecto a sus resultados. El principal es que se basa en comparaciones indirectas de la población española con la de los ensayos pivotaes de los ACOD, sin indicar cómo se establece esa comparación. Por otro lado, asume el mismo número de discontinuaciones y discapacidad en los sujetos tratados con rivaroxaban, apixaban y acenocumarol que los del estudio pivotal del dabigatran. Argumentan que estos datos no están disponi-

bles. No obstante se ha constatado que la discontinuación y eventos secundarios a ella están descritos en los pivotaes de rivaroxaban (2) y apixaban (3). Finalmente, si lo comparamos con otros estudios el coste utilidad incremental resulta bajo pese a comparar costes y variables de eficacia similares (4).

### Eva Mingot Castellano

Alumna Máster Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

(1) Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. ESC Committee for Practice Guidelines. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation –developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace* 2012;14:1385-413.

(2) Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-91.

(3) Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365(11):981-92.

(4) Cowper PA, Sheng S, Lopes RD, Anstrom KJ, Stafford JA, Davidson-Ray L, et al. Economic Analysis of Apixaban Therapy for Patients With Atrial Fibrillation From a US Perspective: Results From the ARISTOTLE Randomized Clinica.

## Investigación sobre programas de salud. Es posible y publicable, aunque sea en contra

Corbacho B, Bell K, Stamuli E, Richardson G, Ronaldson S, Hood K, et al.

**Cost-effectiveness of the Family Nurse Partnership (FNP) programme in England: Evidence from the building blocks trial. J Eval Clin Pract. 2017;1-8. doi:10.1111/jep.12799.**

### Objetivo

Evaluar la eficiencia económica, en el marco de un ensayo clínico, de un programa de enfermería denominado FNP (*Family Nurse Programme*), puesto en marcha por el Departamento de Salud de Inglaterra por primera vez en 2006 y transferido a las autoridades locales en 2015.

### Método

El programa básicamente consiste en visitas domiciliarias preventivas para adolescentes embarazadas o madres jóvenes primerizas, que se añade al control habitual de dichas gestantes. La falta de evidencia sobre este programa hizo plantear el ensayo clínico, que no encontró diferencias significativas frente a la atención habitual en las cuatro variables principales analizadas: cesación tabáquica, peso al nacer, segundo embarazo en dos años, consultas e ingresos hospitalarios (1).

En el presente trabajo realizaron un análisis coste-utilidad desde la perspectiva del sistema de salud siguiendo las directrices del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), considerando la ganancia en AVAC como variable principal de resultado, comparando el programa con la atención habitual. Usaron el cuestionario EuroQol 5D-3L para obtener la calidad de vida relacionada con la salud, una tasa de descuento anual del 3,5% y datos de 1.568 participantes.

El coste medio de la intervención fue de 1.812 libras más por paciente frente a la atención estándar, con una ganancia de 0,0036 AVAC. La probabilidad de que el programa sea eficiente bajo la disponibilidad a pagar de 20.000 libras por AVAC resultó inferior al 20%, siendo robustos los resultados según los análisis de sensibilidad utilizados.

### Resultados

Se concluye que con la ganancia marginal en AVAC encontrada y los recursos empleados, el programa no se considera una intervención eficiente.

### Conclusión

Financiación: Department of Health Policy Research.  
Conflicto de intereses: No declaran ninguno.  
Correspondencia: belen.corbacho@york.ac.uk

## COMENTARIO

Es sabido que es necesaria la evaluación de los programas de salud. Aunque suele ser más frecuente encontrar evaluaciones sobre medicamentos y otras tecnologías en salud, los programas y propuestas organizativas también deben evaluarse. No siempre son fáciles de realizar estas evaluaciones dados los limitados medios con los que cuentan las entidades responsables de ponerlos en marcha. Por tanto las lecciones de este trabajo exceden su concreto análisis.

Por un lado muestra que, con una planificación suficiente, se pueden ir aportando datos y evidencias sobre experiencias concretas de programas de salud conforme se están implantando. En este caso se citan dos trabajos con resultados del programa piloto en 2008 y 2009; otro estudio sobre la implementación en 2011 y el protocolo del ensayo completo en 2013, contribuyendo así a la transparencia y a la cultura evaluativa.

Por otro lado, es interesante leer esta evaluación económica de buena calidad que se diseñó ya dentro del ensayo clínico en que se enmarca, que aunque no obtuvo mejoras significativas en las variables principales y sólo algunas mejoras en variables secundarias (1), planeó también analizar la calidad de vida autopercebida por las participantes, siendo utilizada para obtener los AVAC. Los autores reconocen entre

las limitaciones la posible falta de sensibilidad del instrumento de medida, el EuroQol 5D-3L para detectar las posibles mejoras que puede ofrecer el programa, así como el probable beneficio para los recién nacidos no recogido. También reconocen el corto plazo usado para medir el impacto del programa (2 años), que es posible puede presentar beneficios más interesantes a largo plazo, especialmente en los recién nacidos, como suele ser habitual en programas de carácter preventivo.

El análisis coste-utilidad realizado permite afirmar que no puede recomendarse la continuación del programa FNP y sugiere invertir los recursos en intervenciones alternativas que potencialmente podrían ofrecer mayores ganancias en salud. Estamos así ante una decisión de posible desinversión o, al menos, de reasignación de recursos.

### Sergio Márquez

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Sevilla.

(1) Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2016 Jan 9;387(10014):146-55.

## La eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español

Carmen Pérez-Romero; M. Isabel Ortega-Díaz; Ricardo Ocaña-Riola y José Jesús Martín-Martín.

**Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español.**

**Gac Sanit. 2017;31(2):108-115**

### Objetivo

Analizar la eficiencia técnica y la productividad de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español (2010-2012) e identificar variables hospitalarias y regionales explicativas.

### Método

Se estudian 230 hospitales del SNS mediante análisis envolvente de datos midiendo la eficiencia técnica global, pura, de escala, y el índice de Malmquist. La robustez del análisis se evalúa con modelos input-output alternativos. Se emplean modelos multinivel lineales transversales de efectos fijos para analizar las variables explicativas de eficiencia.

### Resultados

El índice medio de eficiencia técnica global (ETG) es de 0,736 en 2012, con una importante variabilidad por comunidades autónomas. El índice de Malmquist (2010-2012) es de 1,013. Un 23% de la variabilidad en ETG es atribuible a la comunidad autónoma. Las variables exógenas estadísticamente significativas (residentes por cada 100 facultativos, índice de envejecimiento, renta media anual por hogar, gasto en servicios públi-

cos fundamentales y gasto público sanitario per cápita) explican el 42% de la variabilidad de ETG entre hospitales y el 64% entre comunidades autónomas. El número de residentes es estadísticamente significativo. En todas las comunidades autónomas existe una relación lineal directa significativa entre la ETG y la renta anual per cápita y el gasto en servicios públicos fundamentales, e indirecta con el índice de envejecimiento y el gasto público sanitario per cápita.

### Conclusiones

El estudio señala y cuantifica por primera vez la importancia de las características sociodemográficas y de las políticas de gasto público regional para explicar la eficiencia del hospital, ampliando la perspectiva política de análisis desde la que abordar la mejora de los hospitales. Futuras líneas de investigación son el análisis de las diferencias de eficiencia por tipo jurídico y organizativo, así como una profundización en las variables explicativas de ámbito hospitalario y de comunidad autónoma.

*Financiación: Ninguna.*

*Conflictos de intereses: Ninguno.*

*Comentario: iortega@ujaen.es*

### COMENTARIO

En salud, aunque conozcamos las variables explicativas del gasto, no siempre aplicamos racionalidad para contribuir a la eficiencia y sostenibilidad. Existe preocupación por la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista económico como de la ética, y en este sentido se orienta este trabajo, cuyo objetivo es analizar la eficiencia técnica y la productividad de hospitales e identificar variables explicativas. Hay que diferenciar claramente eficiencia de recortes. Como afirma Repullo (1), "Es necesario cambiar la senda de recortes lineales, acelerados y radicales, y restaurar consensos políticos e institucionales, enfatizar el trabajo en gestión clínica y la desinversión de servicios inapropiados, y crear los marcos de buen gobierno e innovación organizativa que den soporte a estas reformas estructurales".

En la producción de servicios intervienen múltiples inputs y outputs que definen su eficiencia, sin embargo, la evidencia muestra que los modelos organizativos y sus determinantes pueden anularse, si la decisión política no los aplica, primando sobre las razones técnicas las emociones que puedan generar en la ciudadanía dichas decisiones.

Las experiencias más destacadas, en mejora de eficiencia en hospitales y AP, abordan fórmulas reorganizativas como integración de niveles/servicios y convergencias de centros, mal llamadas fusiones. Sabemos que en salud sumar experiencia, tecnología y conocimiento no es recortar o cerrar centros, sino ganar en casuística, excelencia profesional y eficiencia.

La metodología e instrumentos de medida utilizados en este trabajo es similar a la utilizada en otros como el de Cordero y Nuño "Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria en el País Vasco" (2). En ambos los resultados apuntan que las mejoras no siempre están relacionadas con la organización, sino más bien con factores supra organizacionales, fundamentalmente poblacionales o de salud global. Recientemente hemos vivido experiencias reorganizativas de servicios sanitarios, donde la presión social ha sido la que ha determinado la voluntad política para decidir el modelo de una comunidad. La discusión por tanto en torno a la eficiencia de organizaciones sanitarias, debería trascender a otros determinantes completando los estudiados en este trabajo, porque a la hora de la verdad, son los que más pesan en el diseño de políticas sanitarias para optimizar los recursos públicos.

### Manuel Bayona García

Ex Director Gerente del Complejo Hospitalario Granada.

(1) Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit 2014;28 Supl 1:1-6 - Vol. 28.doi:10.1016/j.gaceta.2014.03.011.

(2) Cordero JM, Nuño-Solinís R, Orueta J, Polo C, del Río-Cámara M y Alonso-Morán E. Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. Gac Sanit. 2016;30(2):104-109.

## Precios de referencia a la americana

Robinson JC, Whaley CM, Brown TT.

Association of Reference Pricing with Drug Selection and Spending. *N Engl J Med.* 2017;377:658-65.

### Contexto

En Estados Unidos, los precios de los medicamentos terapéuticamente similares varían mucho de unos a otros, por este motivo las aseguradoras tanto públicas como privadas realizan estrategias dirigidas a los pacientes para que consuman los de menor precio. Calculan un precio de referencia y se establece la aportación que hará tanto la aseguradora como el usuario siempre que se consuma un medicamento por debajo de ese precio de referencia.

### Objetivo y método

Se utilizó un método de regresión para analizar los cambios en las prescripciones y precios de 1.302 medicamentos de 78 clases terapéuticas antes y después de la implementación de precios de referencia en una aseguradora de trabajadores del ámbito privado. El estudio incluía 1.122.741 prescripciones que fueron reembolsadas durante el período 2010-2014.

### Resultados

La implementación de los precios de referencia se asoció a un alto porcentaje de prescripciones con respecto a un grupo comparador. Durante los pri-

meros 18 meses tras la implementación hubo una reducción de 1,34 millones correspondientes a las aseguradoras, mientras que los trabajadores realizaron un copago de 0,12 millones más que el grupo comparador.

### Conclusiones

Bajo los precios de referencia la aseguradora establece un pago máximo para los medicamentos, que es igual al precio más bajo de la clase terapéutica. Aquellos pacientes que utilicen medicamentos por encima del precio de referencia deben pagar la diferencia a menos que haya excepciones clínicas que indiquen el uso de un medicamento concreto. La implementación de precios de referencia fue asociada a cambios significativos en la elección de medicamentos a la hora de prescribir para los trabajadores asegurados en USA en la Agencia de Cuidados de la Salud, Investigación y Calidad de la Fundación Genentech.

Financiación: Agency for Healthcare Research and Quality y Genentech Foundation.  
Correspondencia: james.robinson@berkeley.edu

## COMENTARIO

El sistema sanitario estadounidense en estos momentos tiene muy poco que ver con los europeos, básicamente porque la mayor parte de la cobertura sanitaria está en manos privadas a través de empresas dedicadas a la gestión de la atención sanitaria (*managed care*). Las PBM (*Pharmaceutical Benefit Management*) son empresas especializadas en la obtención de beneficios a través de la gestión farmacéutica. Los beneficios de las PBM son mayores cuanto menor es el precio de los medicamentos.

La situación en España es bien conocida. Distintos gobiernos han venido adoptando, desde hace ya tiempo medidas de diverso calado al objeto de asegurar la sostenibilidad de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Esta tendencia se vio agudizada con la entrada en vigor de las medidas introducidas por el Real Decreto-ley 4/2010, el Real Decreto-ley 8/2010 y el Real Decreto-ley 9/2011.

A estos se unió el Real Decreto-ley 16/2012 (1), que lleva a cabo una auténtica "reforma estructural" del Sistema Nacional de Salud y, en particular, de la prestación farmacéutica, mediante el establecimiento de una nueva política relativa a las decisiones de financiación y la intervención de precios y la introducción de importantes modificaciones en el sistema de aportación por parte del usuario. La reforma también modifica, nuevamente, las reglas relativas a la prescripción y dispensación de medicamentos. La prescripción de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia o de agrupaciones homogéneas continuará realizándose, con carácter general, por principio activo, excepto para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad del tratamiento. El farmacéutico se encuentra obligado a dispensar el medicamento de precio más bajo de su agrupación homogénea. Es este último concepto –el de agrupación

homogénea– el elemento sobre el que gira el actual sistema de precios en nuestro país (la relevancia del sistema de precios de referencia es actualmente residual).

España ya tiene uno de los precios de los fármacos más bajos de toda Europa. En concreto, el coste medio de los medicamentos dispensados en nuestras farmacias es el sexto más bajo de los 19 países de la zona euro. A España sólo le superan en este ranking la vecina Portugal, Eslovaquia y las repúblicas bálticas de Estonia, Letonia y Lituania. Según los datos ofrecidos por la patronal Farmaindustria en su documento *El mercado del medicamento en España*, el precio de los medicamentos de venta en farmacia se situó un 16% por debajo de la media de la Eurozona. Los últimos datos de la patronal de la industria farmacéutica en nuestro país muestran que el gasto medio por receta se redujo en España desde los 13,39 euros de diciembre 2009, hasta los 10,81 euros por receta de diciembre 2015, una reducción del -19,3%. (2)

Estas medidas políticas fueron muy efectivas para reducir la demanda de medicamentos, según el informe, ya que hicieron que el consumo de recetas bajara de los casi 1.000 millones anuales de junio 2012 (mes previo a la entrada en vigor del nuevo esquema de copagos en las farmacias españolas), a los 882 millones de recetas con que terminó el año 2015.

### Ángel Martín Villó

Estudiante de Medicina de la Universidad de Málaga.

### Ángel Martín Reyes

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

(1) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE, núm. 98, de 24/04/2012.

(2) El mercado del medicamento en España. Disponible en [www.farmaindustria.es](http://www.farmaindustria.es)

## Copago y consumo. ¿Bien está lo que bien acaba?

Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijóo S, González López-Valcárcel B, Gómez-Navarro V.

**Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para la obstrucción crónica del flujo aéreo. Rev Esp Salud Pública. 2016;Vol. 90:29 de abril: e1-e15.**

### Objetivo

Evaluar el impacto que la reforma de la prestación farmacéutica según el RD 16/2012 –que introdujo el copago de los medicamentos en beneficiarios que antes no lo presentaban– ha tenido a nivel nacional sobre la utilización de medicamentos de tres clasificaciones ATC distintas: antidiabéticos, antitrombóticos y los relacionados con la EPOC.

### Método

Basándose en datos IMS y haciendo la preceptiva conversión de los precios industriales (PVL) a Dosis Diarias Definidas (DDD), se ha realizado un muestreo temporal de 60 meses en los que se han incluido el consumo de los medicamentos pertenecientes a estos grupos ATC en los 22 meses anteriores a la entrada en vigor de la medida (septiembre de 2010 a julio de 2012), así como los 38 meses posteriores a ese momento temporal (julio de 2012 a agosto de 2015).

El estudio observacional se modeló a través de regresión lineal segmentada para series de tiempo interrumpido, analizándose dos variables: DDDs e importe de la facturación de estos medicamentos, tanto financiadas como no financiadas por el SNS.

### Resultados

En el estudio y con su segmentación temporal se apreció con claridad un acúmulo previo de medicación por parte de los beneficiarios (efecto “*stockpilling*”) inmediatamente anterior a la intervención (el cambio en el copago), así como una brusca reducción en el consumo de estos medicamentos en los meses inmediatamente posteriores. Esta reducción no fue sostenida en el tiempo y fue, poco a poco anulándose e incluso revirtiéndose (en el caso de los antidiabéticos) en el periodo posterior a la intervención (desde julio de 2012 hasta agosto de 2015).

### Conclusiones

La reforma del copago ocasionó un sobrestocaje inmediato previo a la intervención por parte de los beneficiarios y una reducción brusca e inmediata en las DDDs inmediatamente posterior, reducción esta que no fue permanente y que se acompañó de un cambio en la tendencia de crecimiento que, en parte, compensó el efecto sobre el nivel.

Financiación: Convenio de colaboración entre IMS Health y la Universitat Pompeu Fabra.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: jaume.puig@upf.edu

### COMENTARIO

La primera impresión al leer este artículo es que los autores han hecho un trabajo titánico para intentar embridar y comparar unos datos que son cambiantes día tras día y cuyos resultados son amplia y a su vez difícilmente interpretables. Ya por ello son acreedores de felicidad y ánimo.

Comenzando por el final, el estudio muestra unas limitaciones que son propias del modelo farmacéutico de fijación de precios en España y de su correspondiente oferta de presentaciones (que traen de cabeza a administración, industria y oficinas de farmacia): los precios, la oferta y las condiciones de dispensación de los medicamentos (financiados o no) cambian mucho en poco tiempo, con lo que es paradójico que un estudio, cuanto más extenso en el tiempo sea, más posibilidades tiene de ser diversamente interpretable y ampliamente cambiante, perjudicando claramente su posible reproductibilidad y análisis futuros, así como su aplicación práctica –que es de lo que se trata-. Igualmente, el estudio se ve afectado por la propia condición humana (acúmulo de bienes, en este caso, medicamentos) y por el intento de ahorro puntual (el mes anterior a la entrada en vigor del decreto los beneficiarios consumieron muchísimos recursos públicos para acumular medicamentos que, en ese momento, les eran gratis). Todo esto dificulta enormemente la obtención de conclusiones claras.

Aun sabiendo que varios estudios han demostrado que entre un 20 y un 30% de las prescripciones en pacientes crónicos no se cumplen y que la mitad de los fármacos crónicos no se toman como se debería (1), el

estudio confirma, *grosso modo*, que el copago disminuye el consumo de medicamentos (bruscamente al principio y moderadamente después) hasta el momento en que el efecto del copago es asumido por todos los actores (prescriptores y beneficiarios), tendiéndose a, con el tiempo (a veces más o a veces menos) volver a la situación de partida. De esta forma, con el paso de los años se vuelve a la situación inicial en la que la única diferencia es que el estado ha conseguido poner una pica en Flandes y hacer que el beneficiario asuma una parte del costo del medicamento. Claro, a la fuerza ahorcan, nunca es voluntario.

Habría, por último, que preguntarse si el copago es necesario (económicamente), disuasorio (parece que sólo al principio), ambas o ninguna. Sólo respondiendo a preguntas correctamente formuladas se podrán obtener respuestas correctamente fundamentadas y actuar –hágaselo mirar la administración– sin bandazos, sin parches de última hora y con un horizonte de certidumbre que a todos beneficiaría.

### Ángel M. Algarra García

Cátedra de Economía de la Salud y URM. Dpto. de Farmacología, Universidad de Málaga.

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

## La profesión médica bajo las nuevas formas de gestión. Es igual ¿pero es lo mismo?

Cascón-Pereira R, Kirkpatrick I, Exworthy M.

**El estatus de la profesión médica: ¿reforzado o debilitado por la nueva gestión pública?**

*Gac Sanit.* 2017;31(3):273-275.

### Objetivo

Analizar las repercusiones que las nuevas formas de gestión sanitaria de ámbito gerencial, están provocando en el estatus de la profesión médica de los sistemas sanitarios públicos, más concretamente el del Reino Unido.

### Método

Se analizan tres estudios empíricos, todos ellos de los coautores de la publicación. El estudio de Kirkpatrick (2012) se realizó en una muestra de 1.303 médicos británicos de 141 centros hospitalarios y señala que existen dos factores importantes para que un médico alcance puestos de alta dirección: dedicarse a una de las tres especialidades médicas de mayor prestigio (anestesia, cirugía y medicina interna) y haberse licenciado en una de las tres facultades de Medicina más prestigiosas (Oxford, Cambridge y Edimburgo).

### Hallazgos

Los dos estudios de Exworthy se centraron en averiguar si la fórmula de pago basado en el rendimiento suponía un aumento o disminución del poder de la profesión médica. En el primero de ellos se realizó una consulta online sobre la reformas del pago por desempeño en las que participaron colegios de médicos, sindicatos, direcciones de hospitales y médicos individuales. La conclusión más importante es que la profesión

médica presionó para que el sistema real no cambiase y que el pago por desempeño se convirtiera en un incremento del monto salarial, independientemente del desempeño. En el segundo estudio se analizó la forma en que 15 comités decidieron la concesión de los bonos (39.000 euros anuales). En los comités, los médicos constituían el 50% de los miembros y a pesar de los ítems objetivos que deberían evaluarse (calidad del servicio, desarrollo del servicio, liderazgo, docencia e investigación), en muchos casos se usaban criterios más personales “es un buen tipo” o “le vendría bien un extra para su jubilación”.

### Conclusiones

Se está produciendo una adaptación estratégica en la profesión médica para que en su conjunto se mantenga el poder, que se encuentra amenazado por políticos, gestores y clientes. Pero ello se realiza en base a una reestratificación de la propia profesión en tres niveles. Los médicos de base, la elite del conocimiento y la elite médica gestora.

Al igual que la crisis económica ha sido absorbida por la parte más frágil de la sociedad, y la minoría opulenta es cada día más rica, algo parecido está ocurriendo en la profesión médica y los médicos de base tendrían cada día menos estatus y las elites administrativas y profesionales son cada día más poderosas.

Conflicto de intereses: No declaran ninguno.

Correspondencia: rosalia.cascon@urv.cat

### COMENTARIO

La crisis económica y política de los últimos años en toda la Unión Europea ha provocado en todos los países, una honda preocupación por el gasto sanitario, uno de los pilares del Estado del Bienestar. Las respuestas dadas por los diferentes gobiernos de los estados miembros ha variado dependiendo de factores sociológicos, históricos y del propio sistema sanitario. En aquellos países con un sistema sanitario tipo NHS, como Inglaterra o España, ha tomado carta de naturaleza lo que los autores del artículo denominan “nueva gestión pública”. Bajo el paradigma de la nueva gestión pública se engloban una serie de medidas encaminadas a mejorar la eficiencia del sistema, ya sea buscando mecanismo de “cuasimercado” en las relaciones financiador-proveedor o la denominada gestión clínica que intenta conseguir unificar los objetivos de eficiencia clínica y económica.

En el artículo se señala cómo estas medidas han provocado una estratificación profesional muy clara en la profesión médica. Por un lado “elites” y por otro los profesionales de base. Las conclusiones del artículo son en general muy aplicables a nuestro sistema, si bien cabría hacer una serie de matizaciones.

Es indudable que las elites del conocimiento, muy concentradas en Hospitales o Centros de Investigación de Madrid o Barcelona, poseen un enorme estatus social, magnificado por los medios de comunicación y en muchos casos apoyados por la Industria Farmacéutica. Su papel en el mantenimiento de la imagen pública de la profesión médica es indudable. La elite administrativa es mucho menos visible públicamente, y su papel social bastante menos atractivo, por los lazos políticos que existen muchas veces en su reclutamiento.

Los profesionales de base notan que han perdido parte de su rol social, que el poder adquisitivo de sus salarios ha menguado, que su trabajo ha aumentado y que los contratos que firman son muchas veces “manifiestamente mejorables”. Ello puede explicar las mareas de batas blancas en comunidades autónomas distintas, gobernadas por partidos de distinto signo.

Hace 20 años, el Prof. Vicente Ortún publicó un artículo sobre “Que debe saber un clínico de economía”. En él se fijaban tres puntos clave y habría que preguntarse si la nueva gestión pública lo está consiguiendo.

1. Interiorizar el coste de oportunidad de las decisiones clínicas.
2. El camino de la eficiencia pasa por la efectividad.
3. Las utilidades relevantes son las del paciente.

A la vista de que según los autores del artículo la nueva gestión pública permite que la profesión médica conserve globalmente su estatus, a costa de aumentar el de las elites del conocimiento y la gestión y disminuir el de los profesionales de base habría que preguntarse si vamos en el camino correcto.

### Francisco Martos Crespo

Departamento de Farmacología. Universidad de Málaga.

(1) Rey del Castillo J. Coordinador del informe: Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Laboratorio de alternativas. 2016.

(2) Bode I, Dent M. Converging hybrid worlds? Medicine and hospital management in Europe. *International Journal of Public Sector Management*, 2014 Vol. 27 Issue: 5, <https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2013-0011>

## La compraventa ilegal de medicamentos por Internet y el proyecto europeo Fakeshare

*Catalán-Matamoros D, González-Ochando N, Pecharroman-Arribas H, Fernández-Muelas A, Bentolila-Benchimol SS, Ibarra-Lorente M.*

**Los medicamentos falsificados en internet y el proyecto europeo Fakeshare: experiencias y actuaciones en España. Rev Esp Salud Pública. 2016; Vol. 90:16 de agosto:e1-e14.**

El objetivo principal del artículo es presentar las actuaciones que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha llevado a cabo dentro del proyecto europeo Fakeshare contra la venta ilegal de medicamentos por internet y otros delitos farmacéuticos, así como dar a conocer la problemática y el riesgo para la salud que supone el consumo de los medicamentos adquiridos en páginas web ilegales.

Se exponen ejemplos de colaboración coordinada entre todos los agentes implicados para luchar contra venta ilegal de medicamentos por internet y cómo se han llevado a cabo campañas de difusión dirigidas a sensibilizar a consumidores, profesionales sanitarios y organizaciones del sector sobre los riesgos que supone la compra de medicamentos en sitios web ilegales.

El proyecto Fakeshare empezó en 2012 con la coordinación de la Agencia Italiana de Medicamentos (AIFA) y está cofinanciado por el Programa de la Comisión Europea para la Prevención y la lucha contra la delincuencia.

En el marco de Fakeshare se han elaborado encuestas a la población de los Estados participantes; se han celebrado conferencias nacionales e internacionales de coordinación; se han desarrollado herramientas digitales de cooperación como una base de datos de robos y otros desvíos al tráfico ilícito de medicamentos y se ha unificado una estrategia de comunicación que busca sensibilizar a la población sobre los riesgos para la salud pública que implica adquirir y consumir este tipo de medicamentos. En el campo de esta última estrategia cabe destacar la creación del portal DISTAFARMA, la web de la AEMPS que contiene las farmacias autorizadas para vender legalmente medicamentos, que no requieren prescripción, a través de internet. Farmacias a las que se les autoriza a utilizar el logo común europeo que certifica dicha autorización.

*Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existen.*

*Correspondencia: mibarra@aemps.es*

### COMENTARIO

Internet supone ya el principal medio para poner en contacto al productor de medicamentos falsificados y al comprador final (1). Eso ha hecho que proliferen los sitios web ilegales donde, desde el anonimato, se venden productos como potenciadores de la función sexual, potenciadores de la masa muscular, anabolizantes, hormonas, psicotrópicos, estupefacientes o milagrosos adelgazantes que en la mayoría de los casos se venden sin ninguna garantía de eficacia, salubridad en su producción y que su ingesta puede causar importantes problemas para la salud de los consumidores y en ocasiones la muerte.

Son muchos los consorcios internacionales que agrupando a distintos países u organizaciones internacionales luchan y persiguen estas prácticas ilegales, podríamos enumerar los siguientes:

–El Grupo de Trabajo de Ejecución de la Legislación (WGEO, por sus siglas en inglés) en la Unión Europea. Este foro engloba no sólo a los representantes de las agencias reguladoras de medicamentos de los Estados miembros de la UE sino también a los de la Asociación Europea de Libre Comercio (Islandia, Noruega, Liechtenstein y Suiza) así como a la Organización Mundial de Aduanas (OMA).

–El Foro Permanente sobre delitos farmacéuticos internacionales (PFIPC, por sus siglas en inglés).

–La Organización Mundial de la Salud desde 2012.

–La Red EAMI (Red de Autoridades en Medicamentos de Iberoamérica) mediante el sistema FALFRA (Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Medicamentos Falsificados en Iberoamérica).

–El proyecto Fakeshare que implica a Italia, Portugal, Reino Unido y España.

–En el ámbito interno, en 2010 la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior y la AEMPS firmaron el Convenio de Colaboración en materia de Tráfico ilícito de medicamentos.

Todo ello da muestra de la multiplicidad de instrumentos con los que se cuenta a día de hoy para luchar contra la venta ilícita de fármacos

que en muchas ocasiones se disfraza bajo el apelativo de complementos alimenticios que una vez analizados se demuestra que contienen sustancias farmacológicamente activas que no son declaradas en la composición.

Además de perseguir el delito y al delincuente es fundamental la sensibilización y la educación (2) de la población ante lo que puede ser un serio problema de salud pública porque literalmente se está jugando a la ruleta rusa cuando se consumen este tipo de productos de los que se desconoce su composición real, cómo han sido producidos y transportados. En este sentido, es de elogiar la regulación que se ha hecho desde la Comisión Europea con un logotipo común para identificar los sitios web donde se pueden vender legalmente medicamentos y la web de la AEMPS DISTAFARMA en la que se publica el listado de las farmacias autorizadas para vender sus productos farmacéuticos no sujetos a prescripción por Internet.

Quizás, debería tenderse a la unificación de foros internacionales que eviten la parcelación en la lucha contra el tráfico ilegal de medicamentos, pues más que ser un problema de un número determinado de países esto supone un problema global que requiere de respuestas globales coordinadas. Para ello tenemos a la OMS y la Interpol que están llamados a trabajar conjuntamente con los medios suficientes para reducir con mayor eficacia el tráfico ilícito de medicamentos falsificados.

### José Manuel Domínguez López

Programa de Doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud. Departamento de Farmacología. Universidad de Málaga.

(1) Jorda-Sanz C, Giménez-Salinas-Framis A. El tráfico ilícito de medicamentos, un nuevo mercado ilegal para el crimen organizado. Rev Elect Cien Penal Criminol. 2015;17-10:1-22.

(2) Navas Blanco T. Ilícitos farmacéuticos: una visible realidad oculta. Gac Méd Caracas. 2013;121(4):273-293.

## Invertir en educación reduciría el gradiente socioeconómico de la obesidad

Bilger M, Kruger EJ, Finkelstein EA.

**Measuring socioeconomic inequality in obesity: Looking beyond the obesity threshold.**  
**Health Economics. 2017;26:1052-1066.**

El objetivo del estudio es medir la desigualdad socioeconómica en obesidad combinando los índices Foster-Greer-Thorbecke (FGT) y la descomposición de los índices de concentración (CI).

La obesidad se analiza con tres indicadores: 1) Status: indicador dicotómico igual a uno si el IMC es superior al umbral de obesidad (30), y cero, en otro caso. 2) Intensidad: distancia entre el umbral y el IMC de la persona obesa, y cero, para los no obesos. 3) Severidad: eleva al cuadrado dicha distancia, y cero, para los no obesos.

La desigualdad socioeconómica en las tres medidas de obesidad se ha cuantificado mediante la regresión de two-part models, (logit –determina la probabilidad de estar o no obeso y modelo lineal generalizado– explica los valores positivos de la distribución), cuyos resultados permiten aplicar la descomposición de la desigualdad en función de los factores determinantes de la obesidad (edad, sexo, educación, estado civil, inmigrante y etnia).

Los datos proceden de la encuesta estadounidense de salud y nutrición (NHANES) con información desde 1971 para individuos de entre 20 y 65 años.

Sea cual sea el indicador de obesidad analizado, en EEUU la desigualdad afecta a los grupos más desfavorecidos (CI negativo), si bien el gradiente es mayor en el caso de la severidad. El aspecto positivo es que la desigualdad socioeconómica sí ha descendido en las últimas cuatro décadas.

La educación y la renta son los factores que más contribuyen de forma negativa a la desigualdad. Cualquier etnia está desfavorecida frente a los blancos no hispanos. En sentido contrario, influyen la edad y ser inmigrante, ya que los más mayores son más ricos y están más obesos, mientras que los inmigrantes son más pobres y están más delgados.

El análisis categorizado por raza muestra que los blancos exhiben la mayor desigualdad socioeconómica negativa, determinada por la renta y la educación. La desigualdad en el resto de grupos étnicos está enmascarada por el efecto de la inmigración. Teniendo en cuenta el sexo, la desigualdad afecta en mayor medida a las mujeres.

### Conclusiones

Aunque la desigualdad respecto a la obesidad se ha reducido, debido posiblemente a la mayor importancia que ha adquirido el entorno social frente a las características individuales, el porcentaje de población obesa sigue aumentando, afectando más a los que sufren una doble carga: la pobreza y las condiciones de salud relacionadas con la obesidad.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tenerlo.

Correspondencia: marcel.bilger@duke-nus.edu.sg

### COMENTARIO

El problema de la obesidad se ha generalizado en la mayoría de los países desarrollados. En España, actualmente, según la Encuesta Nacional de Salud, el 17 por ciento de la población adulta es obesa (IMC $\geq$ 30), habiéndose duplicado el porcentaje desde 1987. No sólo resulta interesante analizar las características de este grupo de población respecto al resto, sino que se considera relevante profundizar en las diferencias de la distribución de obesidad por encima de ese umbral.

La morbilidad asociada a la obesidad (diabetes, enfermedades cardiovasculares, asma, trastornos músculo esqueléticos, ciertos cánceres...) está ampliamente documentada, así como el deterioro de la calidad de vida a medida que el IMC aumenta por encima del umbral (1). Sin embargo, la sociedad ha convertido en hábito el consumo de comida rápida, hipercalórica, con raciones de gran tamaño, junto con un descenso de la actividad física, tanto por la escasa práctica deportiva, como por actividades diarias u ocupaciones muy sedentarias.

Dado que la desigualdad socioeconómica en obesidad afecta a los

más pobres, fundamentalmente, por la renta y la educación, las políticas para reducir la obesidad, basadas en la aplicación de impuestos sobre el precio de determinados alimentos y bebidas, pueden deteriorar aún más la situación económica de los más desfavorecidos y habría que evaluar su efectividad (2,3). Por el contrario, invertir en políticas de educación reglada, así como en formación sobre buenos hábitos alimenticios y de ejercicio físico, reducirían las desigualdades socioeconómicas en obesidad.

### M<sup>a</sup> Luz González Álvarez

Cátedra de Economía de la Salud y URM de la Universidad de Málaga.  
 Dpto. Economía Aplicada (Estadística y Econometría).

(1) Busutil R, Espallardo O, Torres A, Martínez-Galdeano L, Zozaya N, Hidalgo-Vega Á. The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):197.

(2) Costa-Font J, Gil J. What lies behind socio-economic inequalities in obesity in Spain? A decomposition approach. *Food Policy.* 2008;33(1):61-73.

(3) Merino Ventosa M, Urbanos-Garrido RM. Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: A cross-sectional study of the Spanish adult population. *Econ Hum Biol.* 2016;22:216-24.

## GCS EN LA RED

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

# El entorno económico familiar durante la infancia, un factor clave para la salud mental

*Björkenstam E, Cheng S, Burström B, Pebley AR, Björkenstam C, Kosidou K.*

**Association between income trajectories in childhood and psychiatric disorder: a Swedish population-based study. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71:648-654. doi:10.1136/jech-2016-208513.**

## Objetivos

1) Describir las trayectorias económicas de las familias de los niños nacidos en Suecia entre 1987 y 1991 desde la edad de 3 a 14 años. 2) Identificar las asociaciones entre dichas trayectorias y la salud mental desde los 15 a los 20-24 años.

## Diseño y población

Estudio de cohorte que partió de todas las personas nacidas en Suecia entre 1987 y 1991. Tras excluir a niños adoptados, que emigraron o murieron antes de los 18 años, y aquellos del 1% de las familias con ingresos más altos, el tamaño final de la cohorte fue de 534.294 personas. Se siguieron hasta los 20-24 años.

## Variables clave

Para cada niño, se incluyeron los ingresos económicos familiares anuales durante 12 años (desde los 3 a los 14 años de edad). Se siguió esta población desde los 15 años hasta el primer diagnóstico psiquiátrico o el fin del estudio (31-12-2011, en que tenían entre 20 y 24 años). En el seguimiento se identificaron los problemas de salud mental, definidos como haber recibido un diagnóstico psiquiátrico (códigos F00-F99 de la CIE-10).

## Análisis

Las trayectorias económicas durante la infancia se identificaron mediante modelización de trayectorias basadas en grupos. Para estimar las asociaciones entre estas trayectorias y los trastornos de salud mental se utilizó regresión de Cox multivariante. Se analizaron 5 modelos, siendo el más simple el que ajustaba por sexo y año de nacimiento y el más complejo el que incluía todas las covariables de ajuste (las anteriores y además: madre extranjera, edad de la madre, educación

parental, familia monoparental, trastorno psiquiátrico de los padres, y nivel medio de ingresos).

## Resultados

Se identificaron 5 trayectorias de ingresos económicos durante la infancia, todas excepto una tuvieron una ligera mejora a lo largo del periodo de 12 años: dos con ingresos altos (con el 13% y el 41% de los individuos en la primera y segunda respectivamente), dos con ingresos bajos (con el 21% y el 12% de los individuos en la segunda y primera más baja respectivamente), y una con un descenso de los ingresos (13%). Durante el seguimiento se identificaron 66.946 personas con un diagnóstico psiquiátrico (13%); siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad. El grupo de ingresos más altos tuvo la menor incidencia de todos los diagnósticos, excepto de trastornos de la conducta alimentaria. Los niños en las trayectorias de ingresos más bajos y de ingresos decrecientes tuvieron el mayor riesgo de problemas de salud mental, incluyendo los trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y síndrome de déficit de atención/ hiperactividad. Las asociaciones se mantuvieron en los modelos con ajustes, incluyendo el modelo que incluía todas las covariables.

## Conclusión

Creer en un entorno familiar de bajos ingresos económicos o con empeoramiento de los mismos se asocia a un incremento del riesgo de sufrir trastornos de salud mental durante la adolescencia y juventud. Un entorno económico favorable actúa como protector, excepto para los trastornos de la conducta alimentaria.

*Financiación: Swedish Society for Medical Research, Swedish Council for Working Life and Social Research.*

*Conflicto de Intereses: Ninguno declarado.*

*Correspondencia: : emma.bjorkenstam@ki.se*

## COMENTARIO

Hay notable evidencia sobre la relación entre el nivel económico de la familia durante la infancia y la salud, tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, la mayoría de estudios hacen una única medición del nivel de ingresos de la familia, por lo que se conoce poco sobre el efecto de las variaciones de la situación económica durante la infancia. La principal aportación de este estudio deriva del tratamiento que se hace de los ingresos económicos familiares, considerándolos como un factor dinámico que puede sufrir variaciones. De hecho, estas variaciones existen y son más frecuentes en las familias de nivel socioeconómico bajo.

El estudio pone de manifiesto la mayor morbilidad psiquiátrica en los niños que crecen en familias desfavorecidas y en aquellas cuya situación económica sufre un empeoramiento. Está realizado en Suecia, país con un porcentaje bajo de niños viviendo en situación de pobreza, por lo que el impacto poblacional de las condiciones económicas vulnerables será con toda probabilidad mucho mayor en otros países con peor situación.

UNICEF ha señalado recientemente que los niños en situación de pobreza han empeorado su situación durante la crisis económica en muchos países de Europa, alertando sobre los casos de España y Grecia como especialmente preocupantes (1).

Sin embargo, la mayoría de las políticas durante la crisis se han centrado en reducir el gasto público, sin considerar la necesidad de priorizar a la infancia como un sector a proteger. La inversión en protección social de los niños en España en 2013 fue un 6,8% menor que en 2007. En este mismo periodo se duplicó el número de familias desahuciadas (2). Es urgente poner en marcha políticas de protección de la infancia vulnerable. El Comité Español de UNICEF ha propuesto un gran pacto por la infancia, con dos líneas clave: la protección de los ingresos en los hogares más pobres con niños y las políticas para reducir la brecha en educación (1). Si desde la salud pública hay un terreno claro en el que ejercer la abogacía es este.

## Soledad Márquez Calderón

Consejería de Salud de Andalucía.

(1) UNICEF. Equidad para los niños. El caso de España. Madrid: UNICEF, Comité Español; 2016. Disponible en:

[https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/equidad\\_para\\_los\\_ninos\\_el\\_caso\\_de\\_espana.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/equidad_para_los_ninos_el_caso_de_espana.pdf) [Consultado: 13-10-2017].

(2) Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, Spencer N. Understanding the impact of economic crisis on child health: the case of Spain. *Int J Equity Health.* 2015;14. doi:10.1186/s12939-015-0236-1.

## Aportaciones al debate sobre gasto sanitario y resultados “incompletos” en salud

Craig A. Gallet, Hristos Doucouliagos.

**The impact of healthcare spending on health outcomes: A metaregression analysis. Social Science & Medicine. 2017.**

### Contexto

Numerosos estudios han evaluado el impacto del gasto sanitario sobre los resultados de salud ofreciendo estimaciones muy dispares de la elasticidad de tales resultados (tasa de mortalidad y esperanza de vida) respecto al gasto sanitario. Dicha disparidad pone en entredicho la eficacia de la política sanitaria, frecuentemente vinculada a la relación entre el gasto sanitario y los resultados en salud. La variabilidad encontrada en la literatura hace recomendable averiguar cuáles son las características de los estudios que más influyen en las estimaciones de esas elasticidades.

### Objetivo

Conseguir una estimación robusta de las elasticidades de la tasa de mortalidad y la esperanza de vida respecto al gasto sanitario, una vez corregidos algunos aspectos metodológicos tales como el sesgo de publicación, la especificación de los modelos, y los métodos para ponderar las observaciones.

### Método

Se estiman las elasticidades utilizando un análisis de meta-regresión a partir de 65 estudios publicados entre 1969 y 2014. Para cada una de las variables de resultado (mortalidad y esperanza de vida) se resuelve un modelo de regresión donde la variable explicativa es el error estándar de cada uno de los trabajos incluidos en la selección y la variable dependiente es el valor obtenido para la elasticidad. Además, este modelo incluye una serie de variables *dummy* que pretenden explicar la variabilidad observada

en los resultados de los estudios individuales dependiendo de las características específicas de cada uno de ellos (mortalidad infantil o global, esperanza de vida al nacer o a edades avanzadas, distribución de las observaciones según sexo, país OCDE o no, gasto en farmacia o global, etc.).

### Resultados

Una vez corregidos los problemas que afectan a la modelización, incluido el sesgo de publicación, encontraron que, entre estas dos variables de resultado, el mayor impacto del gasto sanitario se produce sobre la tasa de mortalidad. En concreto, la elasticidad de la mortalidad respecto al gasto está cercana al  $-0.13$  mientras que la de la esperanza de vida se aproxima a  $0.04$ . Los resultados de la meta-regresión revelan que la elasticidad de la tasa de mortalidad respecto al gasto es particularmente sensible a la agregación de los datos, la especificación de la función de producción de salud, y la naturaleza del gasto sanitario. La elasticidad de la esperanza de vida respecto al gasto es especialmente sensible a la edad a la que medimos la esperanza de vida, así como a la decisión de considerar o no la endogeneidad del gasto en la función de producción sanitaria.

### Conclusiones

Las decisiones adoptadas en la fase de modelización determinan en los resultados obtenidos, por lo que es necesario seguir profundizando en su conocimiento.

*Financiación y conflicto de interés: No constan.*

*Correspondencia: cgallet@csus.edu, douc@deakin.edu.au*

### COMENTARIO

Seguramente la contribución más importante del artículo es la disección realizada en torno a aquellos factores que contribuyen a explicar la elevada variabilidad observada en la literatura sobre la elasticidad de los resultados en salud respecto al gasto sanitario. Aunque se comparta la opinión de los autores respecto a la importancia de las variables *dummy* incorporadas en los modelos, se echa en falta un mayor énfasis en cuestiones tan cruciales como la parcialidad de los resultados en salud considerados y las diferencias en la especificación de los modelos incluidos en la meta-regresión.

Así se llega a la cuestión de fondo: ¿es realmente tan débil el impacto del gasto sanitario sobre la salud de la población? La literatura sobre los determinantes de la salud ofrece medidas muy dispares y, en ocasiones, a lo que Vicente Ortún ha denominado resultados contraintuitivos (1). En 1974 el Informe Lalonde abrió una interesante línea de investigación en la que se relativiza la importancia del sistema de salud como determinante de los resultados en salud. El peso relativo del sistema sanitario en la salud poblacional ha aumentado poco desde las estimaciones de Lalonde (11%) hasta algunas de las más recientes, que lo sitúan en torno al 20% (2). El ranking de salud elaborado en la Universidad de Wisconsin se basa en un enfoque alternativo en la medida de los resultados en salud que pone el énfasis en variables distintas a las utilizadas en la mayoría de los artículos incluidos en este meta-análisis. Las muertes prematuras (menores de 75 años) y la calidad de vida (calidad percibida, días con buena salud, bajo peso al nacer, etc.) se reparten al 50% la

medida de los resultados en salud. Desde la perspectiva de la política sanitaria, si se quiere que la acción política se acerque a las expectativas de la ciudadanía, sería recomendable que la evaluación los resultados ponderase en mayor medida los aspectos relacionados con la calidad de vida.

En cualquier caso, no debe olvidarse que el gasto sanitario depende también de otros factores influyentes en la salud de la población. Destacan por su importancia los factores medioambientales. La contaminación constituye la causa ambiental más importante de enfermedad y muerte prematura en el mundo actual (3) y el control medioambiental puede hacer cambiar las elasticidades de los resultados en salud respecto al gasto sanitario. En términos de política económica la mejora de las condiciones medioambientales debería reducir la demanda de servicios sanitarios aliviando así la presión sobre el gasto sanitario. Otra cuestión será el análisis de la evolución temporal de las elasticidades.

### José Luis Navarro Espigares

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Profesor asociado Universidad de Granada.

(1) Resultados contraintuitivos: La crisis en Europa favorece la salud poblacional (como mínimo a corto plazo). *Gestión Clínica y Sanitaria* • Volumen 19 • Número 1 • Primavera de 2017.

(2) Wisconsin County Health Rankings. University of Wisconsin Population Health Institute. Disponible en

(3) Philip J Landrigan, et al. The Lancet Commission on pollution and health. Published online October 19, 2017.

## El cribado de enfermedades cardiometabólicas y la utilidad de algunas revisiones sistemáticas

Hilgsmann M, Wyers CE, Mayer S, Evers SM, Ruwaard D.

**A systematic review of economic evaluations of screening programmes for cardiometabolic diseases.** *Eur J Public Health* [Internet]. 2016 Dec 31 [cited 2017 Oct 5];33(4):ckw237.

### Contexto y objetivo

Los organismos internacionales definen el riesgo cardiometabólico como una lista de factores que favorecen o predicen el desarrollo de enfermedad cardiovascular y/o diabetes mellitus u otros síndromes relacionados como la enfermedad renal crónica.

El objetivo de este estudio fue revisar de forma sistemática las evaluaciones económicas de los programas de cribado para la detección precoz de personas en situación de riesgo para enfermedades cardiometabólicas (ECM).

### Método

Se examinaron las 4 principales bases de datos de los artículos publicados entre 1 enero de 2015 y el 1 de mayo de 2015 eligiendo finalmente 17 estudios.

La estrategia de búsqueda se realizó según el método PICO: Población (población general/personas en riesgo de ECM en países de altos ingresos), Intervención (programa de cribado), Comparador (con otro programa de cribado o ningún programa) y Outcomes (resultados: evaluación económica completa definida como una comparación de al menos dos intervenciones en términos de costes y resultados en salud).

### Resultados

Seis estudios evaluaban si el cribado sería coste efectivo, siete tenían por objeto determinar el programa de cribado más eficiente y cuatro eva-

luaron el coste efectividad de los programas existentes. Todos los estudios están realizados en países de altos ingresos económicos y se desecharon los de bajos y medios ingresos. Los estudios que evalúan el coste por QALY obtenido de la detección de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus estaban por debajo de un umbral de 42.900\$ (30.000£) estandarizado a dólares de 2004 para poderlos comparar. Este umbral se establece por ser el utilizado en el Reino Unido, que es el país que mejor lo tiene definido.

### Conclusiones

Según la revisión realizada, la detección precoz de diabetes mellitus y de enfermedad cardiovascular parece tener una favorable relación coste efectividad, mientras que no queda claro que el cribado de enfermedad renal crónica tenga esta misma relación. Con respecto al método de cribado, el método oportunista es el más favorable. Dada la heterogeneidad de los diferentes países, los criterios utilizados en los diferentes estudios y los comparadores utilizados, no es posible extraer conclusiones válidas para todos los países.

Fuente de financiación: No consta.

Conflictos de intereses: Declaran que ninguno.

Correspondencia: m.hilgsmann@maastrichtuniversity.nl

### COMENTARIO

A pesar del creciente reconocimiento de la potencial utilidad de los estudios de coste-efectividad, no existe ningún criterio que permita establecer taxativamente que una determinada tecnología sanitaria puede considerarse rentable o no. En primer lugar, debemos definir el concepto de "eficiencia" empleado. Una de las definiciones más utilizadas es considerar la eficiencia como el análisis de la relación entre los recursos consumidos (costes) y los resultados obtenidos, sean éstos intermedios (recaídas evitadas, tiempos de espera, etc.) o finales (p. ej., vidas salvadas o años de vida ganados) (1). No debemos confundir más eficiente con más barata, una técnica es más eficiente que otra si el beneficio extra que produce compensa su coste adicional, sin embargo definir que coste compensa los beneficios, es el problema a definir (2).

En España se ha recomendado la cifra de 30.000€ por año de vida ganado como el límite que marca el coste eficiencia de cualquier intervención, sin embargo en otros países como en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos se considera que una intervención sanitaria presenta una relación coste-efectividad aceptable si el coste adicional de cada año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado es inferior a 50.000 dólares e inaceptable cuando supera los 100.000 dólares por AVAC (3).

A la vista de estas diferencias, realizar metanálisis o revisiones siste-

máticas de un tema como coste-efectividad del cribado de enfermedades cardiometabólicas puede tener interés para saber que está pasando en algunos países, pero requiere importantes cautelas para poder sacar conclusiones. Trabajos realizados en diferentes países, con diferentes sistemas sanitarios y diferentes formas de financiación, nos proporcionarían tal heterogeneidad en los resultados, que los invalidarían. Uno de los datos que debemos tener en cuenta al realizar estudios de coste-efectividad de una intervención o de un tratamiento, es el coste, sin el cual la ecuación queda totalmente invalidada.

Por tanto la conclusión de que la intervención sobre la detección precoz de diabetes es coste eficiente, debe ser matizada y referida a los países en los que se realizaron los estudios y aclarando siempre que los datos no tienen por qué ser extrapolables a otros con sistemas sanitarios o economías diferentes a los países estudiados.

### Luis Ávila Lachica

Especialista en medicina familiar y comunitaria. Málaga.

(1) Palmer S, Torgerson DJ. Definitions of efficiency. *BMJ* [Internet]. 1999 Apr 24 [cited 2017 Oct 18];318(7191):1136.

(2) Lee JT, Sánchez LA. Interpretation of "cost-effective"; and soundness of economic evaluations in the pharmacy literature. *Am J Hosp Pharm* [Internet]. 1991 Dec [cited 2017 Oct 18];48(12):2622-7.

(3) Sacristán JA, Oliva J, Llano J Del, Prieto L, Pinto JL. What is an efficient health technology in Spain? *Gac Sanit*. 2002;16(4):334-43.

## Mejorar la calidad de la dieta reduce la mortalidad

Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y, Pan A, Willet W, Rimm E, Hu FB.

Association of changes in diet quality with total and cause-specific mortality. *N Engl J Med.* 2017;377:143-53.

Doi:10.1056/NEJMoa1613502.

### Objetivo

Analizar la relación entre cambios en la calidad de la dieta a lo largo del tiempo y el riesgo de muerte.

### Método

Se utiliza un modelo de riesgos proporcionales o de Cox para calcular las razones de riesgos ajustadas de mortalidad por todas las causas y mortalidad específica, a partir de los datos del Nurses' Health Study, en el que se siguen 47.994 mujeres y del Health Professionals Follow-up Study, en el que se siguen 25.745 hombres, desde 1998 hasta 2010. Los cambios en la calidad de la dieta se evalúan en los 12 años precedentes utilizando los instrumentos Alternate Healthy Eating Index-2010 Score, Alternate Mediterranean Diet Score y Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet score.

### Resultados

El estudio muestra las siguientes razones de riesgos ajustadas para mortalidad por todas las causas en los participantes que habían mejorado la calidad de su dieta (13-33% de mejora), en comparación con los que habían mantenido estable la calidad de su dieta (0-3% de mejora) en los 12 años de seguimiento: 0,91 (IC 95%, 0,85-0,97) para cambios en el Alternate Healthy Eating Index-2010 Score, 0,84 (IC 95%, 0,78-0,91) en

relación a cambios en el Alternate Mediterranean Diet Score y 0,89 (IC95%, 0,84-0,95) para cambios en el DASH score.

### Conclusiones

Una mejora en la dieta en el rango del percentil 20 reduce significativamente la mortalidad total de un 8 a un 17%, utilizando los tres índices y del 7 al 15% el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular utilizando el Alternate Healthy Eating Index y el Alternate Mediterranean Diet. Entre los participantes que mantuvieron una dieta de alta calidad durante los 12 años de seguimiento, el riesgo de muerte por cualquier causa fue significativamente menor: 14% (IC 95%, 8-19) medido con el Alternate Healthy Eating Index Score, 11% (IC95%, 5-18) medido con el Alternate Mediterranean Diet Score y 9% (IC 95%, 2-15) medido con el DASH Score, respecto a los participantes con menores puntuaciones de calidad de la dieta durante el tiempo de seguimiento. La conclusión general del estudio es que la mejora de la calidad de la dieta durante 12 años de seguimiento se asocia a una reducción del riesgo de muerte.

Financiación: National Institute of Health.

Correspondencia: msotosp@hsph.harvard.edu

### COMENTARIO

Existen múltiples evidencias de los beneficios de la dieta sobre la reducción de la morbimortalidad. Siguiendo el modelo de dieta mediterránea, los resultados son concordantes con el estudio PREDIMED (1), un ensayo multicéntrico realizado en España en el que se asignó aleatoriamente a los participantes a una de tres dietas: una dieta mediterránea suplementada con aceite virgen extra de oliva, una dieta mediterránea suplementada con frutos secos o una dieta control (consejo para reducir la grasa dietética). La variable resultado fue la combinación de infarto de miocardio, ictus y muerte por causas cardiovasculares. Los cocientes de riesgo con ajuste multivariable fueron 0,70 (IC 95% 0,54 a 0,92) y 0,72 (IC 95% 0,54 a 0,96) para el grupo asignado a la dieta mediterránea con aceite de oliva virgen extra y el grupo asignado a la dieta mediterránea con frutos secos respectivamente, en comparación con el grupo control. La mediana de seguimiento fue 4,8 años y los pacientes estaban libres de enfermedad cardiovascular al inicio de seguimiento pero eran de alto riesgo cardiovascular, por padecer diabetes mellitus tipo 2 o al menos tres factores de riesgo, por lo que el beneficio obtenido fue mayor.

También se ha publicado (2) por miembros del equipo investigador del artículo comentado el impacto de la mejora de la dieta, medida mediante el instrumento DASH, y la reducción del cáncer colorectal, patología clásicamente más relacionada con la dieta. El efecto protector de la dieta saludable se extienden a enfermedades "clásicamente"

poco asociadas a hábitos dietéticos. En este sentido, se han publicado también (3) beneficios de la mejora de la dieta, medida mediante el Alternate Healthy Eating Index-2010 Score, utilizando la misma población de estudio, y ajustando por tabaquismo, en la reducción de aparición de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Este artículo presenta un análisis que pone de manifiesto los beneficios de la dieta saludable sobre la mortalidad. La importancia práctica de estos resultados radica en el hecho de que la dieta es un factor modificable y por lo tanto puede y debe ser objetivo fundamental en la promoción de salud y prevención de enfermedades.

### Francisca Muñoz Cobos

Médica de familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

(1) Ramón Estruch, Emilio Ros, Jordi Salas-Salvadó, María-Isabel Covas, Dolores Corella, Fernando Arós, Enrique Gómez-Gracia, Valentina Ruiz-Gutiérrez, Miquel Fiol, José Lapetra, Rosa María Lamuela-Raventos, Lluís Serra-Majem, Xavier Pintó, Josep Basora, Miguel Ángel Muñoz, José V. Sorlí, José Alfredo Martínez, and Miguel Ángel Martínez-González, for the PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013;368:1279-1290.

(2) Fung TT, Hu FB, Chiuve SE, Fuchs CH S, Giovannucci E. The Mediterranean and Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diets and colorectal cancer. *Am J Clin Nutr* 2010;92:1429-35.

(3) Varraso R, Chiuve SE, Fung TT, Barr RG, Hu FB, Willer C, Camargo CA. Alternate Healthy Eating Index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study. *BMJ* 2015;350:h286 doi: 10.1136/bmj.h286.

# Análisis de una intervención para prevenir la obesidad infantil en escolares de Andalucía

Líneros-González C, Marcos-Marcos J, Ariza C, Hernán-García M.

Grupo PREVIENE. Importancia del proceso en la evaluación de la efectividad de una intervención sobre obesidad infantil. *Gac Sanit.* 2017;31(3):238-241.

## Contexto y objetivo

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y de obesidad infantil es un problema emergente de salud pública que se asocia a complicaciones físicas y psicosociales en etapas vitales posteriores. Esta nota de campo pretende dar a conocer la realización de una intervención para promover hábitos saludables y prevenir el exceso de peso en escolares de Andalucía.

## Método

Intervención desarrollada en Granada entre octubre de 2013 y abril de 2015 que involucró a una población diana de 460 niños y niñas con una edad mayoritaria de 8 años (89 %). Se estructuró en nueve sesiones organizadas por objetivos escalonados y se elaboraron cuestionarios de hábitos y estilos de vida (alumnado y familias).

La intervención consistía en que el profesorado implementaría las sesiones, siguiendo las recomendaciones metodológicas y los materiales didácticos previamente diseñados.

Los cuestionarios y las mediciones antropométricas del alumnado (peso, talla, perímetro de cintura y pliegue del tríceps) se realizaron en febrero de 2015 para las mediciones preintervención y abril de 2015 para las mediciones postintervención. Se llevó a cabo una valoración tanto del proceso como de los resultados.

## Resultados

El 20% del alumnado partía de una situación de obesidad, y el 17% de sobrepeso. Los análisis pre y post de los cuestionarios sobre hábitos alimenticios y actividad física mostraron cambios no significativos. Las mediciones antropométricas sí muestran una reducción del valor medio del índice de masa corporal, estadísticamente significativa en el caso del alumnado que tenía exceso de peso al comienzo de la intervención.

## Conclusiones

El principal interés reside en la valoración positiva del proceso de investigación-acción-participativa (IAP) proporcionada por el profesorado. La idea de efectividad estuvo orientada a los resultados beneficiosos obtenidos en la población diana. En contextos como el escolar, resulta importante valorar aceptabilidad y factibilidad de la intervención; es importante conocer cómo actúan las personas implicadas; pero también la "favorabilidad" (cómo el personal entrenado se ha manejado en su desarrollo, y los materiales se han adaptado y respondido a lo esperado). El reto de la evaluación de las intervenciones comunitarias está en incorporar, con el rigor exigible, la perspectiva de todas las personas implicadas en el proceso.

Financiación: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: mariano.hernan.easp@juntadeandalucia.es

## COMENTARIO

La obesidad infantil y adolescente no es un fenómeno transitorio y es un claro predictor de la obesidad adulta (1,2). El incremento de prevalencia de la obesidad ha hecho que la atención no se limite al ámbito sanitario, trascendiendo al ámbito político y a la sociedad en general. El sustancial gasto sanitario atribuido a la obesidad infantil y a sus patologías derivadas han determinado diversas iniciativas orientadas a la prevención y a la intervención terapéutica precoz. La obesidad es un motivo de consulta médica cada vez más frecuente, por lo cual el pediatra debe estar familiarizado con los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la obesidad infanto-juvenil, sus comorbilidades asociadas y las particularidades propias de esta patología en ese rango de edad (3).

Se trata pues de un problema de salud que es importante prevenir y tratar desde edades tempranas con un abordaje multidisciplinar y coordinado, en el que además de a los profesionales de la salud, se debe implicar de manera fundamental a la familia (educación comunitaria), a la comunidad educativa, a los gestores, que deben realizar políticas acertadas y favorecer la realización de intervenciones para la prevención y el tratamiento, cuya efectividad debe ser evaluada teniendo en cuenta el coste que implique el desarrollo de las mismas.

El artículo aborda la importancia que puede tener la escuela y la comunidad educativa en intervenciones que favorezcan la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil, y la relevancia de enfrentar este complejo problema desde perspectivas diferentes. La colaboración de los

educadores resulta muy importante en intervenciones dedicadas a este fin, que deben ser planteadas y desarrolladas teniendo en cuenta su opinión y buscando una adecuada comunicación y la mayor implicación y colaboración posibles para optimizar el proceso y poder conseguir los mejores resultados posibles. La evaluación de las intervenciones realizadas permitirán detectar fortalezas y debilidades en las mismas, que nos permitirán mejorar la calidad, seguridad, efectividad y eficiencia de las realizadas en el futuro.

La integración de acciones dentro de los sistemas existentes en sectores sanitarios y no sanitarios puede aumentar considerablemente la influencia y sostenibilidad de las políticas, siendo deseable un esfuerzo sostenido a nivel mundial para la vigilancia, prevención y control de la obesidad (4).

## Antonio Vallejo Báez

Alumno del Máster de Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

(1) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997;337:869-73.

(2) Ariza C, Ortega-Rodríguez E, Sánchez-Martínez F, Valmayor S, Juárez O, Pasarín MI et al. La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. *Aten Primaria.* 2015;47:246-55.

(3) Martos-Moreno GA, Barrios VJ, Argente J. Fundamentos clínico-diagnósticos y estrategias terapéuticas en la obesidad infantil. *Rev esp pediatr* 2009;65(5):408-422.

(4) Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet.* 2011;378:838-47.

## La satisfacción con el tratamiento de la artrosis en Atención Primaria no se relaciona con el tipo de medicación

Llanos Val Jiménez C, López-Torres Hidalgo J, García Atienza EM, Navarro Ruiz MS, Hernández Cerón I, Moreno De La Rosa L.

Satisfacción con el tratamiento en pacientes de atención primaria con artrosis. *Revista Española de Salud Pública*. 2017;91(1):e1-e10.

### Objetivo

Evaluar el nivel de satisfacción con el tratamiento de personas con osteoartritis y comprobar la existencia de diferencias entre los distintos tratamientos en Atención Primaria.

### Método

Estudio observacional transversal en una muestra seleccionada mediante muestreo consecutivo. La variable principal intenta medir el grado de satisfacción con el tratamiento mediante cuestionario validado ARTS que consta de 18 preguntas que evalúan 4 dimensiones: eficacia, conveniencia, tolerabilidad y cuidado médico. El estado funcional de los pacientes fue evaluado mediante la escala WOMAC. Otras variables fueron: características del tratamiento, adherencia terapéutica, eventos adversos, y variables clínicas y sociodemográficas.

### Resultados

De las 487 personas de la muestra respondieron a la encuesta 346 (71%), midiéndose también la adherencia terapéutica (test de Morisky-Green), el estado funcional (WOMAC), tipo de tratamiento, número de articulaciones afectadas y aparición de efectos adversos.

Para los 4 grupos farmacológicos estudiados (Paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, SYSADOA u otros) no se encontraron diferencias en el grado de satisfacción, ni en monoterapia ni en combinaciones. El grado de incumplimiento terapéutico fue del 75,7%. La satisfacción fue similar en cumplidores y no, existiendo una diferencia significativa en función de la aparición de eventos adversos (13,9%, epigastralgias, náuseas, vómitos y cefalea). El número de articulaciones afectadas, más de 6, y la baja actividad física también presentaron asociación negativa en la satisfacción percibida.

### Conclusiones

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción entre las modalidades terapéuticas en quienes consumían los distintos tratamientos ni entre los que consumían uno, dos o más fármacos. La satisfacción se relaciona directamente con el cumplimiento terapéutico y la efectividad de la medicación, destacando la proporción de incumplidores (75,7%) superior a la descrita en enfermedades crónicas. En general, la satisfacción no depende ni de las características del tratamiento ni del número de fármacos consumidos.

*Conflicto de intereses:* No consta.

*Correspondencia:* carmenllanosvj@gmail.com

### COMENTARIO

Los tratamientos farmacológicos en patologías crónicas presentan el inconveniente de la inevitable evolución de estas enfermedades con deterioro funcional de las articulaciones afectadas y la disminución de la efectividad de los fármacos que determinan en muchos casos una disminución de la adherencia terapéutica y cumplimentación farmacológica que contribuye a una subjetividad negativa en los pacientes que lleva a insatisfacción de los mismos.

La ausencia de ensayos "head to head" de las distintas moléculas, unido a las dudas que pueden presentar alguno de los tratamientos propuestos induce cierta desorientación en los profesionales que deben instaurarlos.

En este artículo destaco dos aspectos que cada vez cobran mayor trascendencia en los tratamientos para patologías crónicas: las decisiones compartidas con los pacientes y la adherencia y cumplimentación terapéutica de los mismos.

Distintos artículos han demostrado que hacer partícipe al paciente en

la toma de decisiones y responsabilizarlo de las mismas (empowerment que dicen los anglosajones) contribuye a una mayor efectividad de los fármacos, principalmente por el incremento de la cumplimentación de los fármacos y la sensación del paciente de gobernar su patología.

Destaca en este artículo la tasa de incumplidores tan elevada que al relacionarlo con otras patologías prevalentes y crónicas (diabetes, hipertensión, dislipemia) presentan una mejor situación, aun siendo elevada: ≈40% de incumplidores según patología.

### Antonio Hormigo Pozo

Director UGC Puerta Blanca. Servicio Andaluz de Salud. Málaga.

(1) Marquez E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. *Hipertensión (Madr)*, 2008 (25):205-213.

(2) Conthe P, Marquez E. et al. Treatment compliance in chronic illness: current situation and future perspective. *Rev Clin Esp*; 2014 (214):336-344.

(3) López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Segarra C, Selva A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria. *Med. Clin (Barc)*, 2012(138): 377-384.

## GCS EN LA RED

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

## Deprescripción de medicamentos a través de la toma de decisiones compartida

Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al.

**Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ*. 2016;353:i2893. doi:10.1136/bmj.i2893.**

### Resumen

La polimedición se considera un problema creciente y se ha relacionado en personas mayores con un aumento de las reacciones adversas medicamentosas, un deterioro de la función física y cognitiva y un aumento de los ingresos hospitalarios. El artículo, explora el papel de la toma compartida de decisiones en la deprescripción de medicamentos. Para ello incorpora evidencias del campo de la psicología y la comunicación, resultando en una guía compuesta por cuatro pasos sucesivos.

El primer punto consiste en crear conciencia de que esta opción existe. Estudios cualitativos sugieren que las personas mayores no siempre son conocedoras de que pueden tomar menos fármacos de los que toman. La disposición de las personas mayores a tolerar la polimedición o aceptar la retirada de un fármaco parece estar influenciada por las habilidades de comunicación del clínico, su experiencia percibida y el grado en el que el paciente confía en él. Además, hay que tener presentes sesgos como el de *statu quo* (la preferencia por continuar un plan terapéutico ya establecido durante años) o el sesgo de omisión (el hecho de que, paradójicamente, cuando un paciente está tomando un fármaco, continuar con él sin cambios se percibe como inacción, mientras que cesarlo se percibe como una acción).

El segundo punto destaca la importancia de poner sobre la mesa las distintas opciones y sus beneficios y riesgos. Los cambios en el proceso cognitivo asociados a la edad y las diferentes comorbilidades determinan cómo las personas mayores comprenden la información sobre las opciones de tratamiento con fármacos. Habitualmente las personas mayores prestan atención a menos opciones y se centran en la información positiva. Un estudio en mayores de 75 reveló el poco valor de la información numérica y la utilidad del formato visual (por ejemplo, mediante pictogramas) para estos pacientes.

Aunque algunos ensayos clínicos aleatorizados apoyan la deprescripción de ciertos grupos de fármacos, aún faltan estudios sobre muchos de los fármacos empleados en personas mayores. Esto hace que aumente la incertidumbre a la hora de comunicar los posibles riesgos que la deprescripción conlleva. No obstante, es importante distinguir entre los tratamientos preventivos y aquellos prescritos para tratar síntomas. En general, la deprescripción es más sencilla sobre los segundos.

El tercer punto se centra en explorar las preferencias del paciente sobre las diferentes opciones. Las preferencias en mayores varían y están influenciadas por experiencias previas con el sistema sanitario, su estado de salud o de ánimo. Los pacientes tienen a asumir que sus médicos ya conocen sus preferencias, lo que les lleva a pensar que no necesitan ser involucrados en la toma de decisiones. Para explorar los potenciales beneficios y daños también es necesario tener en cuenta su esperanza de vida. No hay consenso en este punto, pues hablar sobre este aspecto puede ser percibido como una amenaza por algunos pacientes, mientras que otros hablan espontáneamente sobre este tema en consulta.

El último punto implica tomar la decisión. La deprescripción requiere integrar las preferencias y prioridades del paciente con la información disponible sobre potenciales beneficios y daños. Existen multitud de algoritmos en los que el clínico puede apoyarse. No hay que olvidar que la deprescripción es un proceso continuo que exige monitorización y el paciente debe ser consciente de que el cese de un fármaco no es definitivo y puede ser revisado más adelante.

Se concluye haciendo una llamada a posibilitar la implantación de este proceso en la práctica clínica, solicitando que se provea a los clínicos de tiempo, recursos e incluso remuneración específica para ello.

*Financiación:* No consta.

*Conflictos de intereses:* Declaran sendas becas del National Health and Medical Research Council (NHMRC).

*Correspondencia:* jesse.jansen@sydney.edu.au

### COMENTARIO

La deprescripción, al igual que cualquier intervención, se ve sometida a factores que la dificultan (barreras) y favorecen (facilitadores). En este artículo, Jansen y colaboradores se centran en una barrera determinante, la asociada al paciente y a su relación con el profesional sanitario. Algunos grupos de investigación ya trabajan en herramientas que ayuden a la toma compartida de decisiones. Un grupo canadiense ha investigado en el campo de las *Patient Decision Aids*, herramientas estructuradas que describen las diferentes opciones de tratamiento, aplicadas a la deprescripción de fármacos inhibidores de la bomba de protones (1). Esto permitiría al paciente cuantificar potenciales beneficios y daños, haciendo que pueda evaluar los posibles efectos que el fármaco pudiera causarle. Otro grupo, australiano en este caso, ha desarrollado un cuestionario que explora las expectativas y actitudes de los pacientes y cuidadores hacia la deprescripción (2). Al ser un campo de investigación muy reciente, sólo existe hasta el momento un estudio que aplique estos instrumentos en población mediterránea, desarrollado en Italia con pacientes hospitalizados (3).

Se abre la puerta a investigar la aplicabilidad en nuestro entorno de las diversas herramientas que se están desarrollando. De lo que no hay duda es que la deprescripción será una decisión compartida entre médico y paciente, adaptada a sus necesidades, circunstancias y contexto familiar, comunitario y social, o no será.

### José Ignacio de Juan Roldán

Programa de Doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud. Departamento de Farmacología. Universidad de Málaga.

(1) Thompson W, Farrel B, Welch V, Tugwell P, Bjerre LM. Should I continue taking my acid reflux medication? Design of a pilot before/after study evaluating a patient decision aid. *Can Pharm J (Ott)*. 2017;150(1):19-23.

(2) Reeve E, Low LF, Shakib S, Hilmer SN. Development and Validation of the Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) Questionnaire: Versions for Older Adults and Caregivers. *Drugs Aging*. 2016;33(12):913-28.

(3) Galazzi A, Lusignani M, Chiarelli MT, Mannucci PM, Franchi C, Tettamanti M, et al. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(2):454-61.

## La participación ciudadana en salud, aun en pañales pero aprendiendo a andar

Gómez Martínez ME, Pastor Moreno G, Pérez Corrala O, Iriarte de los Santos MT, Mena Jiménez L, Escudero Espinosa MC et al.

**Análisis de las buenas prácticas de participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud. Gac Sanit. 2017;31:139-44.**

### Objetivo

Conocer las prácticas de participación ciudadana de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz Salud (SAS), y sus factores determinantes.

### Método

Primera fase, cuantitativa, transversal, basada en una encuesta, seguida de un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas.

### Resultados

En la primera fase se identificaron las cinco prácticas de participación realizadas con mayor frecuencia, todas pertenecientes al nivel de información y consulta. Las actividades educativas dirigidas a pacientes 82,6%; recogida sistemática de opiniones, valoraciones/quejas sobre la atención recibida 80,9%; edición y utilización de información escrita y audiovisual dirigida a la ciudadanía sobre el funcionamiento de la UGC 79,4%; existencia de canales para que la ciudadanía pueda expresar sus opiniones 77,4%; y difusión de los resultados del Acuerdo de Gestión de la UGC 76,8%.

En la segunda fase se objetivó que las actividades más habituales son

las pertenecientes a los niveles de información y consulta, y que existe una mínima población participativa. La falta de conocimiento de los mecanismos de participación ciudadana y la desconfianza hacia éstos son los principales inconvenientes reconocidos. Entre los profesionales, la falta de implicación se atribuye a la falta de tiempo, formación e interés. Otro factor identificado es la falta de relación entre el discurso de la Administración pública y la dotación de medios para llevarlo a cabo.

### Conclusiones

En las UGC del SAS se realizan principalmente actividades de participación ciudadana a nivel de información y consulta, en el que el papel de los ciudadanos es bastante limitado. Otras prácticas más participativas como el uso de redes sociales o la existencia de canales para colaborar en determinadas decisiones, son poco relevantes actualmente, siendo múltiples los obstáculos identificados para llegar a una participación ciudadana plena.

*Financiación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Conflicto de intereses. Ninguno.*

*Correspondencia: meugenia.gomez.easp@juntadeandalucia.es*

### COMENTARIO

Desde los inicios del modelo de gestión clínica, el SAS ha planteado las UGC como estructuras organizativas que mejorarían la eficiencia del sistema sanitario a través de un modelo integrado y participativo, que conociera las necesidades en salud de la población, utilizara la mejor evidencia científica disponible y se dotara de herramientas de evaluación. La atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida constituyen un área para mejorar la atención a los ciudadanos, así como un nuevo modo de entender la relación terapéutica (1). Pero por diferentes razones, tanto los ciudadanos como los profesionales, tienen dificultades en aceptar este nuevo reparto de poder, esta nueva asunción de papeles.

A la hora de definir participación ciudadana? Cabe responder desde diferentes perspectivas (2). Una de ellas es la del poder. En ella refiere que la participación ciudadana implica siempre la cesión del poder por parte de los estamentos públicos. De ello podemos extraer dos conclusiones: aumentar la participación implica redistribuir el poder, y que proporcionar información no es una actividad participativa, ya que no hay un verdadero traspaso de poder. Según esta perspectiva, y los resultados de este estudio, la participación ciudadana actual en el SAS es casi inexistente. En 2012, la Gerencia del SAS publicó una resolución en la que se regulaba la relación de los ciudadanos con las UGC (3). Su objetivo era fomentar el intercambio de la información y aportación de ideas de los ciudadanos, y su presencia activa en los equipos clínicos a través de la formación de CPC. Si bien su participación real actual se limita a un papel meramente informativo y no tan participativo como se pretendía.

En la práctica clínica habitual, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan diariamente a situaciones en que deben tomar decisiones relacionadas con la elección de un procedimiento diagnóstico o tratamiento,

en muchas ocasiones, con gran incertidumbre por parte del paciente. En ellas, es cuando es de vital importancia su participación activa, pero es algo que en nuestro medio no se ha integrado aún. Este estudio lo refleja perfectamente. En él se recogen citas textuales de las entrevistas a profesionales que trabajan en participación ciudadana en 4 provincias de Andalucía, describiendo fielmente el día a día que vive cualquier profesional sanitario. Por una parte la desidia de los ciudadanos, ya que la creencia de que hagan lo que hagan no servirá de nada está muy arraigada, y porque tampoco conocen las herramientas que tienen a su disposición para hacerse escuchar dentro del sistema. Y por otro lado la de los profesionales, que si bien son más conscientes de las posibilidades, la falta de recursos y motivación las hacen objetivos imposibles.

El estudio aborda un tema sobre el que no existe suficiente investigación, y que la aportación de resultados en este ámbito es indispensable para que las organizaciones sanitarias diseñen estrategias que impliquen a la ciudadanía en la mejora de servicios y en la propia gestión de la salud. Las limitaciones impuestas por la baja tasa de respuesta (42% de las UGC seleccionadas) o la imposibilidad de analizar las características de la población no participante con una intención comparativa, avalan la necesidad de nuevos estudios que corroboren o rebatan los escasos datos disponibles en estos momentos.

### Dana Díaz Canales

Alumna Máster Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

(1) Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:158-161.

(2) Ortiz de Zárate A. ¿Por qué esa obsesión con la participación ciudadana? En: Open Government: gobierno abierto. Alcalá la Real (Jaén): Alción editores, 2010:29-50.

(3) Servicio Andaluz de Salud. Regulación de la participación ciudadana en las unidades de gestión clínica del Servicio Andaluz de Salud. Resolución SA 0077/12 (20 marzo 2012).

## 10 años del Máster en Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga

Vicente Ortún

Universidad Pompeu Fabra

Tanto los matrimonios por amor como los matrimonios concertados pueden necesitar un punto de alcahuetería. Al parecer es el que proporcioné a Luz González (Antonio Clavero et al.) y Antonio García-Ruiz (Paco Martos, Núria García-Aguas et al.) para que unieran sus Facultades, Economía y Medicina respectivamente, y alumbraran un excelente programa del que ahora hemos celebrado el décimo aniversario aprovechando el vigésimo de un artículo acerca de lo que debería saber un clínico sobre Economía de la Salud.

Tal como comenté, el pasado 28 de octubre, en el Antiguo Edificio Central de Correos (ahora Rectorado de la Universidad de Málaga), en el acto de inauguración/clausura del Máster de Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento, la atención prestada al artículo me obliga tanto a revisar mi CV como a considerar la vigencia del mismo. En relación al primer punto pienso incluir el haber participado en el primer registro informático de lepra del mundo... en unos tiempos en que los países con lepra no tenían informática y los países con informática apenas tenían lepra; sólo en España contábamos con una prevalencia suficiente de ambas.

En cuanto al artículo añadiría Sen (quien ya aparecía claramente en la bibliografía) y Acemoglu a Cochrane, McKeown y Rose, como lecturas estrella de 'Economía' para la formación en Medicina *ante el preocupante aumento de la esperanza de vida*. Actualizaría también las tres recomendaciones centrales: Incorporar el coste de oportunidad, Transitar hacia la eficiencia por la efectividad y Aceptar que las utilidades relevantes son las del paciente.

El coste de oportunidad continúa siendo muy difícil de incorporar. Lo demuestra el hecho de que se dedicara la sesión del día 28 al artículo

en cuestión en lugar de a cualquier otro de los escritos por los intervinientes Jaume Puig-Junoy, Salvador Peiró, Ricard Meneu, Carlos Campillo o Paco Martos. También, como destacó Jaume, que se intente justificar el precio de los medicamentos como su coste contable y algo más en lugar del concepto económico de coste que implica tomar en consideración los beneficios que dejan de conseguirse en alternativas razonablemente disponibles. *A vegades cal que un home mori per un poble, però mai ha de morir un poble per un home sol*. Así expresaba Salvador Espriu el concepto de coste de oportunidad.

A la eficiencia por la efectividad. El conocimiento del papel de los incentivos viene de antiguo, como mínimo del código de Hammurabi, se puso de largo en Hawthorne y conoció sus limitaciones con McNamara (pagar por vietcong muerto). Los Nobeles de Economía de este siglo, como Kahneman (2002), Schiller (2013), y Thaler (2017) reconocen la existencia de nuevos vecinos en el barrio que sustentan los incentivos implícitos proporcionados por el contexto profesional, social y legal así como el peligro de los incentivos 'fuertes', la importancia de la motivación intrínseca, o la existencia de castigadores altruistas, esas personas que actúan por el fuero, no por el huevo.

Finalmente, hay mayor necesidad y más instrumentos de decisión compartida para que las utilidades relevantes en una decisión clínica sean las del paciente. Conviene, no obstante, recordar que al César de la Ciencia hay que darle validaciones, algoritmos e inteligencia artificial, y que al Dios de la Política, formas de expresar decisiones, tanto individuales como sociales, debidamente informadas.



## Quién te ha visto y quién te ve

Manuel Arranz

William Gerhardie, *Hecatombe*, trad. de Martín Schifino, Madrid, Impedimenta, 2016.

“¡Qué vida! –suspiró, limpiándose las lágrimas que se le habían escapado con el exabrupto– he dejado de tomarme a mí misma, o a mi ropa, o a mi vida, en serio”.

Dejar de tomarse la vida en serio. ¡Qué remedio nos queda! La vida no es seria. ¡Afortunadamente! Si ya es bastante insoponible como es, no quiero ni pensar cómo sería una vida seria. Pero no tomárnosla en serio no quiere decir que debemos tomárnosla a broma. Quiere decir que debemos tomárnosla como es. Y, convendrán conmigo, en que no es seria.

Algunas novelas –las de William Gerhardie sin ninguna duda– nos pintan la vida con tanta fidelidad que desatan nuestra hilaridad sin que podamos contenernos. Sin embargo, yo no creo que sus novelas –hablo de las de William Gerhardie naturalmente– sean sátiras de la sociedad, de la política, del arte y la literatura, de la religión, incluso del amor, cosas todas ellas de las que de cuando en cuando es muy saludable reírse. La sátira hoy día pasa desapercibida. Son mucho más sutiles que una sátira. Más demoledoras, más rotundas, más insidiosas. No deforman ninguna realidad, ningún sentimiento, ninguna emoción, los pintan tal y como son, y, francamente, no son precisamente serios. Conozco pocos autores a los que se lea con tanto gusto. Y me sorprende que en un mundo tan necesitado de reírse de sí mismo, sus libros no se agoten rápidamente. Aunque en realidad no me sorprende en absoluto si pienso en los libros que se agotan. Gerhardie es demasiado inteligente, demasiado sutil, demasiado perverso, demasiado original, y ser demasiado algo –incluso demasiado imbécil– es algo que no se perdona fácilmente. De todo hay una medida asumible en esta vida, el famoso término medio, una forma educada, hay otras formas, de llamar a la mediocridad, que no tiene nada que ver, aunque se pretenda lo contrario, con el sentido común.

*Hecatombe* es su tercera novela recuperada hasta la fecha. Y digo recuperada porque estoy hablando de libros escritos entre los años veinte y treinta del siglo pasado, siglo fecundo en tantas cosas. Antes se publicaron otras dos novelas geniales que pasaron también genialmente desapercibidas. *Inutilidad* (luego traducida como *Futilidad*) y *Los políglotas* no hace mucho en la misma editorial. El argumento de *Hecatombe*, y el de las novelas anteriores, siendo como es rocambolesco e imprevisible, aunque no inverosímil, es casi lo de menos. Pero los diálogos, las situaciones, las relaciones de los personajes entre sí, sus comportamientos, sus tics, sus manías, sus ideas cuando las tienen, son tan delirantes y peregrinas como irrefutables y

demoledoras. Sin embargo, Gerhardie no trata de hacernos reír. Su humor está a años luz de lo que hoy se entiende por humor, como tantas otras cosas están hoy a años luz de lo que fueron un día, nosotros incluidos. *Quién te ha visto y quién te ve y sombra de lo que eras*. ¿Recuerdan?

Pero, ¿quién fue William Gerhardie, a quien Evelyn Waugh, que no prodigaba precisamente las alabanzas a sus colegas, calificó de genio? Echemos mano, con las debidas precauciones, de ese Who is Who moderno que es la Wikipedia. Vaya. Poca cosa. William Alexander Gerhardie (1895-1977), novelista y dramaturgo anglo ruso muy leído en los años veinte, la frase que le dijo Evelyn Waugh, “Yo tengo talento, pero usted tiene genio”, y poco más. En la web de la editorial se habla de estilo tragicómico, de que pasó de moda tras la segunda guerra mundial, y de que Graham Greene lo consideraba el escritor más brillante de su generación. Pero yo no creo que fueran sinceros, ni Graham Greene ni Evelyn Waugh. Por lo demás, ¿cuándo un escritor ha sido sincero a la hora de juzgar a un colega? No, la sinceridad no es su fuerte.

Parece que lord Balfour –¿pero quién era lord Balfour? ¿Existió de verdad lord Balfour?– dijo en una ocasión: “Si no hay otra vida después de esta, entonces la vida es un mal chiste”. Está claro que alguien dijo esto en algún momento. Así que hay muchas probabilidades de que lord Balfour existiese. Pero yo disiento de él y creo en cambio que la vida, en ocasiones, es un buen chiste. Un chiste disparatado. Un chiste desternillante. Otra frase: “Después del amor, la música es lo mejor del mundo”. Aquí en cambio hay opiniones. No dudo de que el amor es algo muy bueno, pero también es peligroso. Todo el mundo sabe que puede llegar a matar. Y no sólo los cuerpos, lo que es bastante lamentable, sino las almas. La música en cambio... “nos consuela de haber nacido”, decía el inconsolable Ciorán. (Yo personalmente recomiendo a Bach). Y otra frase, que para mí vale un libro entero, y les advierto que *Hecatombe* está repleta de frases impagables de este tipo. ¿Por qué no se me ocurrirán a mí?, la frase: “La opinión de que todas las mujeres son iguales le parecía a Frank, como razonamiento general, más bien errada. En realidad él creía que eran todas distintas. Pero en un detalle todas eran iguales: en el anhelo uniforme de que las considerasen distintas y en su vulgar miedo a pasar por vulgares. Apremiado por su deseo de convertirla en su esposa y ansioso por anticipar la boda, Frank la dejó decir que, sin duda, ella le parecía igual a las demás, pero respondió que, por el contrario, ella le parecía particular y

excepcionalmente distinta de todas, después de lo cual ella se comportó tal como las demás”. Genial.

Quizá sea la ironía la mejor virtud de William Gerhardie. “Pero usted dijo... protestó perplejo Frank. Con ironía, contestó lord Ottercove. Debe estudiar la inflexión de mi voz cuando hablo; es capital. Tan capital como la puntuación”. ¡Qué lección! Estudiar la inflexión y la puntuación, ahí está el secreto. ¿Quién entiende hoy la ironía? ¿Quién atiende hoy a la inflexión y a la puntuación? En este estúpido mundo ya no sirve de nada ser el mejor en algo, hay tantos genios que el genio se ha devaluado mucho. ¿El mejor cocinero del mundo? Bueno, ¿y a mí qué me cuenta? ¿El mejor futbolista? Pues muy bien, me alegro por él. ¿El mejor cirujano plástico? ¡Habría que verlo! En cambio ser el peor en algo, ¡eso sí que te abre todas las puertas! No es nada fácil ser el peor en algo. ¿Es esto ironía? Es posible, pero también es la genial estrategia comercial que se le ocurre al genial lord Ottercove para promocionar al mediocre novelista Frank Dickin, autor de la más que mediocre novela *Pálidas primaveras*, también conocida como *Diario de un hombre desnudo*, aunque no haya ningún hombre desnudo en ella, ¿tal vez en la continuación?, ¿tal vez es una metáfora? Y de paso que se cambie el nombre de Frank por el de Charles, Charles Dickin suena más convincente como novelista, y se invente una genealogía dudosa y algo morbosa y canalla. Como se ve, lord Ottercove era un adelantado a su tiempo. ¿Que si funcionó? Por supuesto que funcionó. ¿Quién no querría conocer, e incluso leer, al peor novelista de la historia? Le llovieron las ofertas, de matrimonio incluidas. Lord Ottercove tiene un amigo, aunque no es exactamente la amistad lo que los une, ya saben lo que se dice de los amigos, lord De Jones,

“un genio no comprobado”, con una idea luminosa que cambiará el mundo. ¡Y vaya si lo cambiará! La idea es ni más ni menos que destruirlo, así como suena. “Destruir el mundo no es lo que yo llamaría una obra constructiva”, argumenta razonablemente lord Ottercove. Pero se equivoca. “Se trata de destruirse con ganas, disolverse gozosamente en la nada, rebosar de alegría al escapar”. Bueno, visto así... la cosa cambia. Además, mejor hacerlo de golpe y no poco a poco como lo estamos haciendo, es más democrático y seguramente menos doloroso.

Sin embargo “qué hermosa podía ser a ratos la vida”. Otro inolvidable personaje, siempre a la altura de las circunstancias, es la genial y frívola Eva, qué nombre tan apropiado, todo lo que sale de su boca es inigualable, irrefutable, prístino, admirable. ¿Recuerdan la frase atribuida a Marilyn: “Pero a él le gusta tanto, y a mí me cuesta tan poco”? ¡Pues es de Eva! (página 220). Sólo que Marilyn, más generosa y más sincera, utilizó el plural. ¿Leería Marilyn a William Gerhardie? ¿Por qué no? ¿Acaso no se cuenta que se leyó el *Ulises* en una noche y a la mañana siguiente, al devolverlo, hizo la mejor crítica que se haya hecho nunca de un libro: “No está mal”?

Después de todo lo escrito hasta aquí, si es que han llegado hasta aquí y no se han impacientado antes, cosa que personalmente comprendería muy bien, e incluso disculparía, no sé si se han hecho una idea de la genuina genialidad de William Gerhardie. Es relativamente fácil escribir, mejor o peor, sobre una mala novela, y hasta se puede escribir bien sobre un mal libro, e incluso sobre uno bueno. Pero decir algo que esté a la altura de una novela genial, es algo francamente difícil. Gerhardie sólo se parece a Gerhardie. Es todo lo que se me ocurre decir.

## GCS EN LA RED

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

## Información para los lectores

### Responsable Editorial

Fundación IISS  
 Ricard Meneu  
 C/ San Vicente 112, 3  
 46007 VALENCIA  
 Tel. 609153318  
 ricard.meneu@gmail.com  
 iiss\_mr@arrakis.es

### Publicidad

Fundación IISS  
 C/ San Vicente, 112, 3  
 46007 VALENCIA  
 Tel. 609153318  
 iiss\_mr@arrakis.es

### Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez  
 Paz Talens

### Suscripción anual

Normal: 40 Euros  
 Números sueltos: 15 Euros

### Números deteriorados y pérdidas

Los números deteriorados y pérdidas de distribución serán repuestos gratuitamente siempre que se soliciten en los 3 meses siguientes a la edición del correspondiente número.

Para su edición y difusión GCS tiene establecido un convenio con la **Fundación Salud Innovación y Sociedad**.

### Defensor del lector

Salvador Peiró  
 iiss\_mr@arrakis.es

### Protección de datos personales

De acuerdo con lo contemplado en la ley 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que los datos personales de los suscriptores forman parte del fichero automatizado de Gestión Clínica y Sanitaria.

Los suscriptores tienen la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud a:

Gestión Clínica y Sanitaria  
 San Vicente, 112-3ª  
 46007 Valencia.

## Objetivos

El objetivo central de GCS es la difusión de los nuevos conocimientos sobre gestión clínica y sanitaria mediante la selección y resumen de aquellos trabajos de investigación bien realizados y previsiblemente más útiles. Todas las secciones de GCS están abiertas a las colaboraciones de los lectores. Quienes quieran colaborar en cualquiera de las secciones, pueden contactar vía email con la Oficina Editorial (iiss\_mr@arrakis.es) o por cualquier otro medio de comunicación.

El procedimiento seguido en GCS es la revisión de una serie de revistas científicas, identificando los originales de mayor interés que son resumidos bajo un título ilustrativo. El resumen se acompaña de un comentario realizado por un experto, que intenta contextualizar la utilidad y limitaciones del trabajo revisado. La lista de publicaciones revisadas estará sujeta a cambios en función de la evolución de las propias revistas, las posibilidades del equipo editor y la incorporación de nuevos colaboradores.

## ORDEN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
 PUESTO DE TRABAJO (Opcional) \_\_\_\_\_

Si no desea que sus datos se empleen para remitir publicidad, marque aquí

### FORMA DE PAGO

Adjunto TALÓN núm. \_\_\_\_\_ a nombre de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud por importe de

- 40 Euros  
 Adjunto orden de domiciliación bancaria.

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

### TITULAR

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS \_\_\_\_\_  
 CUENTA/LIBRETA \_\_\_\_\_  
 BANCO/CAJA DE AHORROS \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN SUCURSAL \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Sr. Director, atienda hasta nueva orden los recibos que con cargo a mi cuenta referenciada serán librados por la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Atentamente

Fecha y firma

Remitir por correo a Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

c/ San Vicente, 112-3ª 46007 Valencia

Tel.: 609 15 33 18 e-mail: iiss\_mr@arrakis.es