

Número coordinado por Anna García-Altés y Vicente Ortún

Editorial	
Si el vino te perjudica los negocios, deja los negocios. A propósito de la desigualdad, la cobertura universal y la gestión sanitaria	87
A vueltas con los umbrales de coste efectividad	93
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Telemedicina en pacientes crónicos y complejos: Llamar es suficiente	95
Se pueden reducir los reingresos sin aumentar la mortalidad	96
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Un caso de éxito en el uso de la información genética en la práctica clínica	97
Efectividad comparada de dabigatrán, rivaroxabán y warfarina en pacientes pluripatológicos con fibrilación auricular	98
El papel de la histamina de nuestra alimentación en determinadas patologías	99
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Intervenciones para reducir las pruebas de laboratorio inadecuadas. A veces hay que pasar del paternalismo libertario al despotismo ilustrado	100
Evaluación del reingreso como evento centinela en la calidad de la asistencia hospitalaria	101
Modos de ver	
La continuidad asistencial tan maltratada como esencial para la cantidad y calidad de vida	102
Evaluación económica, eficiencia, costes	
A vueltas con las comparaciones del gasto sanitario estadounidense	105
Una mejor asignación de recursos requiere de una actualización en las técnicas de evaluación económica	106
Elementos para un debate informado	
El deseado (y debatible) umbral coste-efectividad para el SNS	107
Utilización de servicios sanitarios	
Sobreutilización sanitaria en Atención Primaria. Percepciones de sus profesionales	110
Así no vamos bien: ¿Más o mejor regulación en las aprobaciones?	111
Evaluación rápida del riesgo de cáncer asociado a los lotes de valsartán contaminado	112
Los proveedores de Medicare tienen incentivos para incrementar la utilización; más cuanto más poder de mercado tienen	113
Gestión: Instrumentos y métodos	
Incentivos ligados al desempeño: Ni contigo ni sin ti tienen mis males remedio	114
Radicalismo selectivo vs. radicalismo sistémico	115
Impacto de las enfermeras en la seguridad y la mortalidad de los pacientes hospitalizados: evidencia desde Finlandia	116
Política sanitaria	
Los sociodeterminantes de la salud vistos con diferentes gafas	117
La capacidad para posponer la muerte explica –al menos parcialmente– las desigualdades sociales en salud	118
Los dos componentes clave para el desarrollo social: Sanidad cumple pero educación cojea	119
Políticas de salud y salud pública	
Los impuestos sobre bebidas azucaradas: impacto de una medida limitada	120
La actividad física, una prescripción indispensable	121
Un nuevo “fármaco” para vivir más: la actividad de caminar	122
Avanzando en equidad y autonomía del paciente en las estrategias de cronicidad	123
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Cuidados paliativos para los pacientes y sus familias	124
La soledad: Un problema de salud pública en el mundo occidental	125
A su salud	
Etcétera	126

Editor

Ricard Meneu de Guillerna, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

Editores asociados

Enrique Bernal Delgado, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Zaragoza.

Juan del Llano Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Sevilla.

Vicente Ortún Rubio, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Barcelona)
 Xavier Bonfill (Barcelona)
 Carlos Campillo (Mallorca)
 Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
 Anna García Altes (Barcelona)
 Antonio J García Ruiz (Málaga)
 Jordi Gol (Madrid)
 Beatriz González López-Valcárcel (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)
 Lluís Bohigas (Barcelona)
 Francisco Bolumar (Alcalá)
 Eduardo Briones (Sevilla)
 Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
 Juan Cabasés Hita (Pamplona)
 Jesús Caramés (Santiago)
 David Casado Marín (Barcelona)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castells (Barcelona)
 Ferran Catalá (Madrid)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Nuria García-Agua Soler (Málaga)
 Sandra García-Armesto (Zaragoza)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gérvás (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Victoria Gosalves (València)
 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 Figuera (Sevilla)
 Ana Sainz (Madrid)
 Gabriel Sanfélix (València)
 Bernardo Santos (Sevilla)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Andreu Segura (Barcelona)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Bernardo Valdivieso (València)
 Albert Verdagué Munujos (Barcelona)
 Román Villegas Portero (Sevilla)

Revistas revisadas sistemáticamente

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

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

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

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

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

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

Si el vino te perjudica los negocios, deja los negocios. A propósito de la desigualdad, la cobertura universal y la gestión sanitaria

Anna García-Altés,^{1,2} Vicente Ortún^{2,3}

Introducción

Señalemos de entrada que en el dilema vino o negocios, parece más razonable optar por seguir con los negocios y dejar el vino, por mucho que se comparta la crítica de Aaron Carroll (1), en el New York Times, al artículo del Lancet (2) que establecía el carácter dañino del alcohol a cualquier dosis y se crea incluso conveniente considerar las ideas de Dunbar (3) sobre la destacada contribución del alcohol al desarrollo humano. Efectivamente, el artículo referido establecía en cero el nivel óptimo de consumo de alcohol para minimizar las pérdidas de salud. Carroll, entre otros, rebate adecuadamente una conclusión tan tajante y Dunbar remacha motivando casi la Revolución Agrícola en la selección de granos que fermentaran convenientemente.

Aceptemos, pues, que si el vino te perjudica los negocios, mejor dejas el vino. Deberíamos aceptar –siguiendo a Dani Rodrik (4)– también que:

1. Si la progresividad fiscal viene impedida por la movilidad de las multinacionales, la respuesta correcta no debería ser “deja la progresividad” sino condicionar la movilidad.
2. Si la acción colectiva ante el calentamiento global viene condicionada por la carrera Norte-Sur, no se trataría de “arrinconar la acción global” sino de pactar tasas de crecimiento económico –y, por tanto año, de convergencia China-Estados Unidos– y actuar contra los países insolidarios.
3. Si las políticas industriales para diversificar las economías en desarrollo quedan excluidas por las reglas de la Organización Mundial del Comercio, las reglas comerciales deberían ser reformadas.
4. Si las normas laborales nacionales se erosionan debido a la competencia internacional con los países donde los trabajadores tienen pocos derechos, es el comercio el que debería soportar la peor parte.
5. Si las medidas de política fiscal y monetaria son obstruidas por grandes flujos de capital a corto plazo, no debería “abandonarse la política” sino regular las finanzas.

Dado que los dos primeros dilemas citados afectan, respectivamente, a la desigualdad y al calentamiento global, diremos algo sobre el segundo y nos centraremos en el primero por dos razones: 1) Ser, entre los cinco considerados, los más relacionados con la salud y el bienestar social en general; 2) Presentar un espinoso problema de acción colectiva, aquella situación en que todos los individuos estarían mejor cooperando pero no lo hacen pues existen intereses individuales en conflicto con los intereses mayoritarios del grupo. A continuación, se aterriza en España para establecer como tanto la reducción de la desigualdad como la eficiencia del Estado del Bienestar

requieren de una cobertura universal públicamente financiada de forma más progresiva que la actual. Y dado que la financiación pública constituye condición necesaria pero no suficiente finalizaremos con tres medidas, empíricamente sustentadas, que pueden contribuir a la mejora de la gestión y gobernanza sanitarias.

Tanto el calentamiento global como la creciente desigualdad requerirían una actuación por parte de todos los países pues actuaciones aisladas para reducir la desigualdad o disminuir las emisiones de CO₂ se traducen en fugas de rentas móviles y menor tasa de crecimiento económico, respectivamente. Pactar tanto reducción de desigualdad como, sobre todo, atenuación del calentamiento global requiere acordar tasa y tipo de crecimiento (5); supone considerar la fecha de convergencia entre el ‘Norte’ y el ‘Sur’, más concretamente entre EE.UU. y China.

Perspectiva histórica sobre la evolución de la desigualdad

En la estela de Thomas Piketty y Branko Milanovic, Walter Scheidel (6) remonta a la Edad Antigua (época de la que, como historiador, es especialista) el análisis de la desigualdad a lo largo de los siglos. Hipotetiza cuatro grandes niveladores, estableciendo un paralelismo con los cuatro caballos del Apocalipsis. A lo largo de la historia, la nivelación más importante resulta invariablemente de los choques más poderosos. Cuatro tipos diferentes de rupturas violentas han reducido la desigualdad: la guerra con movilización masiva (las dos guerras mundiales del s. XX), la revolución transformadora (la soviética o la china), el fracaso del estado (como en Somalia) y las pandemias letales.

Para que la guerra nivelara las disparidades en cuanto a ingresos y riqueza, era necesario movilizar a las personas y los recursos en una escala que sólo era factible en los Estados-nación modernos, por ejemplo las dos guerras mundiales: Destrucción física y catalizador poderoso para el cambio de política, expansión del Estado de Bienestar, sindicalización, etc. El análisis de Scheidel coincide con el de Piketty y Milanovic al situar entre el final de la primera guerra mundial y el final de la década de los setenta del s. XX la mayor reducción de la desigualdad habida en Europa y Estados Unidos. Las guerras mundiales fueron relativamente cortas y sus efectos se han desvanecido con el tiempo: las tasas impositivas sobre las rentas altas y la afiliación sindical han disminuido, la globalización ha ido a más, el comunismo ha desaparecido como alternativa, la Guerra Fría parecía haber finalizado... Todo esto apunta a posibles razones explicativas del reciente resurgimiento de la desi-

gualdad en Europa y Estados Unidos y al cuestionamiento del Estado del Bienestar.

Las élites han tenido éxito en extraer todo el excedente que la economía creó desde los tiempos de la revolución agraria. El poder crea riqueza y la riqueza crea poder. ¿Puede algo detener el proceso? Según Scheidel, sí: la guerra, la revolución, la peste y la hambruna. Queda obviamente la vía no catastrófica de la intervención redistribuidora del Estado en la medida que las preferencias sociales vayan en esa dirección y el trilema de Rodrik lo permita. [El trilema se enunció como la posibilidad de obtener solo dos de los siguientes tres objetivos: democracia, soberanía e integración económica global]

La desigualdad amenaza la democracia salvo que actúe la política

A partir de 1980 la desigualdad aumenta de forma generalizada en el mundo aunque a diferentes velocidades (Figura 1). Entre 1980 y 2016 el 1% más rico capturó el 27% de los aumentos mundiales de renta (Figura 2), siendo la trayectoria de ese 1% radicalmente divergente de la trayectoria del 50% más pobre en Estados Unidos y más pausada en Europa Occidental (Figura 3).

El auge de las plutocracias populistas en el mundo plantea la cuestión de qué podrá más, si un cierto deseo de armonía social o la polarización de rentas en un entorno de individualismo creciente. La evidencia de efectos negativos de la desigualdad sobre el crecimiento futuro (7) no necesariamente afectará al rumbo que las sociedades adopten.

Voces como la de Martin Wolf o Marina Mazzucato (8) llevan tiempo alertando acerca de la extracción de rentas –y no de su creación– como una forma de vida económica, de la indiferencia hacia el destino de gran parte de su ciudadanía, del papel corruptor del dinero en la política, y de la indiferencia hacia la verdad y el sacrificio de la inversión a largo plazo para el consumo privado y público.

Resulta difícil dejar de suscribir las tres grandes familias de recomendaciones de políticas que los autores del World Inequality Report 2018 formulan:

1. Mayor progresividad impositiva.
2. Registro global en el que conste la propiedad de los activos financieros (antídoto del lavado de capitales, la evasión fiscal y la creciente desigualdad).
3. Mejor acceso a la educación (y a ocupaciones bien remuneradas).

Todo esto no es gratuito, puesto que tiene efecto sobre las generaciones futuras. En España, la población menor de 18 años es la que tiene un mayor riesgo de pobreza (Figura 4), impactando también en su estado de salud (9). Además, los mecanismos para revertir la situación son pocos y el ascensor social esta averiado (10): El último informe PISA recientemente publicado vuelve a recordar que la escuela no es capaz de mejorar la clase social del alumno.

Financiación del Estado de Bienestar en España

España consolidó gasto corriente en los años anteriores a la crisis de 2008 con ingresos tributarios vinculados a la burbuja inmobiliaria. Pinchada esta, los ingresos desaparecen, el gasto queda y el déficit aumenta presentando una evolución claramente diferenciada entre España y la Unión Europea.

La presión fiscal en España puede considerarse algo baja cuando se compara con los socios europeos. Tras los fuertes ajustes de gasto experimentados cabe esperar una actuación sobre los ingresos. Algunas posibilidades:

–Eliminación de los beneficios fiscales en IRPF e IVA manteniendo fijos los tipos impositivos.

–Existe margen de aumento en impuestos especiales. Cabe introducir el impuesto sobre bebidas azucaradas.

–Mayor uso de precios públicos.

Otras medidas fiscales complementarias pueden ir en la línea de una mayor orientación hacia el *workfare* huyendo de las peculiaridades que caracterizan los Estados de Bienestar del *Mezzogiorno* europeo. Entre estas:

–Créditos fiscales que complementen el sueldo para reducir desigualdad.

–Impuesto sucesiones para absentistas familiares (a la hora, por ejemplo, de atender a los padres en la vejez).

–Separar de manera voluntaria y temporal la nuda propiedad del usufructo para aquellos hipotecados que no puedan llegar a final de mes (11).

Es necesario que la población crea en la imparcialidad de las administraciones para que el estado de bienestar se consolide. El capitalismo corrupto, de amiguetes e influencias, arruina esa confianza. Todos los países se enfrentan a un desafío enorme pero bien conocido: ¿Cómo conciliar el capitalismo, el gobierno de unos pocos, con la democracia, el gobierno de muchos? ¿Cómo funcionará el capitalismo democrático?

La democracia no es suficiente para construir un buen gobierno. Según Charron et al (12), los tres factores que parecen tener el mayor apoyo empírico para comprender las diferencias en la calidad de la gobernanza entre países son:

1. Una gestión pública profesional con una separación estricta entre las carreras de políticos y funcionarios.
2. Descentralización y autonomía en la gestión de los recursos humanos.
3. Transparencia, entendida como el acceso a la información pública (sin publicidad ni ocultando los malos resultados; la *accountability* anglosajona) y libertad de prensa.

Tres medidas trasladables a la gestión sanitaria

Sentada la financiación pública como garante de una atención sanitaria eficiente (y aquí conviene, entre muchas opciones, un cita reciente y “liberal” (13)), hay que recordar se trata de una condición necesaria pero no suficiente; además hay que hacer bien las cosas (14). Si no se consiguiera alguna de estas mejo-

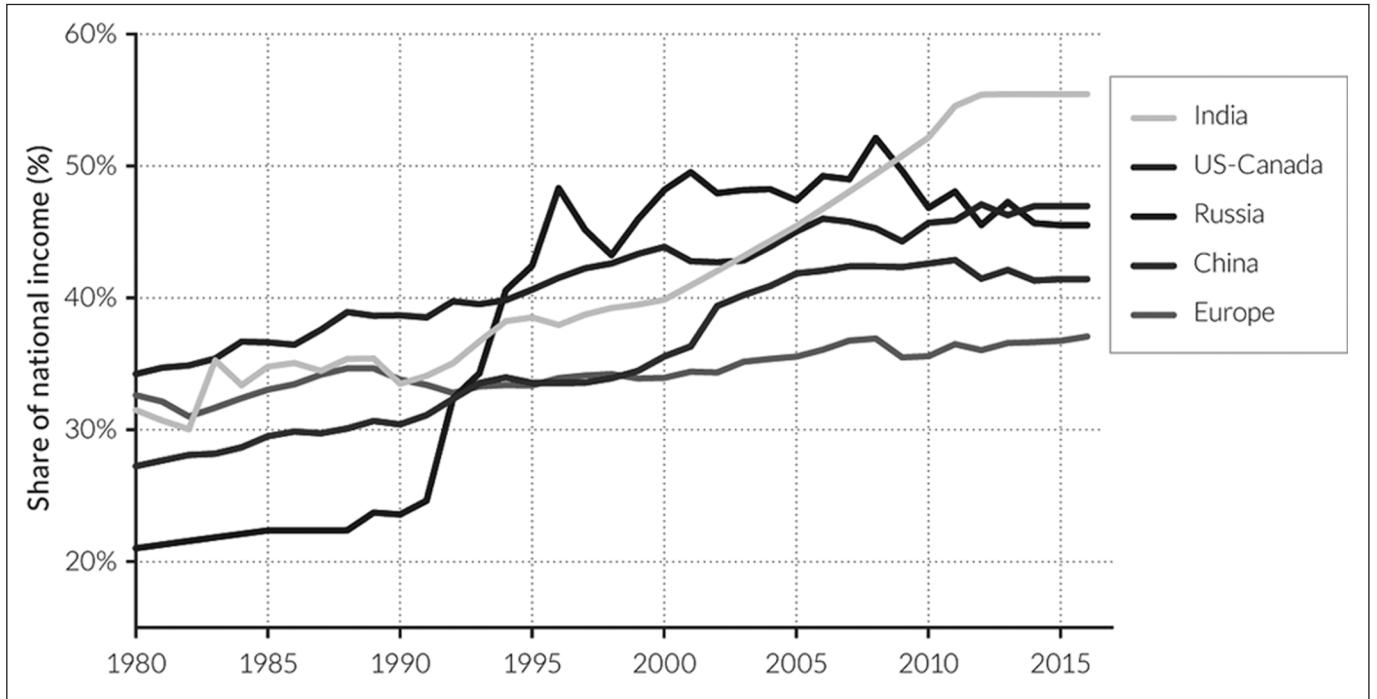


Figura 1. Participación del 10% más rico en la renta, 1980-2016. Fuente: World Inequality Report 2018, pág. 10.

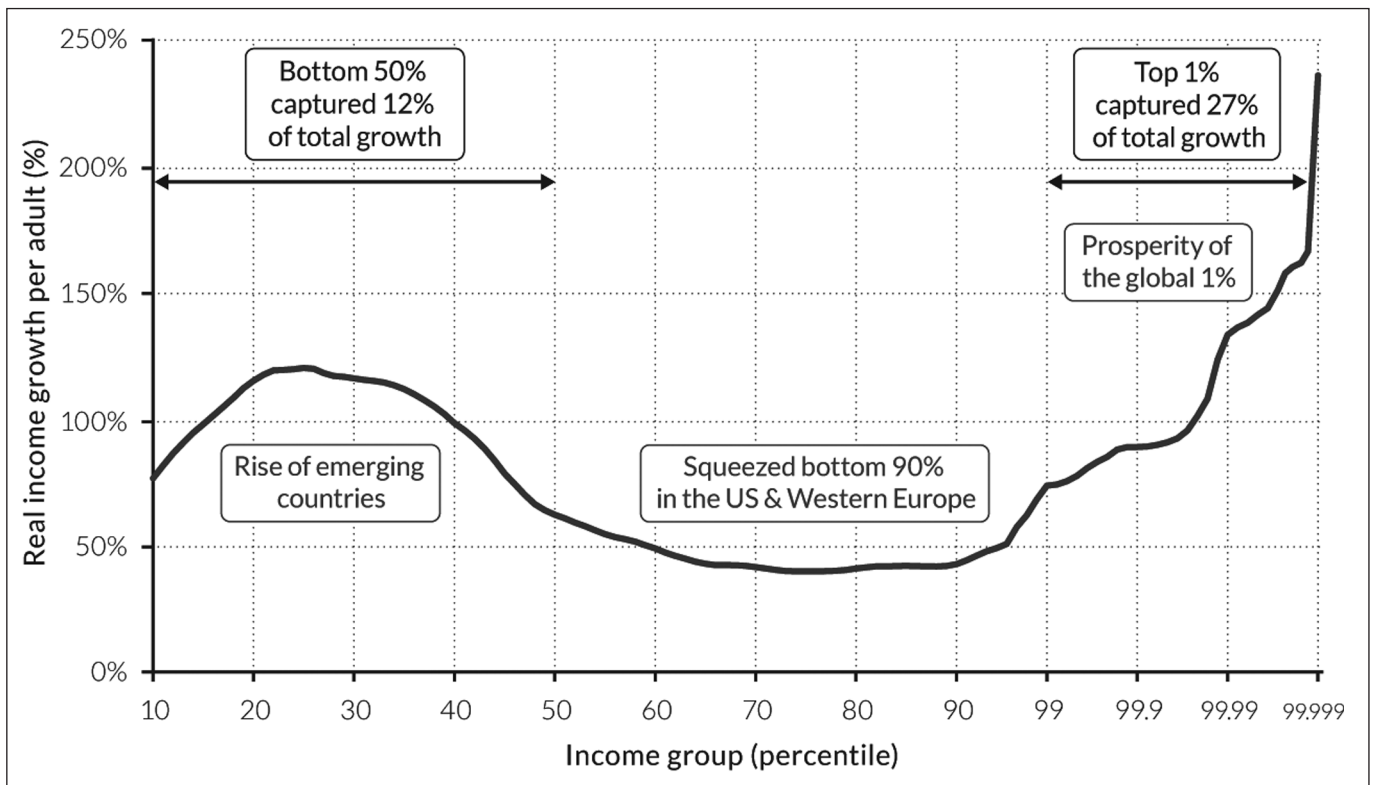


Figura 2. La curva del elefante de la desigualdad global 1980-2016. Fuente: World Inequality Report, pág. 13.

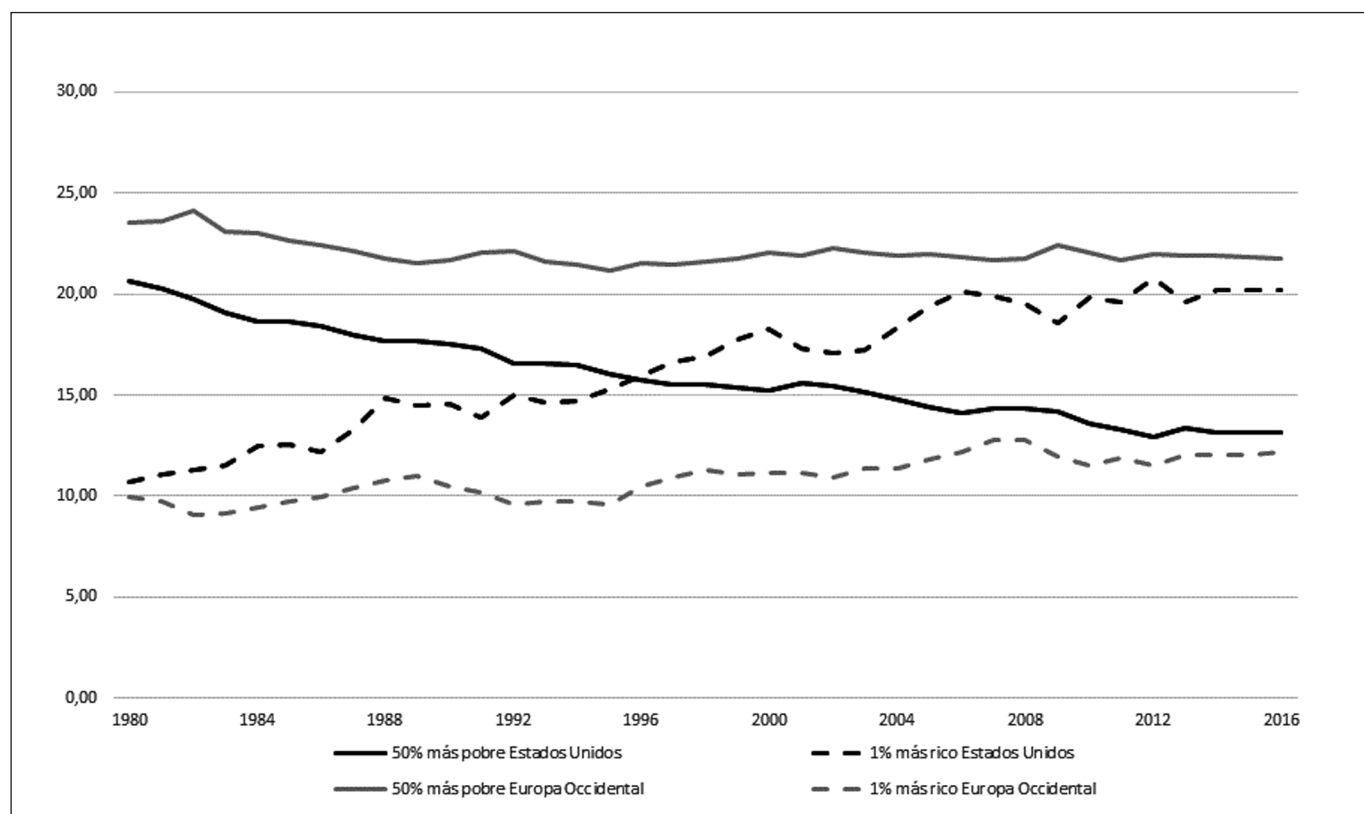


Figura 3. Evolución de la renta del 1% más rico y del 50% más pobre en Estados Unidos y Europa Occidental, 1980-2016. Fuente: World Inequality Report 2018, pág. 12.

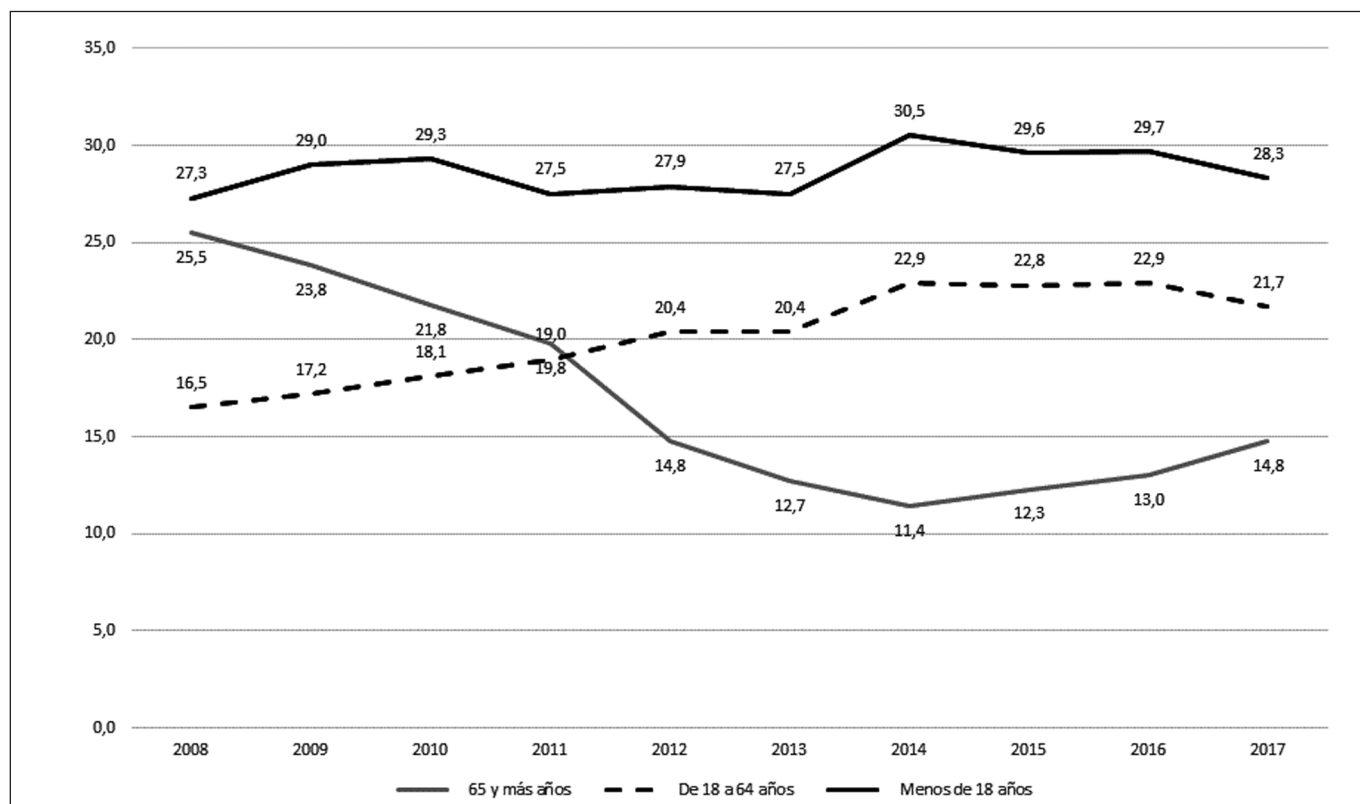


Figura 4. Evolución de la tasa de riesgo de pobreza según grupo de edad. España, 2008-2017. Fuente: Encuesta de condiciones de vida, Instituto Nacional de Estadística.

ras, podemos acabar entre un Estado de Bienestar entendido como el bienestar de los que trabajan directamente para el Estado o con un Estado de Bienestar para “pobres” o sea un pobre Estado de Bienestar.

De las tres medidas arriba citadas, la tercera, la de transparencia ha sido adecuadamente cubierta por Meneu (15), en la segunda se ha venido insistiendo en Gestión Clínica y Sanitaria desde hace años (la competencia por comparación en calidad) y en la primera se han producido algunas novedades con las que concluiremos. Esencialmente: La calidad de la gestión puede medirse y esta calidad tiene impacto en los resultados en salud. El grado de competencia constituye un factor exógeno que afecta a la calidad de la gestión. El sector sanitario está más “a prueba de Amazon” que otros sectores. De hecho, Amazon fracasó en su primera entrada al sector sanitario, como también lo hicieron Google o Microsoft, y su segunda entrada –gestionar la atención sanitaria de 1,2 millones de empleados, los propios junto con la de los de Berkshire and JP Morgan en EE.UU.– es todavía muy reciente. La mayoría de las empresas disruptivas ingresan a un mercado con un producto cuyo valor es menor que el de los operadores tradicionales del mercado, pero su costo es mucho menor. Ese es el modelo para los disruptores clásicos, como Southwest Airlines, MP3 o los fabricantes japoneses de automóviles. El cuidado de la salud tiende a ser diferente, porque los consumidores generalmente no quieren conformarse con un producto de menor calidad, incluso si es sustancialmente más barato.

La calidad de los hospitales mejora cuando compiten por comparación en calidad (16). Se aplica la encuesta de valoración de la calidad de la gestión, validada en otros sectores de la economía y en otros países, a dos tercios de los hospitales de agudos de Inglaterra, encuesta que contempla la adecuación de los incentivos, la consistencia en el establecimiento de objetivos y en el control de gestión, y el grado de meritocracia en las decisiones de selección y promoción de personal y de plasticidad en los procesos productivos. Un total de 18 prácticas agrupadas en cuatro dimensiones: a) Operaciones ajustadas (*lean*): Admisión, protocolización, interconsultas, alta y seguimiento, etc.; b) Medida de la actuación: adopción de tecnología, prevención de errores, mejora continua, etc.; c) Fijación de objetivos; d) Incentivos: atracción y retención de talento, criba de incumplidores, etc. Resultó que las mejores prácticas gestoras estaban asociadas con mejores resultados, incluyendo menor mortalidad tras infarto agudo de miocardio, mejores resultados financieros, mayor satisfacción del personal y puntuaciones más altas por parte de la agencia supervisora de la calidad. La incorporación de una variable instrumental de tipo político permite establecer causalidad y su sentido: Mayor competencia entre hospitales provoca una mejor calidad de la gestión. Aunque existan más formas de mejorar la calidad, como fomentar la elección informada por parte de los usuarios, los hallazgos del trabajo respaldan las políticas de los países que, como Holanda, Alemania, Reino Unido, Noruega o la Central de Resultados de Cataluña (17), tratan de promover la competencia por comparación.

Aunque sea únicamente partiendo de estudios británicos y estadounidenses, algo más puede decirse del impacto de la gestión –esa que ahora sabe medirse– en los resultados en salud, que hace tiempo vienen midiéndose. De entrada, los *Chief Executive Officers* no parecen mejorar el rendimiento de los hospitales ingleses (18). Tal vez no tratan tanto de mejorar la eficiencia a medio-largo plazo como de evitar los impactos negativos en la opinión pública que más pudieran preocupar a quienes les han nombrado. Conviene recordar la tremenda inercia profesional y organizativa de los hospitales públicos que difícilmente alterara un CEO “interino”.

Por otra parte, los hospitales con las mejores prácticas de gestión ofrecen mayor calidad. En hospitales con órganos de gobierno que miden los resultados clínicos, sus equipos de gestión presentan mejores resultados en gestión de personas, fijación de objetivos, seguimiento de resultados y gestión de operaciones (19).

Se ha constatado también que la utilización de herramientas de gestión modernas (estandarización de procesos, medición de resultados, fijación de objetivos, gestión de incentivos) esta correlacionada con una disminución de la mortalidad y la mejora del proceso asistencial en el infarto agudo de miocardio (20, 21).

Se han evidenciado, finalmente, aspectos clave en las organizaciones como la comunicación eficaz, la colaboración entre profesionales, la participación del personal, la cultura de resolución de problemas y la innovación, y se han asociado estadísticamente con la disminución de las tasas de mortalidad por infarto agudo de miocardio (22). Estas estrategias no requieren mucha inversión pero sí nuevas formas de trabajo y organización.

Recapitulando

Evitemos el absurdo de “dejar los negocios”, o la progresividad impositiva, si el “vino, o la movilidad de las multinacionales”, los perjudica. No perdamos de vista que la financiación pública es la condición necesaria para una actuación eficiente sobre la salud, y abordemos las condiciones suficientes: profesionalización, competencia por comparación en calidad entre entes autónomos y responsables, y buen gobierno.

Referencias

- (1) Carroll A. Study Causes Splash, but Here's Why You Should Stay Calm on Alcohol's Risks. *New York Times*, 28 Agosto 2018.
- (2) GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;392:1015-35.
- (3) Dunbar R. Why drink is the secret to humanity's success. *Financial Times*, 10 agosto 2018.
- (4) Rodrik D. There is no need to fret about deglobalisation. *Financial Times*, 4 octubre 2018.

- (5) Llavador H, Roemer J, Silvestre J. Sustainability for a Warming Planet. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2915.
- (6) Scheidel W. The great leveller. Violence and the history of inequality from the Stone Age to the twenty-first century. Princeton University Press, 2017.
- (7) Cingano F. Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth. París: OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 163, 2014.
- (8) Mazzucatto M. The value of everything. Making and taking in the global economy. Londres: Penguin, 2018.
- (9) García-Altés A, Ruiz-Muñoz D, Colls C, Mias M, Martín Bassols N. Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual data of 7.5 million residents. *J Epidemiol Community Health*. 2018 Oct;72(10):871-879. doi: 10.1136/jech-2018-210817.
- (10) García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Suppl 1:31-6.
- (11) López-Casasnovas G. El bienestar desigual. Barcelona: Península, 2015.
- (12) Charron N, Dijkstra L, Lapuente V. Mapping the Regional Divide in Europe: A Measure for Assessing Quality of Government in 206 European Regions. *Soc Indic Res*. 2015;122:315-346.
- (13) An affordable necessity. Both in rich and poor countries, universal health care brings huge benefits. Special report. *The Economist*, 28 abril 2018.
- (14) Bloom D, Khoury A, Subbaraman R. The promise and peril of universal health care. *Science*; 24 agosto 2018. Vol. 361, Issue 6404, eaat9644.
- (15) Meneu R. Transparencia en la gestión de los servicios sanitarios. Una magnífica idea que no parece estar nada clara *Gest Clin San* 2013, 15(3-4):41-42.
- (16) Bloom N, Genakos C, Sadun R, Rennen, J. Management practices across firms and countries. NBER Working Paper No. 17850, Cambridge, Massachusetts, 2012.
- (17) García-Altés A, Argimón JM. Transparencia en la toma de decisiones en salud pública. *Gac Sanit*. 2016 Nov;30 Suppl 1:9-13. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.005.
- (18) Janke K, Propper C, Sadun R. The Impact of CEOs in the Public Sector: Evidence from the English NHS. Working paper 18-075. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School, 2018.
- (19) Tsai T, Jha A, Gawande A, Huckman R, Bloom N, Sadun R. Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Affairs* 2015; 34(8): 1304-1311.
- (20) McConnell K, Lindrooth R, Wholey D, Maddox T, Bloom N. Management practices and the quality of care in cardiac units. *JAMA Intern Med* 2013; 173(8):684-692.
- (21) McConnell K, Lindrooth R, Wholey D, Maddox T, Bloom N. Modern management practices and hospital admissions. *Health Economics* 2016; 25(4): 470-85.
- (22) Bradley E, Curry L, Spatz E et al. Hospital strategies for reducing risk-standardized mortality rates in acute myocardial infraction. *Annals of Internal Medicine* 2012;156(9):618-626.

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/>

A vueltas con los umbrales de coste-efectividad

Guillem López i Casanovas

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra

Hace tiempo que le doy vueltas a los estudios de los umbrales de coste efectividad: lo de si nuestro AVAC lo valoramos a 25 o 30 mil euros, y cómo aguanta las comparaciones con otros estudios de igual propósito. Nuestra estimada presidenta de AES incluso publicó con otros colegas un trabajo en la mejor revista de impacto de la profesión, después premiado por nuestra Asociación.

Deseo en las líneas que siguen discutir algunas valoraciones detrás de este tipo de estimaciones, ordenando a mi manera lo que creo sustenta (de erróneo) el debate.

Consideraciones

Primera. Sin entrar totalmente en el debate entre welfaristas-non welfaristas, me parece que es un error intentar emular la evaluación económica desde el paradigma del análisis coste beneficio trasladándolo a su sucedáneo coste efectividad o coste utilidad. El ACB se sustenta en la disposición a pagar, por supuesto en nuestro campo, disposición social, no individual; pero entender que el gasto presupuestario, al menos en España y en sus coyunturas y niveles territoriales, es un fiel reflejo de dicha disposición social me parece excesivo.

Segundo. Los elementos del coste efectividad subyacentes en los trabajos que he podido revisar (el de Claxton et al. incluido) es débil. Coste no es gasto y efectividad no es esperanza de vida. La agregación confunde y las variables de ajuste difícilmente pueden después neutralizar variaciones transversales y temporales, y más aún sobre datos presupuestarios. Como ya comenté en otra ocasión (véase CRES Health Policy Paper, 2016), los economistas nos equivocamos desfocalizando las cuestiones de efectividad en favor de las de coste (gasto).

Tercero. En genérico, el objetivo más o menos explícito de este tipo de cálculos es el de valorar los beneficios marginales de la asistencia sanitaria en términos de salud. Las elasticidades del gasto, en definitiva. Pero hacerlo con datos agregados sitúa el análisis en un fondo burdo de incremento de esperanza de vida (observado un año y medio de vida ganado por década) y un gasto, que si se mantiene en ratio PIB se va a mover necesariamente con el aumento de la renta. Fin de trayecto. Se divide uno por otro y ahí se encuentra el resultado. Los afinamientos de ajustes en la estimación de elasticidades por covariables o del aumento de esperanza de vida ajustando por calidad para aproximarse a la comparativa Coste por AVAC son eso, refinamientos que no cambian el resultado, implícito como decíamos en los grandes números.

Cuarto. La emulación del ACB a nuestro campo (k-thresholds) y su réplica con datos de presupuesto adolece de múltiples déficits. Asociamos gasto a resultados en salud. Justo lo contrario

de lo que decimos a menudo los economistas de la salud: no es la cuantía del gasto sino su composición, y en todo caso más no es mejor ni el mejor depende solo del más (la salud en todas las políticas, etc.).

Quinto. La necesidad de mejorar metodológicamente las estimaciones lleva a aumentar observaciones, con datos de panel si es el caso, aún a coste de asumir que los presupuestos autonómicos son exógenos y que sus variaciones (escasísimas, más allá de los ingresos que posibilita la financiación estatal de la sanidad) contribuyen a márgenes substantivos en diferenciales de resultados (supuestamente desplazando tratamientos menos por otros más coste-efectivos). La causalidad reversa obvia entre gasto y salud, y salud y gasto se busca soslayar con variables instrumentales que por ocurrentes que sean no “salvan” a mi entender los déficits generales de la estimación (errores de especificación, heteroscedaticidad y otros).

Sexto. En países como el nuestro en los que los datos tienen fuertes limitaciones, pasar de resultados –diferencias en esperanza de vida, a calidad de vida relacionada con la salud para aproximar los AVACs, a través de ajustes procedentes de la salud autopercebida en encuestas, por intervalos amplios de edad y sin cobertura de todos los grupos (los jóvenes no cuentan) y no de todos los años, son saltos algo arriesgados. En todo caso permanece la duda de si las variaciones en el gasto permiten suponer que los impactos van a ser permanentes tal como se recogen en los años considerados.

Séptimo. La teoría del umbral (threshold) se basa en la identificación del gasto (tratamientos) desplazado. Esta identificación es siempre difícil. Además no siempre se produce en su totalidad: afecta si acaso a ciertos tratamientos y a sus indicaciones. Recurrir a los incrementos y no a sustituciones en el margen, metodológicamente no sirve al mismo objetivo (costes de oportunidad). Además tanto las sustituciones como las ampliaciones es más que probable que estén restringidas por determinadas limitaciones de recursos humanos o de gestión, por lo que no se pueden considerar costes de oportunidad sociales aceptables de acuerdo con la teoría del ACB.

Octavo. Los trabajos recientes de los investigadores de la Universidad Erasmus de Rotterdam o los más globales de Cutler et al. para USA, centrados en determinados tratamientos para los que las diferencias en resultados son más identificables con menos confusores asociados, etc. parece un camino más recorrible desde la robustez metodológica.

Noveno. Trasladar resultados de algunos de aquellos trabajos al *policy making*, leyendo objetivos y saltando a las conclusiones hace un flaco favor a la seriedad de la Economía de la Salud en su conjunto.

En resumen. Hemos comentado aquí errores conceptuales (ej. gasto no es coste) y que el paradigma del ACB no debe trasladarse mecánicamente a su “sucedáneo” ACU, entre otros. Además, la agregación de datos en la estimación causa problemas. No solo el sesgo ecológico, también hay un problema de pérdida de esencia, los datos individuales se desnaturalizan o desvirtúan cuando se agregan. Como resultado, para dicho viaje no hacían falta semejantes alforjas porque con una cuenta de la vieja de grandes agregados, PIB y gasto regional, esperanza de vida, podríamos llegar a los mismos resultados. En general, a menudo los problemas técnicos se abordan con fuegos artificiales (paneles, variables instrumentales) pero no por ello se resuelven (ej. los paneles apenas presentan variación intracomunidad, los instrumentos son de dudosa validez, etc.). Otros problemas técnicos se refieren a la fiabilidad de los datos (como en el caso de medidas de CVRS procedentes de encuestas con datos muy agregados). En este sentido, el enfoque desagregado puede ser más prometedor, aunque puede llevar a nuevos problemas, como atribuir a una enfermedad un gasto en un paciente pluripatológico con problemas de identificación. Sin embargo, el mensaje final no debiera de ser de pesimismo. Que no sepamos medirlo no quiere decir que no haya umbral. Necesitamos progresar. Que no se dé pues el partido de los 20 o 30 mil euros/AVAC por finalizado.

Agradezco los comentarios a una primera versión del texto a Beatriz González López-Valcárcel, Ricard Meneu y Salvador Peiró. Una versión de este artículo aparecerá publicada como CRES Policy Paper 10/2018.

Referencias

- Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold. *Health Technology Assessment*, 19(14),1-504.
- Cutler, D. M. (2007). The lifetime costs and benefits of medical technology. *Journal of Health Economics*, 26(6),1081-1100.
- Cutler, D. M. et al. (2018) Attributing medical spending to conditions: a comparison of methods NBER Working Paper 25233. <http://www.nber.org/papers/w25233> November 2018
- Vallejo Torres, L., García Lorenzo, B., & Serrano Aguilar, P. (2018). Estimating a cost effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Economics*, 27(4),746-761.
- Van Baal P, Perry Duxbury, P. Bakx, M Versteegh, E van Doorslaer and W Brouwer. (2018) A cost effectiveness threshold based on the marginal returns of cardiovascular hospital spending *Health Economics*. 1-14.

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/](http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/)

[twitter@gestclinsan](https://twitter.com/gestclinsan)

Telemedicina en pacientes crónicos y complejos: Llamar es suficiente

Valdivieso B, García-Sempere A, Sanfélix-Gimeno G, Faubel R, Libroero J, Soriano E, Peiró S;

GeChronic Group. The effect of telehealth, telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions. A prospective study. Med Clin (Barc). 2018;151(8):308-14.

Resumen

Objetivo

Evaluar el impacto de intervenciones basadas en apoyo telefónico y telecuidados sobre calidad de vida, mortalidad y uso de recursos sanitarios en pacientes crónicos y complejos, en relación a los cuidados habituales.

Metodología

472 pacientes asignados aleatoriamente a las intervenciones de apoyo telefónico (recordatorios y seguimiento cada 15 días), telecuidados (provisión de una tablet conectada por bluetooth con hasta cinco dispositivos) y cuidados habituales, seguidos durante un año, observando principalmente la calidad de vida (EQ-5D) y, de manera secundaria, afectación cognitiva (Pfeiffer), estatus funcional (Barthel), mortalidad y uso de recursos sanitarios. Fallos en el proceso de aleatorización motivan el reajuste del análisis mediante propensity scores.

Resultados

No se hallan diferencias entre submuestras en los outcomes objetivo excepto en la calidad de vida, que es significativamente mayor en el grupo de telecuidados en relación al grupo de cuidados habituales pero no en comparación con el grupo de apoyo telefónico.

Conclusión

La asociación positiva pero débil de las intervenciones de telemedicina frente a los cuidados habituales en calidad de vida -sin diferencias entre el apoyo telefónico y los telecuidados- añade argumentos a la defensa de la prudencia en la expectativa de valor añadido de las tecnologías eHealth en pacientes crónicos y complejos.

Financiación: Sin mención.

Conflicto de intereses: Programa desarrollado en colaboración entre IIS La Fe, FISABIO y las empresas TSB, Accenture y VitalAire. Algunos de los autores son empleados de estas compañías; éstas no tuvieron ningún otro papel en el estudio.

Correspondencia: garcia_ani@gva.es

COMENTARIO

La poca contundencia de los impactos que siguen mostrando las evaluaciones de las intervenciones eHealth y la sospecha de indiferencia entre distintas “intensidades tecnológicas” de intervención (la alternativa comparada con los cacharros 4G y bluetooth es... ¡el teléfono-no-smart!) recuerda el por ahora injustificado entusiasmo del lobby de “tech fans”. Aun así, sin cerrar la puerta al hipotético futuro valor añadido de todos estos gadgets –y bajo la expectativa de reducción en sus costes de adquisición y uso, que por ahora descartan la lógica de su aplicación en los entornos públicos–, es necesario seguir evaluando su efecto, pues quedan muchas preguntas por responder.

En relación a la edad de la población de interés: pese a que puede que sean los que más lo necesitan ¿son los más mayores los que más provecho pueden sacar de este tipo de intervención? Las encuestas (1) muestran que son cada vez más tecnológicos, así que puede que no sean estos mayores, pero sí los mayores del futuro. ¿Cómo han utilizado los dispositivos, durante la intervención, en términos de intensidad y tiempo? Los aparatos registran información (con marcas temporales) con la que debería ser fácil hacer una aproximación realista que permita un análisis más allá de lo binario (uso - no uso). ¿Y cómo es la curva de aprendizaje de los dispositivos y cómo está relacionada con el impacto de la intervención? Podría inferirse en base a la observación de la distribución del impacto, por subconjuntos, según el nivel de destreza medido a priori.

Poniendo el foco en el futuro: ¿de qué modo la cada vez mayor adopción de tecnologías por parte de los ciudadanos en sus entornos privados presionará el uso de dispositivos más sofisticados en los entornos públicos? La evaluación podría adoptar un rol sensatamente limitante, pero ¿cómo organizativamente se gestionará la proactividad del ciudadano a la hora de alimentar estos procesos de telemonitorización mediante sus dispositivos, por ejemplo? En la medida que sea quien otorgue intensidad a la intervención (monitorizándose por iniciativa

propia, sin previa indicación clínica) ¿será la monitorización coste efectiva desde la óptica del sistema (que no la social)? Cuando el ciudadano ponga el dispositivo y el sistema ponga el proceso, ¿deberemos medir la bondad de la intervención de modo distinto?

Finalmente: ¿qué nos está sugiriendo esta indiferencia en el impacto entre una intervención altamente tecnificada y las “simples” llamadas telefónicas? A priori, parece que es lo que debería generar más escepticismo. ¿Cuál es la percepción subjetiva del clínico respecto de la utilidad de la información registrada? El supuesto es que cuanto más información, mejores decisiones pero ¿cuál es la magnitud de esta relación? En el contexto de una intervención piloto en eHealth, preguntamos a los clínicos cómo valoraban la disponibilidad de información que enviaban los ciudadanos, sin un resultado contundentemente favorable (3,4 en una escala del 1 al 5, siendo 1 “Nada útil” y 5 “Muy útil”) [2], ¡pese a que potencialmente eran “tech fans”! ¿Le hemos puesto demasiadas expectativas a la bondad de la disponibilidad de información? Igual le estamos atribuyendo propiedades mágicamente disruptivas pero estamos en rendimientos marginales decrecientes.

En resumen: el artículo de Valdivieso et al. es de alto rigor metodológico (tamaño de muestra, variedad y continuidad en la observación de outcomes... también para solventar los fallos en la aleatorización) y paradigmático en target, diseño y resultados de las intervenciones eHealth en poblaciones ancianas. Del texto se derivan tantas preguntas como respuestas.

Francesc López Seguí

Máster en Economía, estudiante de doctorado en TIC Salut Social - CRES UPF

(1) INE, Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, 2017.

(2) Lopez Seguí F, Pratdepadua Bufill C, Abdon Gimenez N, Martinez Roldan J, Garcia Cuyas F. The prescription of mobile apps by primary care teams: A pilot project in Catalonia. JMIR Mhealth Uhealth 2018;6(6):e10701

Se pueden reducir los reingresos sin aumentar la mortalidad

Dharmarajan K, Wang Y, Lin Z, et al.

Association of the hospital readmissions reduction program with mortality during and after hospitalization for acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia. JAMA. 2017;318(3):270-278.

Objetivo

Evaluar si la introducción del Programa de Reducción de Reingresos Hospitalarios (PRRH) se asoció con un aumento de la mortalidad a los 30 días tras infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca (IC), o neumonía. El PRRH introduce penalizaciones monetarias a los centros con peores resultados.

Métodos

Estudio de cohortes con datos del Medicare de todas las hospitalizaciones por IAM, IC y neumonía entre 2006 y 2014, analizando si hubo cambios de tendencias de las tasas mensuales ajustadas (TMA) de mortalidad hospitalaria a los 30 días de forma previa, durante el anuncio y posterior a la implementación del PRRH.

Resultados

El análisis pormenorizado de las TMA al riesgo individual de muerte de la persona en los escenarios previo, durante el anuncio y posteriores a la PRRH (este período con sanciones a proveedores) fueron:

–IAM: Las TMA de mortalidad hospitalaria disminuyeron de la misma forma en el período previo y posterior a la PRRH, sin cambios en el período de anuncio, las de mortalidad a los 30 días no cambiaron de forma significativa en ninguno de los tres períodos y las de riesgo de reingreso a los 30 días, estables en el período previo, disminuyeron de forma significativa tanto en el período de anuncio como posterior.

–IC: Las TMA de mortalidad hospitalaria disminuyeron de igual forma en el

período previo y posterior a la PRRH, sin cambios en el período del anuncio, las de mortalidad posterior al alta aumentaron de forma continuada en los tres períodos y las de reingreso disminuyeron de forma significativa solo en los períodos de anuncio y posterior a la implantación de PRRH.

–Neumonía: Las TMA de mortalidad hospitalaria disminuyeron de forma significativa en los tres períodos, las de mortalidad posterior al alta hospitalaria que aumentaban en el período previo se mantuvieron sin cambios significativos en el de anuncio y el posterior a la implementación de PRRH, mientras las de reingreso disminuyeron de forma significativa en el período de anuncio y en el posterior.

Conclusiones

La implementación de un PRRH se asoció a una disminución progresiva de los reingresos hospitalarios sin inflexiones o incrementos en la mortalidad dentro de los 30 primeros días post-alta hospitalaria.

El estudio muestra que la implantación de un PRRH, orientado a personas mayores de 65 años atendidas en el programa MEDICARE, mejora las tasas de reingresos hospitalarios sin asociarse estas a un aumento en la mortalidad hospitalaria o en los 30 días después del alta. Este estudio contradice la tendencia de publicaciones previas de muestra más reducida y probablemente no representativa que asociaban la aplicación de PRRH a un incremento de mortalidad.

Financiación National Heart, Lung, and Blood Institute y National Center for Advancing Translational Sciences.

Conflicto de interés: Declaran múltiples conflictos de interés.

Correspondencia: harlan.krumbholz@yale.edu.

COMENTARIO

La aplicación de programas de reducción de reingresos es importante desde la óptica de los pacientes, sus familias, de los profesionales sanitarios y para los encargados de la aplicación de políticas sanitarias, ya que de su reducción puede mejorar la atención y reducir los costes derivados. El concepto básico sobre el que se asientan es el hecho que la mayoría de ellas pueden ser prevenibles si se hace una gestión del alta hospitalaria de forma adecuada. En contra de esta afirmación existe un debate en curso, argumentando que solo una pequeña parte de los reingresos son prevenibles (1) o que estas estrategias pueden afectar políticas centradas en la calidad asistencial, la seguridad del paciente, y los “hard outcomes” (2).

El análisis de los reingresos hospitalarios en pacientes afectados de enfermedades de alta prevalencia no puede ser fragmentado, no puede ir aislado de la necesaria reflexión sobre que modelo de continuidad de atención se ha desarrollado, ni del modelo de atención primaria existente en el país/región analizada. Además, precisa de una política de análisis integral que no solo fiscalice o premie por la disminución de reingresos o alternativas a la hospitalización si además no se acompaña de incentivos paralelos que ayuden a gestionar la atención de estos pacientes más allá del centro hospitalario, o modifique la financiación del hospital en base a episodios de ingresos (actividad) y no pago por procesos (incluyendo la atención postaguda, la transición o la atención en domicilio rápida por atención primaria).

Es necesario desarrollar una evaluación rigurosa de las consecuencias intencionadas (la disminución de los reingresos) y no intencionadas del PRRH (como puede ser el incremento de reingresos más allá de los 30 días, el incremento de los períodos de observación en urgencias, el incremento de necesidades de atención en ámbitos no hospitalarios...) (2).

El conocimiento de las causas de reingresos hospitalarios y qué intervenciones son más efectivas en su prevención (3), siguen siendo un reto de los sistemas de salud modernos que precisa de una visión holística del sistema, innovación en el principal incentivo de cambio de conducta de los actores implicados, como es el sistema de pago, y la necesaria implicación de los diferentes ámbitos asistenciales y de los sistemas de salud y social. Las políticas orientadas a la reducción de reingresos hospitalarios son pues un ejemplo práctico de la necesidad de un sistema de atención integrada social y sanitario.

Sebastià Santaegènia González

Programa de Prevenció i Atenció a la Crònica. Generalitat de Catalunya.

(1) Joynt KE, Jha AK. Thirty-day readmissions—truth and consequences. *N Engl J Med.* 2012;366(15):1366-9. doi: 10.1056/NEJMp1201598.

(2) Gupta A, Fonarow GC. The Hospital Readmissions Reduction Program—learning from failure of a healthcare policy. *Eur J Heart Fail.* 2018 Aug;20(8):1169-1174. doi: 10.1002/ehf.1212.

(3) Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, Wang Z, Erwin PJ, Sylvester T, Boehmer K, Ting HH, Murad MH, Shippee ND, Montori VM. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2014;174(7):1095-107. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608.

Un caso de éxito en el uso de la información genética en la práctica clínica

Schwartz MLB, McCormick CZ, Lazzeri AL, Lindbuchler DM, Hallquist MLG, Manickam K, et al.

A model for genome-first care: Returning secondary genomic findings to participants and their healthcare providers in a large research cohort. Am J Hum Genet. 2018 Sep 6;103(3):328-337. doi: 10.1016/j.ajhg.2018.07.009.

Objetivo

Mostrar cómo se genera información clínica relevantes a partir de resultados de investigación, y como se explica a médicos y pacientes. El artículo resume los resultados conseguidos de la experiencia hasta el momento.

Métodos

Se ha seleccionado una cohorte de más de 200.000 pacientes que han autorizado el uso de sus muestras para secuenciación genética masiva en la aseguradora Geisinger Health System. El proyecto de investigación MyCode utiliza las historias clínicas para la investigación con un acuerdo con Regeneron Genomics Center.

Los participantes incorporan su información genética desidentificada para propósitos de investigación y mediante un protocolo acordado se reidentifican a efectos de información clínica relevante para el paciente. El consentimiento para participar en MyCode implica recibir precisamente estos resultados clínicos. Las muestras se ajustan a los estándares propios de los biobancos. Se han seleccionado 76 genes que pueden dar lugar a acciones clínicas relevantes sobre 27 enfermedades, y se informa de ellos a los pacientes portadores. Solo se informa de las variantes patogénicas y para minimizar los falsos positivos se enfatiza la especificidad sobre la sensibilidad aplicando un protocolo específico. Los médicos de atención primaria son claves en el proceso de información al paciente. Ellos reciben un mensaje una semana antes que el paciente reciba los resultados. Geisinger establece un sistema de formación para los clínicos para que puedan comprender el significado y alcance de los resulta-

dos. La visita con el médico de atención primaria puede conllevar asimismo nuevas visitas con familiares potenciales portadores.

Resultado

Hasta febrero 2018 ha habido 542 pacientes con resultados que han tenido implicaciones clínicas y se han incorporado a la historia clínica. Se calcula que un 3,5% de los participantes en MyCode serán portadores de una variante patogénica. Se ha informado de los resultados a 132 médicos de atención primaria de Geisinger, 63 especialistas y 96 médicos externos a Geisinger. Algunos pacientes (5%) no pudieron ser contactados para visita y evaluación. El artículo detalla los hallazgos precisos del proceso de secuenciación relativo a los 76 genes.

Conclusión

Se muestra un modelo de aprendizaje en un sistema de salud. Mediante el proyecto de investigación MyCode se consigue trasladar los resultados de investigación a la práctica clínica. La selección de la información clínica relevante es clave para separar resultados de investigación de aquellos que tienen implicaciones terapéuticas. El proyecto establece un modelo de flujo de información ejemplar entre médicos y pacientes donde el médico de atención primaria juega el papel principal.

Financiación: Patrocinio de Regeneron Pharmaceuticals a los empleados de Geisinger. Conflicto de intereses: Pertenencia al Comité Científico Asesor de InVita. Y empleados por laboratorios sin finalidad lucrativa que ofrecen test genéticos mediante pago por acto. Correspondencia: michael.murray@yale.edu

COMENTARIO

Las expectativas abiertas con el proyecto del genoma humano a principios de siglo todavía están pendientes de materializarse. Las terapias genéticas han tenido que esperar más de lo previsto. En cambio, en el ámbito del diagnóstico los avances han sido decisivos para que ya se pueda acceder a la secuenciación genética a un coste y tiempo razonable. La paradoja es que si antes no teníamos información ahora podemos tener demasiada para poder aprovecharla adecuadamente. Y precisamente este problema del valor de la información clínica subyace en los debates actuales con más fuerza que nunca. El ejemplo de Geisinger Health System es de gran utilidad. Se preocupan tan solo de informar acerca de 76 genes sobre los que los clínicos pueden actuar. Sabemos que hay cerca de 18.000 genes capaces de codificar proteínas.

El papel del médico de atención primaria se refuerza en la comunicación de los resultados hacia el paciente. Esta apuesta que realiza Geisinger es totalmente singular y al margen de lo que muchos proponen. La vía de la especialización y el consejo genético debería ser complementaria y conviene evitar la fractura en la relación del paciente con su médico que le atiende habitualmente. Sabemos que la medicina del futuro tendrá que tratar con las bases moleculares de la enfermedad y la aproximación de Geisinger es el primer paso. La definición del flujo de información, la formación de los médicos, las plataformas para acceder a la información de forma transparente para todos los participantes, todo ello es una muestra de atención al detalle que conforma un experimento a seguir de cerca.

Todo este esfuerzo va dirigido a identificar un 3,5% de la población. En algunos genes habrá terapia potencial en otros todavía no. Y la pregunta es: ¿el coste que supone secuenciar más de 200.000 personas vale la pena? La respuesta no resulta fácil a estas alturas. En primer lugar porque el coste de este proyecto es muy limitado para Geisinger, en realidad lo asume Regeneron, una compañía farmacéutica. Y en segundo lugar porque más allá del resultado de las pruebas genéticas tendríamos que valorar los resultados de salud propiamente dichos. Sobre esto todavía no hay datos.

Las grandes revistas Science (1), Annals (2) o Health Affairs (3) han puesto el foco en esta experiencia. En el momento actual, con unas dinámicas de presión comercial y publicitarias elevadísimas, junto con una demanda al máximo de especialización clínica se dan todos los ingredientes para tomar las decisiones justamente en dirección opuesta al experimento de Geisinger. Es por ello que es un buen motivo para aprender de su experiencia.

Pere Ibern

Centre de Recerca en Economia i Salut. UPF.

(1) Trivedi, B. P. Medicine's future?. Science 2017;358.6362: 436-440.2.

(2) Murray MF. The Path to Routine Genomic Screening in Health Care. Ann Intern Med. 2018;169:407-408.

(3) Williams, Marc S., et al. Patient-centered precision health in a learning health care system: Geisinger's genomic medicine experience. Health Affairs, 2018; 37.5: 757-764.

Efectividad comparada de dabigatrán, rivaroxabán y warfarina en pacientes pluripatológicos con fibrilación auricular

Mentias A, Shantha G, Chaudhury P, Vaughan Sarrazin MS.

Assessment of outcomes of treatment with oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation and multiple chronic conditions. A comparative effectiveness analysis. JAMA Network Open. 2018;1(5):e182870. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.2870.

Objetivo

Comparar el perfil de eficacia y seguridad de dabigatrán, rivaroxabán y warfarina en pacientes ancianos con fibrilación auricular (FA) y multimorbilidad (MC).

Métodos

Análisis retrospectivo de efectividad comparada de una base de datos poblacional secundaria (Medicare), evaluando pacientes con FA de novo diagnosticada entre 2010 y 2013 a quién se prescribió tratamiento anticoagulante (TAO) dentro de los 90 días tras el diagnóstico. Se categorizó a los pacientes en grupos de MC baja, media o alta según su puntuación en las escalas CHA2DS2-VASc, HAS-BLED y Gagne. En cada categoría de MC, los pacientes que recibieron dabigatrán (150 mg dos veces al día), rivaroxabán (20 mg una vez al día) o warfarina se combinaron mediante un método de ajuste por análisis de propensión. Se analizaron los riesgos relativos de ictus (isquémico), hemorragia mayor (HM) y muerte.

Resultados

En el análisis ajustado por propensión no hubo diferencias en las tasas

de ictus entre los 3 grupos de anticoagulantes orales. Comparado con warfarina, dabigatrán se asoció a un riesgo de HM menor en pacientes con MC baja, y similar en pacientes con MC media y alta. El riesgo de MH no fue diferente entre usuarios de rivaroxabán y warfarina pero los de rivaroxabán mostraron un riesgo de HM significativamente mayor comparado con dabigatrán en los grupos de comorbilidad media y alta. El riesgo de muerte fue similar en usuarios de dabigatrán y rivaroxabán, e inferior al de los usuarios de warfarina independientemente del grado de MC.

Conclusiones

No hay diferencias en la efectividad de los distintos TAO en cuanto a prevención del ictus pero dabigatrán y rivaroxabán se asocian a tasas de mortalidad inferiores en pacientes con MC.

Financiación: Agency for Healthcare Research and Quality, y Health Services Research and Development Service del Department of Veterans Affairs.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: mary-vaughan-sarrazin@uiowa.edu

COMENTARIO

El artículo plantea si hay diferencias en la eficacia y seguridad de diferentes TAO cuando se prescriben en pacientes mayores con FA y MC, un planteamiento de interés clínico por diversos motivos. La FA es responsable del 20% de los ictus, y estos son típicamente ictus graves con tasas elevadas de mortalidad y discapacidad en los supervivientes. Además, la prevalencia de FA, como de MC, aumenta mucho en pacientes mayores. Por tanto, es necesario identificar esta arritmia cardíaca y establecer cuanto antes la necesidad de un tratamiento de prevención del tromboembolismo. Otro aspecto destacable es que, en pacientes con FA, la necesidad de tratamiento preventivo con anticoagulantes se establece a partir del cálculo del riesgo tromboembólico mediante la escala CHA2DS2-VASc. Esta escala determina un mayor riesgo en personas añosas, con insuficiencia cardíaca, diabetes, hipertensión, enfermedad vascular (infarto de miocardio, incluido) y antecedentes de ictus. Por tanto, el paciente mayor, con FA y MC es, por definición, un paciente con riesgo tromboembólico muy elevado que requiere tratamiento de prevención con fármacos anticoagulantes. Sorprendentemente, esta tipología de paciente estaba infrarrepresentada en los ensayos clínicos que establecieron la eficacia y seguridad de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) frente a Warfarina (1, 2). Así, en el momento actual de generalización del TAO con ACOD, cabe preguntarse acerca de la validez externa de los ensayos con ACOD; es decir, si estos fármacos son tan eficaces y seguros en pacientes mayores y MC como lo fueron en la población mayoritaria en estos estudios.

El estudio es interesante también por otros dos motivos metodológicos. Por un lado, el uso de bases de datos secundarias o administrativas como fuente de datos para la investigación. Así, este estudio se realizó con la información disponible en las bases de datos de los centros Medicare y Medicaid. La reutilización de bases de datos administrativas con finalidades científicas permite contar con un gran número de casos sin tener que esperar un largo período de tiempo para reclutarlos. Además, la muestra es representativa de la realidad asistencial

del momento. El segundo aspecto destacable es la aplicación de técnicas estadísticas de emparejamiento según propensión a tratar (*propensity score matching*) (3), una técnica estadística de ajuste que acerca el diseño observacional al experimental y permite estimar el efecto de diferentes tratamientos de una manera más justa. En los estudios observacionales, la posibilidad de sesgo al estimar el efecto de diferentes fármacos se debe a que los grupos no son directamente comparables ya que la indicación de uno u otro fármaco depende, precisamente, de esas características. Este sesgo desaparece en los experimentos aleatorios donde la aleatorización equilibra los grupos y permite una estimación imparcial de los efectos del tratamiento.

Conviene destacar los resultados de este estudio de efectividad comparada. Primero, las tasas ajustadas de ictus e infarto en ancianos con FA fueron similares en los tres grupos, independientemente del grado de multimorbilidad. Segundo, en los pacientes con MC media y alta, la seguridad (menor riesgo de presentar HM) fue superior en los usuarios de dabigatrán. Tercero, las tasas de mortalidad fueron inferiores en los usuarios de ambos ACOD y en todo el espectro de multimorbilidad.

Los resultados parecen indicar que, a igual de efectividad de los tres anticoagulantes en este perfil de paciente, los ACOD, y fundamentalmente dabigatrán, serían más seguros.

Sònia Abilleira

Pla director de malaltia vascular cerebral, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

(1) Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Randomized evaluation of long-term anticoagulation therapy investigators. Newly identified events in the RE-LY trial. *N Engl J Med.* 2010;363:1875-1876.

(2) Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365:883-891.

(3) Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika.* 1983;70:41-55.

El papel de la histamina de nuestra alimentación en determinadas patologías

Izquierdo-Casas J et al.

Diamine oxidase (DAO) supplement reduces headache in episodic migraine patients with DAO deficiency: A randomized double-blind trial. Clinical Nutrition. 2018. Feb 15 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.01.013>.

Objetivo

La intolerancia a la histamina es un trastorno en la homeostasis de esta debido a la reducción de la degradación intestinal de esta amina, causada, entre otras causas por la deficiencia en la enzima diamina oxidasa (DAO). Entre los síntomas relacionados con la histamina, la migraña, es uno de los más comunes. Se han planteado estrategias clínicas para el tratamiento de la sintomatología relacionada con el trastorno de las aminas bioactivas y la histamina u otras aminas bioactivas mediante la administración de suplementos exógenos de DAO entre otras formas. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de una enzima DAO como tratamiento preventivo de la migraña en pacientes con una prueba ciega doble ciego.

Método

Se eligieron 100 pacientes con migraña al azar que cumplían los criterios actuales de la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS) y con niveles de DAO por debajo de 80 HDU/ml. Se les dividió en dos grupos. Un grupo recibió suplementos de DAO y el otro un placebo, durante un mes. Los resultados clínicos han sido determinados por la duración de los ataques, la percepción del dolor y los efectos adversos durante el tratamiento. También se observó la necesidad de tomar triptanes.

Resultados

Se encontró una gran variabilidad en la duración de los ataques de migraña por placebo y grupos DAO. Se encontró una reducción significativa ($p = 0.0217$) en la duración del dolor, en pacientes tratados con suplemento

DAO, con duraciones medias de 6.14 (± 3.06) y 4.76 (± 2.68) horas antes y después del tratamiento, respectivamente. También se observó una reducción más pequeña con significación estadística en el grupo placebo, de 7.53 (± 4.24) a 6.68 (± 4.42) horas. Solo en el grupo en tratamiento con el suplemento de DAO se observó una disminución en el porcentaje de los pacientes que tomaron triptanes. El número de ataques y los resultados de la intensidad del dolor, fueron similares en ambos grupos. No se registraron efectos adversos en pacientes tratados con la enzima DAO.

Conclusiones

Los pacientes con migraña que fueron suplementados con enzima DAO durante un mes, presentaron una disminución de la duración del ataque de la migraña de 1,4 h. No se encontró una reducción estadísticamente significativa en pacientes con placebo. Un mes después de haber suplementado con DAO, se ha demostrado que hay una mejora en la migraña, pero hace falta más estudios y durante un periodo más largo para conocer mejor la eficacia de la suplementación con DAO.

Financiación: DR Healthcare aportó los suplementos DAO y las capsulas placebo.

Conflictos de interés: No declaran tener

Correspondencia: mcvidal@ub.edu

COMENTARIO

La migraña, supone un coste de unos 730€/paciente/año con una prevalencia de 12,6%, debido al elevado precio de algunos tratamientos como los triptanes, así como las bajas laborales que ocasiona, 16 días/paciente/año. Es una enfermedad muy incapacitante.

Últimamente, se está dando valor al papel de la histamina como causa de determinadas patologías, como pudieran ser la migraña o la dermatitis atópica, entre otras. En algunos países como Alemania, se le ha llegado a considerar como una enfermedad con entidad propia. Pero aun hacen falta más estudios para que la establezcan como tal. Pero si que está claro, que actualmente, la podemos considerar como una intolerancia alimentaria más de la población.

Los distintos cuadros clínicos que puede ocasionar, no solo son mediados por la falta de metabolización por la deficiencia de la enzima DAO, como indica el estudio. La sintomatología puede aparecer, si ingerimos alimentos con niveles muy elevados de histamina, que se acumularían en nuestro organismo. O porque hay un exceso de histamina que se ha ido liberando de forma endógena.

En cualquier caso, todos producirían un aumento de histamina en plasma, y un cuadro que podríamos denominar histaminosis, que debido a

la gran variedad de sintomatología que produce, se ha subestimado como entidad. Existe el ejemplo, que en distintos estudios sobre migraña, se demostró que el 90% de los pacientes estudiados, presentaban un déficit de DAO. (1) Otros estudios, implican a la histamina entre los distintos modelos que pueden producir migraña (2). En cualquier caso, se abre una vía de estudio que podría abaratar los costes que produce la migraña.

Ana Cebrián Fernández

C. de S. Valdespartera, Zaragoza. Máster de Salud Pública Universidad de Zaragoza.

(1) Izquierdo-Casas J, et al. Low serum diamine oxidase (DAO) activity levels in patients with migraine. *J Physiol Biochem.* 2018 Feb;74(1):93-99. doi: 10.1007/s13105-017-0571-3.

(2) Yuan H, Silberstein SD. Histamine and Migraine. *Headache.* 2018 Jan;58(1):184-193. doi: 10.1111/head.13164.

Intervenciones para reducir las pruebas de laboratorio inadecuadas. A veces hay que pasar del paternalismo libertario al despotismo ilustrado

MacMillan TE, Gudgeon P, Yip PM, Cavalcanti RB.

Reduction in Unnecessary Red Blood Cell Folate Testing by Restricting Computerized Physician Order Entry in the Electronic Health Record. *Am J Med.* 2018;131(8):939-44.

Contexto y objetivos

La determinación del folato eritrocitario (*red blood cell folate test*) es una prueba de laboratorio de utilidad clínica limitada. Intentos previos de reducir las solicitudes de pruebas de laboratorio innecesarias, incluida la determinación de los niveles de folato, en una red de hospitales universitarios tuvieron un éxito modesto. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y el impacto de restringir las solicitudes de folato eritrocitario en la historia clínica electrónica.

Métodos

Estudio retrospectivo (enero 2010 hasta diciembre 2016) en una red académica de atención médica en Toronto, Canadá. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios que recibieron al menos 1 determinación de folato eritrocitario o de vitamina B12 durante el período de estudio. La solicitud de folato eritrocitario se restringió a los especialistas de gastroenterología y hematología. La opción para ordenar la prueba se eliminó de las pantallas de solicitud de pruebas de la historia clínica electrónica para el resto de médicos en junio de 2013 (aunque podían solicitarla justificadamente). Las solicitudes de Vitamina B12 no se modificaron.

Resultados

Las solicitudes de folato eritrocitario disminuyeron desde $493,0 \pm 4,8$ pruebas por mes antes de la intervención a $27,6 \pm 10,3$ pruebas por mes después de la intervención (reducción relativa de aproximadamente un 1700%) o de 5,83 a 0,22 por cada 1000 visitas. La reducción se produjo de forma inmediata tras la implantación de la restricción y se mantuvo durante los algo más de 3 años de seguimiento. Las determinaciones de Vitamina B12 pasaron de 8,61 a 9,50 por cada 1000 visitas en el mismo periodo. Se lograron ahorros significativos en los costos, estimados en más de un cuarto de millón de dólares canadienses durante 3 años. Se estimó un ahorro de 280.145 dólares canadienses en los 43 meses de seguimiento. No se detectó un impacto clínico significativo de la intervención.

Conclusiones

La restricción de la determinación de folato eritrocitario en el sistema computarizado de solicitud de pruebas produjo una gran y sostenida reducción en la solicitud de pruebas, con una importante reducción de costes asociada y sin efectos adversos significativos.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: tom.macmillan@uhn.ca

COMENTARIO

Aunque la cuantificación es imprecisa, se estima que el 44% de las determinaciones de laboratorio (pruebas solicitadas inicialmente) son innecesarias (1). Esta proporción se reduce en las pruebas sucesivas del mismo paciente, pero sería esperable que las organizaciones sanitarias se preocuparan por el despilfarro que supone la sobreutilización de estas pruebas, incluyendo el asociado a los falsos positivos y su seguimiento.

La literatura médica (incluyendo al SNS, donde destacan los trabajos del grupo de María Salinas, del Hospital de Sant Joan d'Alacant) incluye numerosas publicaciones que evalúan alguna intervención cuyo objeto es reducir las pruebas de laboratorio inadecuadas. La mayor parte de estos estudios evalúan intervenciones basadas en la formación o la información (sobre la utilidad de las pruebas o sobre sus costes) o el *audit* seguido de *feedback*. Sus resultados tienden a mostrar cierta efectividad (reducciones más o menos discretas) y no suelen reportar su sostenibilidad en el tiempo. Los estudios que evalúan cambios en los formularios tradicionales de solicitud de pruebas de laboratorio suelen mostrar reducciones más importantes aunque tampoco tienden a reportar resultados a largo plazo.

La historia clínica electrónica, con sus sistemas automatizados de ordenes médicas, tiene enormes posibilidades para que las organizaciones sanitarias ensayen la efectividad de las intervenciones educativas y de *feedback* (de cambio del comportamiento de los médicos), pero también las de corte organizativo (cambios de formulario, restricción a determinadas especialidades o a determinadas condiciones) y monitorizar su impacto a largo plazo, tanto sobre la efectividad como sobre la seguridad y los costes.

Las intervenciones organizativas, incluso las restrictivas, tienen su espacio en la gestión sanitaria. El éxito con la determinación del nivel de folato eritrocitario es un claro ejemplo: clara evidencia de su baja utilidad en la literatura, datos locales (solo 57 de los 20.214 tests realizados en el periodo pre-intervención mostraron deficiencia de folatos), consistencia con la percepción anecdótica de los clínicos, invisible para los médicos (no cargada de alertas y recordatorios como las intervenciones de *feedback*) y poco costosa de implementar. Es previsible que en otras determinaciones no sea el método adecuado pero la pulsión de la gestión sanitaria por el *laissez faire, laissez passer* no debería evitar el intervenciones en situaciones donde el despotismo ilustrado puede ser mejor opción que el paternalismo libertario.

Como apunte final, en un reciente trabajo en el SNS (con participación de 110 laboratorios que cubrían casi 28 millones de personas) en que se analizó la variabilidad en las tasas de algunas determinaciones en 2014, las de folato (sérico y eritrocitario) contabilizaron 1.385.601 determinaciones; una media de 40 por cada 1000 habitantes/año (desde 16 a 78 por 1000 según Comunidad Autónoma) y con un coste estimado de 3,41 millones de euros (2). Se puede continuar mirando a otra parte, pero son evidencias que quizás deberían llevar a alguna acción.

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, València.

(1) Zhi M, Ding EL, Theisen-Toupal J, Whelan J, Arnaout R. The landscape of inappropriate laboratory testing: a 15-year meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(11):e78962.

(2) Salinas M, López-Garrigós M, Flores E, Leiva-Salinas C; Pilot Group of the Appropriate Utilization of Laboratory Tests (REDCONLAB) working group. Primary care requests for anaemia chemistry tests in Spain: potential iron, transferrin and folate over-requesting. *J Clin Pathol.* 2017;70(9):760-5.

Evaluación del reingreso como evento centinela en la calidad de la asistencia hospitalaria

Krumholz HM, Wang K, Lin Z, Dharmarajan K, Horwitz LI, Ross JS, Drye EE, Bernheim SM, Normand ST. Hospital-readmission risk - Isolating hospital effects from patient effects. *N Engl J Med.* 2017 Sep 14; 377(11):1055-1064. doi: 10.1056/NEJMs1702321.

Contexto

Evitar el reingreso se ha convertido en un objetivo en la seguridad de los hospitales norteamericanos, especialmente desde la implantación de políticas de penalización financiera por parte de la administración. El debate está servido por el uso de una "tasa de reingreso estandarizada por riesgo" como indicador de la estrategia. Se ha cuestionado la capacidad real de esta tasa para discernir si el reingreso se produce por fallos en la asistencia, o por otros factores dependientes del paciente y entorno comunitario, más complejos de medir.

Objetivo

Identificar si la calidad de la asistencia sanitaria, término que define como "rendimiento", influye en la tasa de reingreso. El estudio plantea excluir otros factores potenciales, como son las características propias de los pacientes.

Método

Estudiaron los registros de reingresos durante un periodo de un año en los hospitales de Medicare y Medicaid, dividiendo la muestra en dos grupos. Utilizaron el primero para calcular la tasa de reingreso estandarizada por riesgo, lo que les permitió segmentar los hospitales en 4 cuartiles según "rendimiento". La segunda muestra incluyó pacientes que tuvieron

dos ingresos con diagnósticos similares en diferentes hospitales durante el periodo y que ocurrieron al menos con un mes de diferencia. Los autores compararon las tasas de reingreso identificadas en los pacientes según la distribución de hospitales por cuartiles.

Resultados

La tasa de reingreso fue significativamente mayor en los pacientes ingresados en el cuartil de hospitales con "menor rendimiento" en relación con los centros de "mayor rendimiento" (con una diferencia absoluta en la tasa de 2 puntos porcentuales; intervalo de confianza del 95, 0.4 - 3.5); $p=0.001$). Hubo diferencias en las comparaciones entre otros cuartiles, aunque más pequeñas y no significativas.

Conclusiones

Estos datos apoyan que la calidad del hospital (medida en términos de "rendimiento") contribuye a las tasas de reingreso con independencia de otros factores relacionados con el paciente.

Financiación: Multiple, Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Agency for Healthcare Research and Quality, etc.

Conflicto de intereses: Declaran relaciones con Medtronic, Johnson & Johnson (Janssen), IBM Watson, Aetna, Clover Health, etc.

Correspondencia: harlan.krumholz@yale.edu

COMENTARIO

El reingreso hospitalario se ha evaluado tradicionalmente como un índice de calidad asistencial. Se conocen muchos factores estudiados en relación con la tasa de reingreso, algunos dependientes del paciente y del entorno comunitario, otros del tipo de enfermedad y su mortalidad, la accesibilidad al hospital y finalmente, la asistencia sanitaria prestada durante la hospitalización.

En los últimos años existe una preocupación creciente por parte de la administración, en particular la norteamericana, con el impacto económico que supone el reingreso. En 2011, la cifra de reingresos se cifró en Estados Unidos en 3,3 millones, con un coste asociado de 41,3 mil millones de dólares.

Fruto de esta inquietud, Medicare, el programa federal norteamericano de cobertura de seguridad social, creó una estrategia para la reducción de reingresos. Este plan penaliza económicamente a los hospitales de agudos cuyas tasas de reingreso a los 30 días son mayores en relación con otras instituciones. Desde la introducción de este programa, los reingresos han disminuido, pero no son pocas las críticas y el llamamiento al cambio de estrategias políticas, ante la incertidumbre con la que se manejan e interpretan los datos y la duda sobre hasta qué punto, la calidad de la asistencia sanitaria durante la hospitalización, es o no responsable del reingreso hospitalario (1).

El estudio aborda esta preocupación proponiendo un análisis que sugiere que la calidad de la asistencia en el hospital, contribuye, al menos en parte al reingreso, independientemente de otros factores. Al estudiar a los pacientes que ingresaron dos veces en un mismo periodo con diagnósticos similares en diferentes hospitales, pudieron afirmar que el rendimiento de las instituciones, es un factor determinante para el reingreso.

Como resultado de esta y otras investigaciones, los centros hospitalarios nos hemos apresurado a revisar la evidencia y nuestros procesos,

incorporando estrategias para una planificación precoz del alta, un oportuno seguimiento posterior, mejorando la educación de nuestros pacientes, controlando la seguridad de la atención durante el ingreso y conciliando el tratamiento farmacológico, en particular de las personas con enfermedades crónicas. Curiosamente, en esta línea, algunos trabajos también concluyen que hay otros factores que todavía pueden marcar diferencias, como es el rol de la propia organización y la cultura en el impacto de los resultados asistenciales (2).

En cualquier caso y en nuestro ámbito sanitario público, diferente del norteamericano, teniendo en cuenta el evidente cambio demográfico y el perfil epidemiológico de la enfermedad, que ha resultado en un auge con tintes de epidemia de la cronicidad, abordar el reingreso desde una posición aislada, probablemente no sea afortunado. Proporcionar una coordinación de la atención interniveles, alineando esfuerzos, estableciendo una adecuada planificación de las transiciones desde el hospital al domicilio del paciente según sus necesidades, deben ser prioridades. La homogeneización de los cuidados, una adecuada provisión de servicios socio sanitarios y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, son también factores relevantes; particularmente en personas con menos apoyo familiar, un bajo conocimiento de su salud o menos recursos económicos.

Ignacio Vallejo Maroto

Especialista en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

(1) Durfey SNM, Kind AJH, Gutman R, Monteiro K, Buckingham WR, DuGoff EH, Trivedi AN. Impact Of Risk Adjustment For Socioeconomic Status On Medicare Advantage Plan Quality Rankings. *Health Aff (Millwood)*. 2018 Jul;37(7):1065-1072. doi: 10.1377.

(2) Brewster AL, Cherlin EJ, Ndumele CD, Collins D, Burgess JF, Charns MP, Bradley EH, Curry LA. What Works in Readmissions Reduction: How Hospitals Improve Performance. *Med Care*. 2016 Jun;54(6):600-7. doi: 10.1097.

Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH.

Continuity of care with doctors. A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018; 8: e021161.

Contexto

La continuidad en la atención médica se ha asociado con mayor satisfacción del paciente y ha demostrado en algunos estudios disminuir la frecuentación de los servicios sanitarios, especialmente la hospitalización, y aumentar la adherencia a los tratamientos. Todavía en 2018, en *Annals of Family Medicine*, Bazemore et al. (1) constatan de nuevo esas relaciones midiendo la continuidad de cuatro formas diferentes. En España la continuidad se ve innecesariamente dañada por una descomunal precariedad laboral que con una mezcla de desfachatez e ignorancia por parte de algunos políticos y gestores –tal como reiteradamente ha analizado Juan Simó en su blog “Salud, dinero y atención primaria”– achacan la tem-

poralidad, la elevada rotación y la dificultad para cubrir plazas a una inexistente ‘falta de médicos’. Nunca ha habido falta de médicos en España, menos ahora. Sí ha habido, y hay, ratios de enfermería/medicina bajos, jubilaciones forzosas innecesarias, temporalidad que llega al 35% de los médicos (todavía más acusada en medicina de familia, los reyes del contrato mensual) y emigración (particularmente de los más jóvenes). Como dice otro de los poco aprovechados líderes sanitarios del país, Joan Gené, las visitas realizadas por un médico que no es el habitual del paciente generan más segundas visitas, más analíticas y más prescripciones. Un fenómeno observado en muchos otros entornos. Cuando se conoce el paciente, el médico contextualiza mejor el problema y adopta una conducta más resolutiva.

COMENTARIO 1

La continuidad en la atención es una característica esencial de la Atención Primaria, y un valor en sí misma que se asocia a mayor satisfacción del paciente, mayor uso de programas de Promoción de la salud, más adherencia al consejo médico, y menor consumo de servicios hospitalarios. Es difícil evaluar la dimensión de la continuidad bajo metodologías científicas como ensayos clínicos. Por tal motivo, los autores de este trabajo de la Universidad de Exeter y de la Universidad de Manchester, en el Reino Unido, realizaron esta revisión sistemática cuyo objetivo fue analizar la relación entre la continuidad de la atención médica, especialmente en Atención Primaria, y la mortalidad. Se analizaron datos publicados desde 1996 hasta el 2017 utilizando como palabras clave “continuity” o “continuity of care”. Los criterios de selección de los artículos revisados fueron aquellos publicados en inglés cuya medida fuera la continuidad en la atención en cualquier contexto y en cualquier país. Estos criterios confirieron una gran heterogeneidad en el resultado de la búsqueda, tanto en términos de continuidad como en la mortalidad, lo que hizo imposible a los autores realizar un metaanálisis. Se identificaron 726 artículos, de los cuales fueron elegibles y analizados 22 por su calidad: 15 cohortes retrospectivas, 4 cohortes prospectivas y 3 estudios transversales. Todos los artículos de cohortes cumplían con los máximos criterios de calidad (según la Newcastle-Ottawa Scale); en el caso de los estudios de carácter transversal, se trataban de estudios con un gran tamaño muestral. A pesar de la heterogeneidad, en 18 artículos (81,8%) se observaba que a mayor continuidad se producían reducciones significativas en las tasas de mortalidad; en tres estudios no se mostraron asociaciones significativas, y un estudio obtuvo resultados mixtos. En cualquier caso, ningún estudio demostró lo contrario, es decir, que a mayor continuidad se incrementase la mortalidad. En el caso de 16 de los 18, la reducción de la mortalidad fue por todas las causas. Los países de donde procedían las cohortes analizadas fueron Reino Unido, USA, Francia, Croacia, Canadá, Holanda, Taiwán, Corea del Sur e Israel.

Los resultados de esta revisión son consistentes con el estudio de Isaac Baker et al., de la Health Foundation londinense, publicado en febrero de 2017 en el *BMJ* que incluyó el análisis de más de 230.000 pacientes de entre 62 a 82 años atendidos entre los años 2011 y 2013: Aquellos con mayores índices de continuidad con su médico de

familia presentaban menores tasas de hospitalizaciones. A pesar de la calidad de la revisión, en las conclusiones se asumen algunas afirmaciones a mi juicio cuestionables. La continuidad está condicionada por la propia organización del sistema sanitario de cada país. Asumir que los beneficios de la continuidad (y la consecuente reducción en la mortalidad) son solamente atribuibles a la atención proporcionada por el profesional médico puede ser una inferencia que convenga matizar. Este hecho es especialmente relevante en nuestro sistema sanitario, donde los equipos de atención primaria y salud comunitaria son, en esencia, multiprofesionales.

¿Qué medidas podrían reforzar la continuidad en un sistema sanitario como el nuestro? Algunas propuestas: incentivar económicamente la permanencia de los profesionales en las áreas rurales; fomentar la atención familiar, incluyendo a los miembros de una misma unidad familiar en el mismo cupo de pacientes; capacitar al médico de familia como auténtico –director de orquesta– tanto en la relación con otros niveles asistenciales como en disponer de una cartera de servicios que permita la alta resolución; incrementar la resolución de enfermería: enfermería debiera ampliar su ámbito competencial asumiendo tareas que realizan los médicos de familia, y a su vez, los médicos de familia debieran ampliar sus competencias asumiendo tareas que, hoy por hoy, asumen otros niveles asistenciales; incrementar el carácter multiprofesional de los equipos de atención primaria incorporando nuevos perfiles como nutricionistas y fisioterapeutas.

En resumen, a pesar de los múltiples avances científicos y tecnológicos que se introducen en el ámbito de la salud, y que a menudo confieren a la relación médico-paciente un carácter más impersonal, esta revisión sistemática demuestra que la continuidad en la atención, y la humanización que conlleva en la relación terapéutica, puede ser el elemento más poderoso en la cantidad y calidad de vida de las personas. Trasladar estas conclusiones a nuestro sistema sanitario podría ser (aparentemente) sencillo. Se trata de una vez más de aplicar políticas basadas en evidencias e invertir recursos en atención primaria para garantizar no solamente la accesibilidad, si no la continuidad.

Antoni Sisó Almirall

Director de Investigación. Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerre (CAPSBE).

como esencial para la cantidad y calidad de vida

Objetivo

Analizar si existe relación entre la continuidad en la atención médica y la tasa de mortalidad.

Métodos

Revisión sistemática sin metaanálisis. Las fuentes de datos consultadas han sido Medline, Embase y Web of Science desde 1996 hasta 2017. Se han seleccionado artículos originales publicados en revistas con revisión por pares, publicados en inglés cuya variable principal fuera la continuidad en la atención prestada por parte de cualquier médico, desde cualquier dispositivo asistencial, y en cualquier país. Dichos artículos analizaron también la tasa de mortalidad.

Resultados

De los 726 artículos seleccionados 22 cumplían los criterios de selección. Los estudios procedían de 9 países distintos, con culturas diferentes y sistemas sanitarios también distintos. De los 22 artículos, 18 demos-

traron reducciones estadísticamente significativas en la reducción de la mortalidad.

Conclusiones

A pesar de las diferencias culturales de los países analizados, esta es la primera revisión sistemática que demuestra que la continuidad asistencial entre médico y paciente, especialmente entre médico de familia y paciente, pero también entre cualquier otro especialista y su paciente, reduce la tasa de mortalidad.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: denis.pereiragray@btinternet.com

COMENTARIO 2

Es razonable pensar que según aumenta el conocimiento del paciente por su médico este primero obtendrá múltiples beneficios asociados a una relación de mayor confianza donde la información fluye con naturalidad. Esta relación duradera hace ganar en empatía y satisfacción del paciente, lo que permitirá adoptar medidas de educación en salud y acciones preventivas con mayor facilidad.

Es conocido que los pacientes más satisfechos tienen tasas más elevadas de adherencia a los tratamientos y mejor ajuste a las recomendaciones de las guías clínicas, reportando en algunos trabajos disminución en la mortalidad. Esta relación duradera aporta ventajas no solo al propio paciente sino al sistema sanitario y por ende a la comunidad en general. Los pacientes con continuidad asistencial consultan menos en los servicios de urgencias y tienen menor probabilidad de sufrir ingresos hospitalarios (2). También tienen menos probabilidad de realizarse pruebas complementarias injustificadas con el consiguiente incremento del sobrediagnóstico y el sobretratamiento (3). Pero además de estas ventajas parece que se asocia con descenso en la mortalidad.

En el año 2010 Wolinsky publicó datos que demostraban menor mortalidad en pacientes ancianos con mayor continuidad asistencial, si bien este trabajo presentaba algunas limitaciones, permitía comenzar a apreciar el valor del seguimiento clínico continuado (4). Del estudio de una cohorte coreana se pudo concluir que los índices más bajos de continuidad en la atención de pacientes con hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia recién diagnosticados se asociaban con mayor mortalidad cardiovascular y por todas las causas, eventos cardiovasculares y coste de la atención médica (5).

Esta es la primera revisión sistemática que, si bien debido a la heterogeneidad de los estudios no ha permitido culminarlo con un metaanálisis, ha demostrado que la asistencia continuada aporta múltiples efectos beneficiosos al paciente y que la agregación de los mismos culmina con una disminución en la mortalidad. Tres estudios no encontraron significación en la relación de ambas variables, en dos de ellos la escala de tiempo para medir la continuidad fue escasa y en otro la metodología para medir la relación médico-paciente no fue adecuada.

En una época en la que en muchas ocasiones enfatizamos demasiado el valor de la tecnología este trabajo pone de manifiesto el valor de las relaciones humanas y la capacidad que estas tienen de salvar vidas. El hecho de estar refrendado con diferentes especialidades, en diferentes países, con distintas culturas pone aún más en valor la fuerza del efecto humano.

Fomentar el seguimiento del paciente por su médico de referencia permite no solo una mayor calidad percibida por el enfermo sino mejorar algunos de los indicadores más preocupantes actualmente en la sanidad como son la frecuentación en los servicios sanitarios la realización excesiva de complementarias, muchas de ellas carentes de valor, y el consiguiente sobretratamiento en la población. Tras esta revisión podemos incluir la disminución de la mortalidad como otro de los beneficios del seguimiento por el mismo clínico. Por tanto asumimos que la continuidad es positiva para el paciente, la comunidad y el sistema sanitario evitando el sobrecalentamiento del mismo.

Francisco Miralles Linares

Director Médico Delegación Málaga de ASISA.

(1) Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2018; 16(6): 492-497.

(2) Helen Hansen A, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Helge Førde O. Continuity of GP care is related to reduce specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice* 2013; 63(612): e482-e489.

(3) Romano MJ, Segal JB, Pollack CE. The Association between continuity and over use of Medical procedures. *JAMA international medicine* 2015; 175(7), 1148-1154. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.1340.

(4) Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2010; 65(4), 421-428.

(5) Shin DW, Cho J, Yang HK, Park JH, Lee H, Kim H, Oh J, Hwang S, Cho B, Guallar E. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. *The Annals of Family Medicine* 2014; 12:534-541. doi: 10.1370/afm.1685

1989 - 2019

MADS

MÁSTER EN ADMINISTRACIÓN
Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

30 EDICIÓN

Comienzo: 4 de Octubre, 2019


*"El Máster de los profesionales
de la gestión clínica y sanitaria,
posiblemente, el mejor máster
de España"*

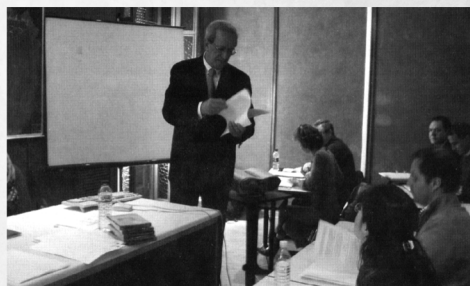
INFORMACIÓN Y MATRICULAS

www.e-mads.org

formación@fgcasal.org

(+34) 91 401 62 19

 @fgcasal



A vueltas con las comparaciones del gasto sanitario estadounidense

Papanicolas, I., Woskie, L. R., Jha, A. K. (2018)

Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*, 319(10),1024.

doi:10.1001/jama.2018.1150.

Objetivo

Investigar porqué el gasto sanitario en EE. UU. es mucho mayor que en otros países desarrollados

Datos y método

Comparación respecto a diez países de renta alta con características demográficas y de carga de la enfermedad similares. Los indicadores escogidos abordan un total de 98 indicadores agrupados en 7 dimensiones: gasto, salud de la población, capacidad estructural, utilización, medicamentos, acceso y calidad y equidad.

La principal fuente de datos son las estadísticas de la OCDE, complementadas con datos de organizaciones farmacéuticas, el Commonwealth Fund, la Federación Internacional de Planes de Salud y fuentes nacionales de cada país. El análisis es descriptivo, mediante tablas

donde aparecen únicamente las tasas medias de cada país para cada indicador.

Resultados

En 2016, Estados Unidos gastó casi un 60% más que los otros países analizados (17,8% frente a un rango de 9,6% a 12,4%) y obtuvo peores resultados en muchos indicadores de salud. Contrariamente a lo que a menudo se cree, las causas del mayor gasto no son ni una utilización más elevada de servicios sanitarios ni un menor gasto social, ya que ambos indicadores no difieren substancialmente de la media. Los precios (salarios del personal y precios de los bienes incluyendo medicamentos y aparataje médico) y los costes administrativos aparecen como los principales responsables de las diferencias de gasto sanitario. Por tanto, centrar los esfuerzos únicamente en controlar la utilización probablemente no conseguirá reducir el crecimiento del gasto.

COMENTARIO

El trabajo es minucioso y pone al día un conjunto amplio de datos bastante detallados, pero no es novedoso. Que “son los precios, estúpido” ya lo habían dicho hace 15 años el recientemente fallecido Uwe Reinhardt y colegas (1). Aquí, las 7 dimensiones se presentan sin una teoría que justifique su inclusión ni siguiendo una cierta lógica variable dependiente-variables explicativas. Por otra parte, mediante una metodología puramente descriptiva, parece aventurado atribuir más o menos peso a un factor u otro a la hora de explicar las diferencias de gasto, máxime dadas las numerosas limitaciones del trabajo que los propios autores admiten. Otras limitaciones tienen que ver con las diferencias metodológicas en la clasificación del gasto, que persisten a pesar del meritorio esfuerzo de homogeneización de la OCDE. Así, se reproducen las cifras de gasto hospitalario y se destaca el bajo porcentaje de EE.UU. en esta rúbrica sin la menor advertencia de que en la mayoría de países dicho gasto incluye la remuneración de los médicos de hospital, mientras que en EE.UU. sus honorarios se facturan y clasifican aparte. Tampoco se discute –ni se recoge dentro de los 98 indicadores analizados– la influencia del pago por acto médico a pesar de que en la introducción se cita como uno de los factores de consenso para explicar las diferencias de gasto.

El trabajo tiene la virtud de haber suscitado un buen número de comentarios editoriales y críticas en el propio número de *JAMA*, en el *New York Times* y en otros medios, que contribuyen a animar el debate de la siempre pendiente reforma del sistema sanitario estadounidense. Los argumentos de los comentaristas son variados, y no todos están de acuerdo con el diagnóstico de Papanicolas et al. Por ejemplo, para Emanuel (2), además del precio de los medicamentos, el segundo factor responsable del mayor gasto no son los precios y los salarios de los médicos sino el elevado volumen de un reducido número de procedimientos con un alto margen. Este autor también pone de relieve el alto coste de oportunidad de ese mayor gasto y da un dato relevante: en 2016 el coste del seguro médico familiar suponía el 31,8% de la renta media estadounidense. O sea, más o menos como una hipoteca

en España. Baicker y Chandra (3) llaman la atención sobre las dificultades de descomponer el gasto entre sus dos componentes: cantidad y precio, y usar dicha descomposición para informar la política sanitaria sin disponer de datos más específicos sobre intensidad/calidad o rasgos específicos del “mercado” sanitario en cada país. Por eso, creen más útil las comparaciones dentro de Estados Unidos que entre países. Stephen Parente (4) destaca el factor monopolístico de los salarios de los médicos y de los precios de los medicamentos de marca. *The Economist*, en un artículo (5) aparecido en los mismos días que el de *JAMA*, también atribuye a la falta de competencia y la extracción de rentas gran parte del diferencial de gasto norteamericano. Los culpables/beneficiarios del exceso de beneficios que calculan en 65.000 millones de dólares al año no serían tanto la industria farmacéutica como el ejército de empresas intermediarias que componen las diversas capas (hasta seis según el *Economist*) del laberíntico sistema estadounidense.

Finalmente, y a pesar de todas las deficiencias, no deja de sorprender que con los datos presentados ninguno de los comentarios incluya una propuesta de cambio radical del sistema sanitario. Claro que *JAMA* representa a parte de esa miríada de intermediarios con intereses creados.

Marisol Rodríguez

Universidad de Barcelona.

(1) Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. It's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(3):89-105.

(2) Emanuel EJ. The Real Cost of the US Health Care System. *JAMA* 2018; 319(10):983-985.

(3) Baicker K. y Chandra A. Challenges in Understanding Differences in Health Care Spending Between the United States and Other High-Income Countries. *JAMA* 2018; 319(10):986-987.

(4) Parente S. Factors Contributing to Higher Health Care Spending in the United States Compared with Other High-Income Countries. *JAMA* 2018; 319(10):988-990.

(5) *The Economist* (Shumpeter). Which firms profit most from America's health-care system. March 15, 2018.

Una mejor asignación de recursos requiere de una actualización en las técnicas de evaluación económica

Neumann PJ et al.

Future Directions for Cost-Effectiveness Analyses in Health and Medicine. *Medical Decision Making*, 2018,3:767-777, doi:10.1177/0272989X18798833.

Objetivo

Realizar recomendaciones y proponer investigación futura sobre determinados aspectos metodológicos del Análisis Coste-Efectividad (ACE) para mejorar su calidad y fundamentar mejor las decisiones sobre asignación de recursos.

Contexto

Las recomendaciones y perspectivas futuras del ACE presentadas surgen de la segunda revisión del *US Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine*.

Método

De las deliberaciones de este segundo panel de expertos, se han considerado 7 aspectos: 1) perspectiva del ACE; 2) modelización; 3) valoración de resultados; 4) costes y consecuencias no sanitarias; 5) umbrales de aceptación; 6) evidencias; y 7) difusión de resultados.

Resultados

Respecto a la perspectiva del ACE, a efectos comparativos es necesario establecer un caso de referencia, y este ha de tomar la perspectiva de la sociedad. Es recomendable que los ACE incorporen un inventario detallado de los impactos de la intervención (*Impact Inventory*).

En cuanto a la modelización, los resultados han de contrastarse con 2 o más modelos aplicados al mismo contexto, incorporando así el análisis de sensibilidad. Los modelos deberían de dotarse de la suficiente transparencia y explicarse con el suficiente detalle como para poder ser reproducidos (*open-source CEA*).

En la valoración de resultados, el panel de expertos pone el foco en la valoración de estados de salud temporales y en el sesgo que puede derivarse del uso de medidas genéricas de calidad de vida para valorarlos. Se propone, por tanto, la utilización de medidas directas de las preferencias. Otro aspecto importante es la necesidad de incluir los efectos de

las intervenciones sobre los cuidadores y la familia. De cara a minimizar la variabilidad observada entre estudios, el panel recomienda desarrollar un catálogo de costes unitarios específicos para cada país.

Las ganancias de productividad han de recoger los recursos netos que se obtienen en los años de vida ganados con la intervención. A la hora de incorporarlas en el ACE, el panel introduce el problema de la doble contabilización y como recoger los efectos de la intervención en las respuestas de los individuos sobre los estados de salud. En su valoración, el panel recomienda la utilización del método del capital humano frente al de costes de fricción. Es necesario también de una mayor rigurosidad, y de avances teóricos a la hora de sintetizar las evidencias e incorporarlas en el ACE (revisiones sistemáticas o meta-análisis).

En la toma de decisiones, la estimación de las ratios coste-efectividad (umbrales de aceptabilidad) ha de basarse en generar una evidencia empírica suficiente, tanto desde la parte de la oferta (coste de oportunidad), como de la demanda (disponibilidad a pagar). Al igual que sucede en los ensayos clínicos, se deberían de definir protocolos para el diseño y ejecución de los ACE. Los expertos argumentan también la importancia de desarrollar instrumentos para medir la calidad del ACE.

Conclusión

La evolución del ACE como herramienta de evaluación económica ha de centrarse en la mejora de aspectos metodológicos que deriven en una mayor calidad en el análisis, y que permita realizar comparaciones entre estudios. Como resultado, los nuevos avances en el ACE han de generar la credibilidad suficiente en el decisor como para llevar a cabo una asignación más eficiente de los recursos. Desde el punto de vista del investigador, los ACE presentan un buen número de aspectos metodológicos que será necesario abordar y profundizar durante los próximos años.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: pneumann@tuftsmedicalcenter.org

COMENTARIO

De las principales conclusiones del segundo panel de expertos, los autores destacan el problema de la doble contabilización en la estimación de los beneficios de las intervenciones. Si no se informa explícitamente a los pacientes que obvien el impacto que la intervención genera en su situación laboral (y en su renta), existe la posibilidad de que este beneficio se incorpore también en la declaración de su estado de salud. Debido a la relevancia de las ganancias de productividad en el conjunto de beneficios a valorar, debemos asegurarnos que los instrumentos que utilizamos no recojan en su diseño estas ganancias. Una opción para evitar este problema pasaría por la utilización de instrumentos que incorporen en sus cuestionarios solo dimensiones relacionadas con efectos intangibles (dolor, movilidad, etc.), y hayan evitado en la estimación de sus tarifas las consecuencias laborales (1). En un trabajo reciente para estimar los efectos intangibles del consumo abusivo de alcohol, en la estimación de las utilidades, los encuestados valoran 9 estados de dependencia alcohólica, y se les advierte expresamente que ninguno de ellos derivará en una pérdida de renta –bien porque nunca han trabajado, o bien porque recibirán una compensación– (2). En instrumentos genéricos ampliamente utilizados en la literatura, como son el EQ-5D o el SF-6D, la evidencia empírica muestra que los pesos de calidad de vida resultantes de los

mismos no están teniendo en cuenta la productividad (3). La mayoría de estudios de coste de la enfermedad que se vienen realizando no incluyen en su estimación los costes intangibles, pero sí que realizan importantes esfuerzos en estimar las pérdidas de producción debidas a la morbilidad o la mortalidad prematura. Teniendo en cuenta que utilizando este tipo de instrumentos no incurrimos en una doble contabilización, no incorporar los costes intangibles deriva en una importante infravaloración de los impactos que genera la enfermedad sobre el conjunto de la sociedad (1).

Bruno Casal

Universidade da Coruña.

(1) Rodríguez-Míguez, E.; Rivera, B.; Casal, B. (en prensa). El coste social de la adicción. Una guía para su estimación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid.

(2) Rodríguez-Míguez E, Mosquera-Nogueira J. Measuring the impact of alcohol-related disorders on quality of life through general population preferences. *Gaceta Sanitaria* 2017;31: 9-94.

(3) Shiroiwa T, Fukuda T, Ikeda S, Shimozuma K. QALY and productivity loss: Empirical evidence for "double counting". *Value In Health* 2013; 16(4): 581-587.

El deseado (y debatible) umbral coste-efectividad para el SNS

José María Abellán Perpiñán

Universidad de Murcia, Grupo de Trabajo de Economía de la Salud (GTES)

Introducción

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad encomendó a la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco del plan de trabajo de ésta para 2014, la estimación del valor monetario de un año de vida ajustado por calidad (AVAC). Dicha estimación podría servir (decisión política mediante) para el establecimiento de un umbral coste-efectividad que refleje el precio máximo que considera aceptable pagar el SNS por una ganancia de un AVAC.

El citado encargo fue abordado por el Servicio Canario de Salud, materializándose en la publicación de dos informes de evaluación de tecnologías sanitarias, coordinados por Laura Vallejo Torres, investigadora de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y actual presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (AES), así como en varios artículos científicos. En el primero de dichos informes, Vallejo-Torres et al. (1) revisan de forma sistemática los estudios publicados en inglés o español que presentan estimaciones empíricas del valor monetario del AVAC de acuerdo a dos grandes enfoques: la “vía de la demanda”, resultante del valor atribuido por la sociedad al AVAC ganado, y “la vía de la oferta”, reflejo del coste marginal de producción de un AVAC adicional. La revisión efectuada pone de manifiesto que las estimaciones del lado de la demanda son generalmente superiores a las del lado de la oferta, lo cual conduce a los autores a concluir que, aunque haya tecnologías sanitarias cuyos beneficios –tal y como son juzgados por la sociedad– superen sus costes, su incorporación a la cartera de servicios no estaría justificada atendiendo al coste de oportunidad de los recursos disponibles (2). El segundo informe de Vallejo-Torres et al., (3) presenta la primera estimación empírica realizada en España del umbral coste-efectividad como coste marginal de un AVAC.

La publicación de esta estimación para el SNS español brinda una buena oportunidad para (si se me permite parafrasear el lema de la RAE) aclarar equívocos, fijar conceptos y (¡ojalá!) dar esplendor al significado del umbral coste-efectividad. Nada más y nada menos que ese es el propósito de este humilde artículo de debate.

Aclarando equívocos

Como es bien sabido, la razón coste-efectividad incremental (ICER, como es conocida en inglés) no puede, por sí sola, guiar las decisiones de reembolso y fijación de precios de las nuevas tecnologías sanitarias. Desde el punto de vista teórico, hay dos reglas o criterios a seguir para salvar esa limitación: la regla del presupuesto fijo y la regla del umbral fijo (4). En el primer caso, el tamaño del presupuesto determina la magnitud del umbral, que coincidirá con el ICER de la última tecnología adquirida, reflejando así el coste de oportunidad en términos de los AVAC sacrificados (precio sombra de la restricción presupuestaria) por los servicios desplazados para poder acomodar una nueva tecnología. Alternati-

vamente, si el parámetro fijado a priori es el valor del umbral, entonces es la dimensión presupuestaria la que queda determinada implícitamente como el gasto total desembolsado en la compra de todas las tecnologías con una ICER inferior a dicho valor.

Así expuestos estos criterios, parecería natural deducir que la regla del presupuesto fijo y el enfoque del umbral estimado por la “vía de la oferta” son coincidentes. Este es el primer equívoco a esclarecer. En realidad, subyace a la regla del presupuesto fijo el supuesto de que el financiador conoce los costes y beneficios de todas las tecnologías sanitarias. Como es evidente, este supuesto tan exigente no se cumple en la práctica, siendo preciso recurrir a soluciones de “segundo óptimo” (o sea, imperfectas), que mediante ejercicios empíricos infieran el coste de oportunidad del gasto efectivamente empleado en financiar la cartera de prestaciones, a sabiendas de que esta probablemente contenga intervenciones con una ICER más desfavorable que otras excluidas del reembolso público. El coste de oportunidad efectivo será, por tanto, inferior (más ineficiente) al que resultaría de una asignación de “primer óptimo” como señala Culyer (5).

La imposibilidad de alcanzar asignaciones de “primer óptimo”, es lo que ha movido a diferentes investigadores, incluyendo también a Culyer (6) a reclamar al *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) británico que identifique el umbral de “segundo óptimo” que refleja el coste de oportunidad del gasto sanitario realmente empleado, antes que prefijarlo a priori como de hecho viene haciendo esta institución desde el año 2004. Umbral, sea dicho de paso, que no obedece a ninguna estimación empírica, sino únicamente a las decisiones históricas que el NICE fue tomando desde su creación en 1999 (7). Esta búsqueda del umbral es la que inspira la investigación desarrollada hasta la fecha en el Reino Unido –con la que se emparenta la abordada este mismo año en España por Vallejo-Torres et al. (8)– basada en la estimación del impacto marginal del gasto sanitario en la morbilidad (9, 10, 11).

Por su parte, la aproximación del umbral fijo también es imperfecta, por cuanto lo normal es que la estimación del “lado de la demanda”, basada en las preferencias declaradas de una muestra de la población general, no sea consistente con la existencia de un presupuesto sanitario cerrado. De ahí que el principal reparo formulado a la regla del umbral fijo –ya sea un valor empírico o un valor discrecional, como el empleado por el NICE– es que, aplicado de manera automática, produzca el desbordamiento de los márgenes presupuestarios (12). Por esta razón, desde abril de 2018, el NICE ha adoptado formalmente lo que algunos autores han denominado una “quinta garantía” (13): la del impacto presupuestario. Así, aun cuando una nueva tecnología sea coste-efectiva, si se prevé que el impacto presupuestario por su adopción será superior a los 20 millones de libras en cualquiera de los tres primeros años de su utilización, no se requerirá su financiación inmediata por el NHS, iniciándose en su lugar una negociación comercial con el fabricante al objeto de rebajar dicho impacto (14).

Fijando conceptos

Umbrales los hay de muchos tipos, pero solo a aquellos que han sido estimados empíricamente mediante la aplicación de metodologías sustentadas en bases teóricas reconocibles, puede atribuírseles una mínima validez. El resto de umbrales propuestos por investigadores e instituciones no dejan de ser, bien arbitrarios (como, por ejemplo, los 50.000\$ representativos del coste estándar de la diálisis en EE.UU.), bien producto de un cierto “sentido común” (como la sugerencia de ligar el valor del umbral al del PIB per cápita), bien inferidos de las recomendaciones formuladas en los estudios de evaluación económica (como los famosos 30.000€ por AVAC propuestos para España) o bien de las decisiones pasadas de las agencias de evaluación económica (inspiración, como ya se ha comentado, del umbral estándar utilizado por el NICE, que abarca el intervalo de 20.000£ a 30.000£).

Así pues, umbral, umbral, “de eficiencia”, con todas sus letras, el estimado o por la “vía de la oferta” o por la “vía de la demanda”. En el primer caso, tanto el estudio de Claxton et al. (11) para el Reino Unido, como el abordado en España por Vallejo et al. (8), sustentan su umbral en la estimación de la elasticidad de la salud de la población con respecto al gasto sanitario. Claxton et al. (11) analizan las diferencias en el gasto efectuado para 23 agrupaciones de enfermedades diferentes (*program budget categories*) y los cambios en mortalidad aparejados, reportados por 152 entes locales. Asumen a continuación que la calidad de vida relacionada con la salud varía de forma proporcional a la variación experimentada en las tasas de mortalidad, expresando finalmente sus resultados en AVAC. La estimación del umbral así obtenida se encuentra muy por debajo de la cota inferior del umbral estándar del NICE, concretamente en torno a 13.000£. Se sitúa, no obstante, algo por encima del umbral de las 10.000£ instrumentado recientemente por el NICE para aquellas compañías que quieran acogerse a un procedimiento abreviado de evaluación. Las tecnologías recomendadas por el NICE dentro de esta *fast track* serán financiadas en el plazo de 30 días desde la publicación de la recomendación (14).

Vallejo-Torres et al. (8), por su parte, utilizan un panel de datos de gasto sanitario y resultados de salud para las 17 Comunidades Autónomas, cubriendo el periodo comprendido entre 2008 y 2012. A diferencia de Claxton et al. (11), el estudio español utiliza la esperanza de vida ajustada por calidad (EVAC) como medida de resultados, capturando de forma comprehensiva las variaciones en mortalidad y morbilidad. La EVAC se calcula para diferentes grupos etarios, asociando a cada uno de ellos su correspondiente coste por AVAC. El umbral estimado a partir de la EVAC promedio ronda los 25.000€, mientras que el calculado como promedio del coste por AVAC de cada grupo etario es de aproximadamente 22.000€.

Pese a la existencia de estos ejemplos de estimación del umbral coste-efectividad por la “vía de la oferta”, lo cierto es que la amplia mayoría de las aproximaciones realizadas hasta la fecha lo han sido del “lado de la demanda”. Así lo pone de manifiesto la revisión de Vallejo-Torres et al. (2), donde se recoge hasta seis estimaciones diferentes del umbral para España. Se distingue dentro de este marco dos abordajes complementarios. De una parte, aquellas estimaciones obtenidas preguntando a la población por su disposición a pagar (DAP) por pequeñas ganancias de salud, luego agregadas resultando en la máxima DAP por ganar un AVAC (15, 16, 17, 18). De otro lado, aquellas otras estimaciones basadas en el valor de la vida estadística obtenida en el contexto de las políticas de seguridad vial y medioambientales (17, 19). Lo más

llamativo de estas estimaciones del “lado de la demanda”, provenientes de estudios con distintos tamaños muestrales y metodologías, es el rango de valores obtenidos: desde los 5.000€ de Pinto et al. (16) a los 186.000€ de Donaldson et al. (17).

¿Dando esplendor?

Aquí va mi aportación personal al debate. En primer lugar, por razones de eficiencia, pero no solo (también de transparencia), respaldo convencido la idea de establecer un umbral explícito, tal y como hace el NICE. Cierto es que el hecho de que el umbral del NICE sea explícito podría contribuir a explicar que las ICER de las solicitudes de reembolso presentadas en el Reino Unido sean significativamente superiores a las presentadas en Australia (20). La industria, al saber con certeza cuál es el límite admisible para el NICE, podrían estar acercando sus ICER a la cota de las 30.000£. Sin embargo, no es menos cierto que hay otros factores que podrían contribuir a explicar este resultado. Sin ir más lejos, que desde 2009 el NICE viene utilizando un umbral más generoso para los tratamientos *end-of-life*, que multiplica por 2,5 el extremo inferior del umbral estándar, desplazando este límite hasta las 50.000£ (NICE, 2009; 2014).

Lo anterior da pie a señalar que, a mi modo de ver, es inviable en la práctica tomar decisiones de reembolso y fijación de precios sobre la única base de un umbral fundamentado en el coste marginal del AVAC. Subrayo (literalmente) la palabra “única” para destacar que considero necesario y deseable aproximar el coste de oportunidad del presupuesto sanitario, tal y como han hecho Vallejo-Torres et al. (10), pero sin desdeñar que el umbral así obtenido es en principio contradictorio con la denominada “perspectiva social” de Johannesson y O’Conor, (21), ya que solo contempla los costes del sistema sanitario e incorpora como fuente exclusiva de “valor” el balance coste-efectividad.

Una forma de reconciliar el umbral como coste de oportunidad con la perspectiva social sería mediante la ponderación de dicho umbral (tomado como “básico”) por diferentes pesos representativos de otras fuentes de valor (p.ej. carga de la enfermedad, desigualdad social, carácter prometedor de la innovación, etc.). Este enfoque es, de hecho, el que inicialmente pensaba instaurar el Ministerio de Salud británico a partir de 2014 (21,22), finalmente descartado a raíz de la consulta pública efectuada. Otra posibilidad (muy similar, salvo en que renuncia a la estimación empírica de los umbrales) es aplicar aquella por la que se ha decantado el NICE: utilizar un rango de umbrales escalable según el tipo de tecnologías objeto de evaluación. Así, esta institución recomienda adoptar hasta cuatro umbrales solapados (23): 10.000£ (para tecnologías acogidas a la *fast track*); 20.000£-30.000£ (procedimiento ordinario); 50.000£ (para tratamientos *end-of-life*); 100.000£ (para tecnologías altamente especializadas).

En suma, considero preferible (y más factible) adoptar un criterio flexible, basado en el valor social del AVAC, como en Abellán y Navarro, (24) o Pinto, et al., (25) combinado como hace el NICE con un criterio de impacto presupuestario, antes que la utilización de un umbral rígido que refleje exclusivamente el coste marginal del AVAC. Máxime si consideramos que hay tecnologías (como los nuevos tratamientos para la hepatitis C) con un impacto presupuestario para nada marginal, cuyo coste de oportunidad será infraestimado por el umbral, a menos que se reestime tomando en cuenta la escala de dicho impacto (Lomas et al., 201826).

Referencias

- (1) Vallejo-Torres-Torres L, García-Lorenzo B, García-Pérez L, Castilla I, Valcárcel Nazco C, Linertová R, Cuéllar Pompa L, Serrano-Aguilar P (2014). Valor Monetario de un Año de Vida Ajustado por Calidad: Revisión y Valoración Crítica de la Literatura. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2014. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- (2) Vallejo-Torres-Torres L, García-Lorenzo B, Castilla I, Valcárcel Nazco C, García-Pérez L, Linertová R, Polentinos-Castro E, Serrano-Aguilar P (2016). On the Estimation of the Cost-Effectiveness Threshold: Why, What, How? *Value in Health* 19: 558-566.
- (3) Vallejo-Torres-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.
- (4) Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE (2008). Evaluación económica de tecnologías sanitarias: ¿valen lo que cuestan? *Cuadernos Económicos de ICE* 75: 189-208.
- (5) Culyer AJ (2016). Cost-effectiveness thresholds in health care: a bookshelf guide to their meaning and use. *Health Economics, Policy and Law / FirstView Article / February 2016*, pp. 1-18, doi: 10.1017/S1744133116000049.
- (6) Culyer A, McCabe C, Briggs A, Claxton K, Buxton M, Akehurst R, Sculpher M, Brazier J. (2007). Searching for a threshold, not setting one: the role of the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Journal of Health Services Research & Policy* 12(1): 56-58.
- (7) Rawlins MD, Culyer AJ (2004). National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ* 329: 224-227.
- (8) Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Serrano-Aguilar P (2018). Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Economics* 27:746-761.
- (9) Martin S, Rice N, Smith PC (2008). Does healthcare spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data. *Journal of Health Economics* 27(4): 826-42.
- (10) Martin S, Rice N, Smith P (2012). Comparing costs and outcomes across programmes of healthcare. *Health Economics* 21(3):316-37.
- (11) Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman S, Hinde S, Devlin N, Smith P, Sculpher M (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold. *Health Technology Assessment*, 2015.
- (12) Birch S, Gafni A. (1992). Cost effectiveness/utility analyses. Do current decision rules lead us to where we want to be? *Journal of Health Economics* 11(3):279-296.
- (13) Trueman P, Drummond M, Hutton J (2001). Developing guidance for budget impact analysis. *Pharmacoeconomics* 2001;19(6):609-621.
- (14) NICE (2018). Guide to the processes of technology appraisal.
- (15) Pinto JL, Martínez J (2005). Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: Estimaciones preliminares. *Ekonomiaz* 1:192-209.
- (16) Pinto-Prades JL, Loomes G, Brey R (2009). Trying to estimate a monetary value for the QALY. *Journal of Health Economics* 28: 553-62.
- (17) Donaldson C, Baker R, Mason H, et al. European value of a quality adjusted life year. 2010. Disponible en: http://research.ncl.ac.uk/eurovaq/EuroVaQ_Final_Publishable_Report_and_Appendices.pdf.
- (18) Martín J, Polentinos E, del Cura MI, et al (2014). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: an evaluation of attitudes towards risk and preferences. *BMC Health Services Research* 14 (1):287.
- (19) Abellán JM, Martínez JE, Méndez I, Sánchez FI, Pinto JL, Robles JA. El Valor Monetario de Una Víctima No Mortal y del Año de Vida Ajustado por Calidad en España. Dirección General de Tráfico. 2011. Disponible en: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-einformes/2011/SPAD1A_-ESTIMACION-EN-EL-CONTEXTO-DE-LOS-ACCIDENTES-DE-TRAFICO_IN FORME-PARA-WEB.pdf.
- (20) Wang S, Gum D, Merlin Tracy (2018). Comparing the ICERs in Medicine Reimbursement Submissions to NICE and PBAC – Does the Presence of an Explicit Threshold Affect the ICER Proposed? *Value in Health* 21:938-943.
- (21) Johannesson M, O'Conor RM (1997). Cost-utility analysis from a societal perspective. *Health Policy* 39:241-253.
- (22) Department of Health (2010b). A new value-based approach to the pricing of branded medicines, DH, December 2010.
- (23) NICE (2017). NICE and NHS England consultation on changes to the arrangements for evaluating and funding drugs and other health technologies assessed through NICE's technology appraisal and highly specialised technologies programmes.
- (24) Abellán JM, Navarro JA (2011). Utilización de AVAC en diferentes situaciones clínicas. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2011.
- (25) Pinto JL, Herrero C, Abellán JM (2016). QALY-Based Cost-Effectiveness Analysis. En Adler MD, Fleurbaey. *The Oxford Handbook of Well-Being and Public Policy*, pp. 160-192. US: Oxford University Press.
- (26) Lomas J, Claxton K, Martin S, Soares M (2018). Resolving the "Cost-Effective but Unaffordable" Paradox: Estimating the Health Opportunity Costs of Nonmarginal Budget Impacts. *Health Economics* 21:266-275.

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/>

[twitter@gestclinsan](https://twitter.com/gestclinsan)

Sobreutilización sanitaria en Atención Primaria. Percepciones de sus profesionales

Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, et al.

Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. BMJ Open 2018;8:e021339. doi:10.1136/bmjopen-2017-021339.

Objetivo

Analizar la percepción de los profesionales de Atención Primaria (AP) que ejercen en España sobre la frecuencia, las causas y los determinantes de la sobreutilización del sistema sanitario.

Método

Estudio descriptivo observacional mediante cuestionario autoadministrado en línea que recogió las percepciones de los encuestados sobre la frecuencia con la que los pacientes solicitaban servicios innecesarios, el perfil más habitual de paciente solicitante y los argumentos que servían para disuadir al paciente. La muestra estuvo formada por un total de 936 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), 682 pediatras y 286 profesionales de enfermería.

Resultados

Entre los MFC y pediatras, las principales causas de sobreutilización referidas fueron la insistencia del paciente (63,3% de respuestas), el deseo de tener un mayor control y seguridad sobre el caso (40,2%) y la escasez de tiempo de consulta por paciente (38,1%). Para el total de la muestra, el mayor grado de responsabilidad fue asignado a los familiares de los pacientes (7,6 sobre 10), a los medios de comunicación (7,2) y a los propios profesionales médicos o de enfermería (7,1).

Con una frecuencia de "casi todos los días a todos los días", el 35,9% de los MFC refirió recibir solicitudes de procedimientos innecesarios, el 9,0% reconoció haber realizado indicaciones innecesarias a petición de los pacientes, el 29,6% consiguió convencer al paciente de que el procedimiento era innecesario.

Los procedimientos más solicitados por los pacientes fueron las analíticas rutinarias de chequeo (75,5%) y la derivación a otros especialistas (67,1%). Los argumentos más efectivos para disuadir a los pacientes de solicitudes no justificadas referidos por los MFC y pediatras fueron la seguridad del paciente (49,9%) y la evidencia científica (39,4%).

Conclusión

La sobreutilización del sistema sanitario es un problema multicausal en el que la presión insistente del paciente, el deseo de tener un mayor control sobre el caso clínico por parte del profesional, y los medios de comunicación serían los principales condicionales. La seguridad del paciente es un argumento considerado efectivo para disuadir al paciente de la petición de pruebas innecesarias.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (IS), Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Referencia PI16/00816.

Conflicto de intereses: No declarado.

Correspondencia: jose.mira@umh.es

COMENTARIO

La sobreutilización sanitaria preocupa a gestores e instituciones de salud por el riesgo que supone para la sostenibilidad del sistema sanitario. Diversas iniciativas han tratado de abordar el fenómeno de la sobreutilización. En España, el "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas" (ICC) (1), liderada por el Ministerio de Sanidad y con la participación de más de 40 Sociedades Científicas, ha seleccionado desde 2013 numerosas prácticas clínicas innecesarias que deberían evitarse por suponer más riesgos que beneficios para paciente.

Este trabajo supone el primer estudio que analiza las percepciones de los profesionales de Atención Primaria en España sobre la sobreutilización en este ámbito asistencial. La amplia muestra asegura representatividad y potencia suficiente para valorar los principales determinantes de este fenómeno. Así, los profesionales refieren la solicitud frecuente de procedimientos innecesarios por parte de los pacientes, especialmente analíticas de chequeo y derivaciones a otros especialistas. Además, los intentos de los profesionales para racionalizar estas peticiones no suelen ser efectivos. Aunque los propios médicos se asignan un alto grado de responsabilidad en la sobreutilización sanitaria, también relacionan este problema con el comportamiento de los pacientes y sus familiares y con los mensajes difundidos en los medios de comunicación.

Los resultados son similares a los observados en otros estudios anglosajones. Por ejemplo, médicos de la *American Medical Association* también refirieron como principales causas de sobreutilización razones rela-

cionadas con el tener un mayor control sobre el caso, como el miedo a la mala praxis (85%) y la presión del paciente (59%) (2), que podrían influir en la indicación final de un procedimiento sanitario (3).

El contenido de este artículo se complementa con otras publicaciones elaboradas por el mismo grupo de investigación, en las cuales se observó que existe aún un amplio margen de mejora para dar a conocer la ICC, y la estimación cualitativa mediante un método Delphi de las principales prácticas innecesarias identificadas en Atención Primaria.

Los resultados de este estudio caracterizan los determinantes específicos de la sobreutilización en este ámbito asistencial, como paso previo necesario para desarrollar planes de actuación que reduzcan de forma efectiva este importante problema de Salud Pública.

Jorge de Vicente Guijarro José L. Valencia Martín

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

(1) García-Alegria J, Vázquez-Fernández del Pozo S, Salcedo-Fernández F, García-Lechuz Moya JM, Andrés Zaragoza-Gaynor G, López-Orive M, et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Rev Clin Esp.* 2017;217(4):212-21.

(2) Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al. Overtreatment in the United States. *Moise IK, editor. PLoS ONE.* 2017;12(9):e0181970.

(3) McKinlay JB, Trachtenberg F, Marceau LD, Katz JN, Fischer MA. Effects of Patient Medication Requests on Physician Prescribing Behavior: Results of A Factorial Experiment. *Med Care.* 2014;52(4):294-9.

Así no vamos bien: ¿Más o mejor regulación en las aprobaciones?

Davis C, Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A.

Aggarwal A. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. BMJ 2017;359:j4530.

Contexto

A partir de los informes de nuevos medicamentos e indicaciones contra el cáncer publicados en 2009-2013 por la EMA (European Public Assessment Reports - EPARs) se realizó una revisión sistemática de las características del estudio que permitió su comercialización, de los comparadores utilizados y de las medidas de resultados obtenidas. Estos datos fueron analizados mediante una escala validada de la European Society for Medical Oncology's (Magnitude of Clinical Benefit Scale - ESMO-MCBS).

Resultados

En este período la EMA aprobó el uso de 48 medicamentos oncológicos en 68 nuevas indicaciones (48,5% primeras autorizaciones y el resto fueron extensiones de otras indicaciones ya aprobadas). Se aprobaron 17 fármacos para el tratamiento de tumores malignos hematológicos y 51 para el tratamiento de tumores sólidos. De estos, 12 (24%) fueron para el cáncer de mama, siete (14%) para el cáncer de pulmón, cinco para el cáncer de intestino y cinco (10%) para el cáncer de próstata.

Entre las 68 indicaciones de medicamentos contra el cáncer aprobadas por la EMA con una mediana de seguimiento de 5,4 años, solo en 35 indicaciones hubo una mejora significativa en la supervivencia o en la

calidad de vida sobre otras opciones de tratamiento existentes, o placebo, o como segundas líneas de tratamiento. Para 33/68 (49%), aún persiste la incertidumbre sobre si los medicamentos realmente prolongan la supervivencia o mejoran la calidad de vida. De todos los medicamentos que obtuvieron un aumento en la supervivencia (en la escala ESMO-MCBS), solo en 11 de 23 (48%), se consideró que el beneficio fue clínicamente significativo.

Conclusiones

Ni el EPAR ni los estudios publicados fueron consistentes en informar si las mejoras significativas para los resultados de calidad de vida específicos también fueron clínicamente relevantes. Es posible que se hayan alcanzado resultados significativos solo en parámetros aislados o subescalas individuales, pero no queda claro si se había obtenido un beneficio neto en calidad de vida.

Financiación: Health Action International.

Conflicto de intereses: Ninguno además de la financiación y afiliación mencionada.

Correspondencia: courtney.davis@kcl.ac.uk

COMENTARIO

Resulta preocupante que la base para aprobar nuevos medicamentos contra el cáncer sea la demostración de una diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia entre los tratamientos, sin importar si tal diferencia es clínicamente relevante para los pacientes.

El coste de los medicamentos contra el cáncer se está disparando: Los precios aumentaron en un 10% cada año entre 1995 y 2013 (1) y tanto las autoridades sanitarias como los enfermos esperan que los nuevos enfoques terapéuticos utilizados contra el cáncer, solos o en combinación, den las respuestas que los pacientes han estado esperando durante mucho tiempo (mayor supervivencia, mejor calidad de vida).

Sin embargo, en vista de los resultados de este estudio (2) y otros similares (3-5) se puede deducir que incluso años después de la entrada en el mercado, aún no hay evidencia concluyente de que muchos medicamentos aumenten la supervivencia en la mayoría de las indicaciones de cáncer, y que cuando hay ganancias en supervivencia con respecto a las opciones de tratamiento existentes o placebo, a menudo son marginales. A pesar de las limitaciones que pueda tener la herramienta utilizada para la evaluación (ESMO-BCBS) lo cierto es que ninguno de los estudios pivotaes que respaldaron las aprobaciones de los nuevos medicamentos oncológicos de 2009 a 2013 incluyó la calidad de vida como una medida de resultado primaria. Esto tal vez no sea sorprendente, ya que la EMA no requiere que se evalúe la calidad de vida, incluso cuando los medicamentos están destinados a cuidados paliativos, como es el caso de muchos de ellos, algo que resulta difícil entender en la actualidad.

Tomados en conjunto, todos estos hechos la imagen es poco aleccionadora. Si bien estamos aprobando medicamentos contra el cáncer a un ritmo rápido, pocos llegan al mercado con una buena evidencia de que mejoran los resultados centrados en el paciente. Si lo hacen, a menudo

ofrecen beneficios marginales que pueden perderse en los pacientes heterogéneos del mundo real.

La mayoría de las aprobaciones de medicamentos contra el cáncer se basan en criterios de valoración débiles o no bien probados, y los estudios posteriores a la comercialización rara vez validan la eficacia y seguridad de estos medicamentos en los resultados finales centrados en el paciente. Si a todo esto agregamos que el coste promedio del tratamiento con los medicamentos contra el cáncer está cercano a los 100000\$ (6) por año de tratamiento, solo parece haber una conclusión válida: el sistema regulatorio está roto.

Antonio J García Ruiz
Nuria García-Agua i Soler

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

(1) Cancer Research UK. Health economics: the cancer drugs cost conundrum. 2016. <http://www.cancerresearchuk.org/funding-for-researchers/research-features/2016-08-10-health-economics-the-cancer-drugs-cost-conundrum>

(2) Davis C, Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A, Aggarwal A. Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. BMJ 2017;359:j4530.

(3) Aggarwal A, Fojo T, Chamberlain C, Davis C, Sullivan R. Do patient access schemes for high-cost cancer drugs deliver value to society? lessons from the NHS Cancer Drugs Fund. Annals of Oncology, 2017;28(8):1738-50.

(4) Salas-Vega S, Iliopoulos O, Mossialos E. Assessment of overall survival, quality of life, and safety benefits associated with new cancer medicines. JAMA Oncology, 2017;3(3):382-390.

(5) Cohen D. Most drugs paid for by £1.27bn Cancer Drugs Fund had no "meaningful benefit". BMJ 2017;357:j2097.

(6) Kantarjian H, Rajkumar SV. Why are cancer drugs so expensive in the United States, and what are the solutions? Mayo Clin Proc 2015;359:500-4.

Evaluación rápida del riesgo de cáncer asociado a los lotes de valsartán contaminado

Pottegård A, Kristensen KB, Ernst MT, Johansen NB, Quartarolo P, Hallas J.

Use of N-nitrosodimethylamine (NDMA) contaminated valsartan products and risk of cancer: Danish nationwide cohort study. BMJ. 2018;362:k3851.

Objetivo

Realizar una evaluación acelerada del riesgo de cáncer asociado con la exposición a N-nitrosodimetilamina (NDMA) a través de productos de valsartán contaminados.

Material y métodos

Estudio de cohorte a partir de registros de salud daneses sobre el uso de medicamentos recetados a nivel individual, aparición de cáncer y diagnósticos hospitalarios. Participaron pacientes sin antecedentes de cáncer, de al menos 40 años de edad, y que utilizaron valsartán el 1 de enero de 2012 o iniciaron su uso entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de junio de 2017. Los participantes fueron seguidos desde 1 año después de la entrada en la cohorte hasta que experimentaron un resultado de cáncer, muerte, migración o finalización del período de estudio (30 de junio de 2018). La exposición de cada participante a la NDMA se planteó como una variable que varía en el tiempo a la vez que se aplicaba un retraso (*time lag*) de un año. La variable principal fue una medida compuesta que incluía todos los cánceres excepto el cáncer de piel no melanoma. También se determinó el riesgo de cánceres específicos.

Resultados

La cohorte final comprendió 5150 personas adultas seguidas durante una

mediana de 4,6 años. En total, 3625 participantes de la cohorte contribuyeron con 7344 personas-año clasificadas como no expuestas a NDMA, y 3450 participantes contribuyeron con 11920 personas-año clasificadas como nunca expuestas a NDMA. Con 104 casos de cáncer entre los participantes no expuestos a NDMA y 198 casos entre los participantes expuestos, el cociente de riesgos o *hazard ratio* ajustado para cáncer en general fue de 1,09 (intervalo de confianza del [IC] 95%: 0,85-1,41), sin evidencia de una relación dosis-respuesta ($p=0,70$). Para los resultados a nivel de cánceres específicos, se observaron riesgos potenciales para el cáncer colorrectal (1,46; IC 95%: 0,79-2,73) y para el cáncer uterino (1,81; 0,55-5,90), aunque con amplios intervalos de confianza que incluyeron el nulo.

Conclusiones

Los resultados no sugieren un riesgo de cáncer a corto plazo considerablemente mayor en los usuarios de valsartán contaminado con NDMA. Sin embargo, la incertidumbre persiste sobre los resultados de algunos cánceres específicos, y se necesitan estudios con un seguimiento más prolongado para evaluar el riesgo de cáncer a largo plazo.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.
Correspondencia: apottegaard@health.sdu.dk

COMENTARIO

En julio de 2018, las agencias reguladoras de medicamentos informaron acerca de la detección de N-nitrosodimetilamina (NDMA), impureza probablemente carcinogénica (según la clasificación de la OMS), en algunos lotes de medicamentos genéricos que contienen el principio activo valsartán. Como consecuencia, se retiraron los lotes de medicamentos afectados y se inició a nivel europeo un procedimiento de evaluación y revisión (“arbitraje”) (1). La retirada de lotes de valsartán – uno de los medicamentos antihipertensivos más utilizados en España (2)– parece estar pasando factura a los laboratorios afectados, a la propia molécula y podría incluso afectar a otros medicamentos antihipertensivos del grupo de los denominados “sartanes” (candesartán, irbesartán, losartán y olmesartán) (1). También parece haberse (re)abierto el debate sobre el control de los medicamentos genéricos (3) en un contexto cada vez más complejo y globalizado.

Pottegård et al (4) presentan información relevante (aunque preliminar) sobre el posible riesgo de cáncer en pacientes que han sido tratados con productos de valsartán contaminado con NDMA. De este trabajo cabe destacar: 1) como los autores han utilizado diversas bases de datos y registros poblacionales enlazados (*data-linkage*) para evaluar el problema (y su posible impacto) en práctica clínica real, y 2) el rigor metodológico y la rapidez en la ejecución (3 meses desde que se notificara el problema en los lotes de valsartán). A pesar de que persisten algunas dudas e

incertidumbres reconocidas (4, 5), es una realidad la necesidad de estudios de estas características, que sirvan para dar respuestas inmediatas e informar una toma de decisiones (rápida) en farmacovigilancia.

Ferrán Catalá-López

Departamento de Planificación y Economía de la Salud.

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

(1) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). “Nueva retirada de lotes de valsartán. Nota informativa ICM (CONT), 11/2018”. Accesible: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/calidad/2018/NI_ICM-CONT_11-2018-grupo-sartanes.htm [consultado 24 de octubre de 2018].

(2) Greciano V, Macías Saint-Gerons D, González-Bermejo D, Montero D, Catalá-López F, de la Fuente Honrubia C. Uso de medicamentos antihipertensivos en España: tendencias nacionales en el período 2000-2012. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:899-903.

(3) Sociedad Española de Cardiología. Nota de Prensa: “Los cardiólogos europeos ponen sobre la mesa el control de los medicamentos genéricos”. Madrid, 29 de agosto de 2018. Accesible:

<https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/9768-los-cardiologos-europeos-ponen-sobre-la-mesa-el-control-de-los-medicamentos-genericos> [consultado 24 de octubre de 2018].

(4) Pottegård A, Kristensen KB, Ernst MT, Johansen NB, Quartarolo P, Hallas J. Use of N-nitrosodimethylamine (NDMA) contaminated valsartan products and risk of cancer: Danish nationwide cohort study. *BMJ*. 2018;362:k3851.

(5) Banzi R, Bertele V. Regulatory response to contaminated valsartan. *BMJ*. 2018; 362:k3855.

Los proveedores de Medicare tienen incentivos para incrementar la utilización; más cuanto más poder de mercado tienen

Callison K, Kaestner R, Ward J.

A test of supply-side explanations of geographic variation in health care use. National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper No. 25037 September 2018. <http://www.nber.org/papers/w25037>.

Objetivo

Mostrar las diferencias en utilización de servicios sanitarios entre áreas sanitarias con distinto gasto, una vez que las personas sin seguro médico se registran en MEDICARE.

Método

Mediante un estudio de diferencias en diferencias para datos de una encuesta longitudinal a nivel de individuo, se comparó la diferente "tasa" de utilización de servicios de aquellas personas que vivían en regiones sanitarias con alto nivel de gasto sanitario per *capita*, con personas similares que vivían en áreas con nivel bajo de gasto sanitario, una vez cambiaban su condición de no asegurados a asegurados en MEDICARE. Las variables de ajuste por el lado de la demanda fueron los diferentes perfiles de edad, estado de salud, nivel educativo y socioeconómico, y un *proxy* de disponibilidad a pagar. La clasificación de áreas de alto y bajo gasto se estableció en función de la mediana de gasto sanitario per cápita (*proxy* de poder de mercado).

Resultados

Tomar el seguro MEDICARE incrementó el consumo de servicios; pero en aquellas áreas con alto gasto sanitario (con respecto a aquellas con bajo gasto sanitario) este incremento fue mayor. Así la probabilidad de un ingreso hospitalario se incrementó en un 40%, la probabilidad de cinco o más visitas al médico lo hizo en un 26% y la probabilidad de tener 10 o más visitas al médico en un 23%.

Conclusión

Aunque queda sin dilucidar el mecanismo íntimo que explicaría estos hallazgos, se aporta evidencia causal de que el diferencial de utilización, corregidas las diferencias en factores de la demanda, está mediado por factores de la oferta.

Financiación: No declara.

Conflictos de interés: NBER no los publica.

Dirección de correspondencia: kcallison@tulane.edu

COMENTARIO

¿Cuál será el comportamiento de los proveedores sanitarios en un mercado sanitario en el que abundan las personas no aseguradas, cuando estas cambian su *statu quo* y son elegibles para un programa público con amplia cobertura de servicios? ¿Sería este comportamiento distinto entre áreas sanitarias con fuerte poder de mercado (alto gasto sanitario)? Los autores sostienen que en el momento en el que aparece el asegurador público (i.e., Medicare) que homogeneiza los precios y amplía la cobertura de servicios, el comportamiento económico de los proveedores sanitarios tiende a enfocarse a incrementar la cantidad de servicios, siendo este incremento una función de su poder de mercado, o de otro modo, de su potencial para inducir demanda. De ser cierta esta teoría, en el momento en el que se produce el cambio en el estado de aseguramiento de los individuos, la cantidad de servicios ofrecidos se incrementaría, y la distinta cantidad de servicios consumidos dependería del poder de mercado de cada proveedor.

Corregidos otros posibles efectos de la demanda, y falsando algunas de las asunciones, los autores muestran que este es el caso, ampliando así el cuerpo de conocimiento que corrobora lo ya conocido sobre las 'causas' de las variaciones injustificadas de la práctica médica y el desempeño de los servicios sanitarios en el contexto americano (1-3). No obstante, el artículo añade a la evidencia existente un importante esfuerzo en el diseño de investigación (cuasi experimental con grupo control equivalente – o diferencias en diferencias), seleccionar una exposición (tomar seguro Medicare) exógena al estado de salud de los individuos, y controlar sesgos de selección (diferencias en disponibilidad a pagar entre áreas) por lo que los hallazgos reúnen condiciones de asociación causal.

Eso sí, el cuasi-experimento se desarrolló en el peculiar contexto estadounidense: millones de personas sin aseguramiento, o con aseguramiento privado con limitada cobertura y precios por encima de su disponibilidad a pagar, que a partir de un determinado momento disponen de una amplia (aunque insuficiente) cobertura sanitaria, con aseguramiento privado complementario.

En el caso español, sistema sanitario con características disímiles al complejo modelo americano, donde el aseguramiento es obligatorio, la prima pública es igual entre aseguradores públicos y cubre una amplísima cartera de servicios, el pago por acto es anecdótico, los precios están fuertemente regulados y son similares entre áreas, y con ausencia de incentivos para el ahorro y reinversión, se siguen produciendo enormes variaciones en la utilización de procedimientos quirúrgicos, en las hospitalizaciones médicas o en el gasto per cápita, no justificables por diferencias en la epidemiología de las poblaciones ni en su distinta propensión a consumir (www.atlasvpm.org). Y como en el caso español en la mayor parte de sistemas sanitarios de nuestro entorno (www.echo-health.eu).

Las causas de esta variación, también atribuibles al lado de la oferta, serán distintas a las propuestas por los autores. En nuestro caso, las variaciones en utilización estarán más relacionadas con una mezcla de factores, de impacto relativo desconocido; así, la cercanía a los recursos (aunque el 65 % de la población está a menos de 30 minutos de un hospital terciario); la organización de los microsistemas (departamentos clínicos que, con independencia de sus potenciales resultados, desarrollan flujos asistenciales completamente distintos); la fascinación tecnológica (en un sistema con incentivos limitados para el desarrollo profesional éste está ligado a la diferenciación tecnológica); y, las cascadas de aprendizaje (o su ausencia) que devienen en estilos de práctica locales y persistentes (4).

Enrique Bernal-Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

(1) Chandra A, Staiger DO. Productivity spillovers in health care: Evidence from the treatment of heart attacks. *Journal of Political Economy* 2007; 115(1):103-140.

(2) Skinner J. Causes and Consequences of regional variations in health care. In *Handbook of Health Economics* 2007; Vol 2: 45-93. Amsterdam: Elsevier.

(3) Finkelstein A, Gentzkow M, Williams H. Sources of geographic variation in health care: Evidence from patient migration. *Quarterly Journal of Economics* 2016; 131(4): 1681-1726.

(4) Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización de servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud? Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20 (Supp. 1):110-116.

Incentivos ligados al desempeño: ni contigo ni sin ti tienen mis males remedio

Minchin M, Roland M, Richardson J, Rowark S, Guthrie B.

Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *N Engl J Med* 2018;379:948-57.

DOI:10.1056/NEJMsa1801495.

Contexto

Los sistemas de incentivación ligados al desempeño profesional (Pay for Performance) han sido implantados en un buen número de sistemas sanitarios, pero sin embargo siguen existiendo dudas sobre su idoneidad para mejora la calidad de la atención sanitaria que, en definitiva, es su objetivo final.

El National Health Service (NHS) británico implantó en 2004 el Quality and Outcomes Framework (QOF), el experimento mayor a nivel internacional de aplicación de este tipo de sistema de incentivación, y que llegó a representar una cuarta parte del total de ingresos de los médicos de familia del país. Sin embargo, las dudas sobre su efectividad llevaron a NHS Escocia a retirar el modelo en 2016 y probablemente el sistema sufra cambios en el resto del NHS por dicha razón.

Poco se sabe realmente sobre el efecto de suprimir el pago por desempeño en un servicio sanitario, y los escasos estudios realizados aportan resultados contradictorios.

Descripción de la intervención

Dentro del sistema de revisión periódica del QOF, se suprimieron en marzo de 2014, los incentivos ligados a 40 de los 121 indicadores de calidad de la atención, empleándose dichos fondos en incrementar los pagos por capitación en todos los centros. Sin embargo, la información sobre los indicadores no incentivados se siguió recogiendo (Indicators No Longer in QOF o INLIQ). En este contexto se realizó un análisis de serie temporales interrumpido entre 2010 y 2017 en 12 de los indicadores en los que los incentivos fueron retirados, y en 6 en los que su desempeño siguió siendo incentivado. El nivel socioeconómico de la población atendida en cada centro fue recogida a través del Índice de Deprivación Múltiple de 2015.

Objetivos

Analizar el efecto de suprimir incentivos financieros ligados al desempeño

de ciertos indicadores de calidad de la atención, así como su efecto en función del nivel de deprivación de la población atendida en cada centro de atención primaria en Reino Unido.

Resultados de interés

Se obtuvieron datos completos de 2819 centros ("practices") con más de 20 millones de pacientes registrados (cerca de un tercio del total de centros de atención primaria ingleses). Tras la retirada de la incentivación en los 12 indicadores estudiados, se observaron reducciones en la calidad de la atención registrada en el primer año, siendo mayor la reducción en indicadores relacionados con consejos en materia de salud; la reducción fue menor en aquellos indicadores que medían decisiones clínicas con actualización automática (pruebas de laboratorio, por ejemplo) en la historia clínica electrónica. Por el contrario, se observaron solamente discretas variaciones en el desempeño de los 6 indicadores cuyo resultado continuó siendo incentivado.

La supresión de incentivo supuso cambios significativos en las áreas más acomodadas frente a las más deprivadas en 7 de los 12 indicadores (2 a favor de las más acomodadas y 5 a favor de las menos).

Conclusión

La retirada de incentivos financieros vinculados a determinados indicadores de calidad se asoció a una disminución en su desempeño, modificando probablemente la atención global prestada.

Los incentivos financieros ligados solamente al logro de determinados niveles de calidad probablemente no mantengan su efecto en el tiempo a menos que se asocien a intervenciones más integrales que modifiquen la práctica clínica y la organización de la atención.

Conflicto de intereses: Ninguno distinto a su relación como trabajadores del NICE con los QOF y su evaluación.

Correspondencia: b.guthrie@dundee.ac.uk

COMENTARIO

Si el sistema de incentivos británico en Atención Primaria (QOF) supone el mayor experimento internacional sobre la aplicación de sistemas de incentivación ligados al desempeño, el equipo de investigación de Martin Roland en Manchester probablemente sea el que más en profundidad haya estudiado la efectividad de este tipo de intervenciones.

La evidencia va siendo progresivamente concluyente de que este tipo de incentivación suele significar un mejor resultado en los indicadores incentivados (al menos en su registro), pero con dos riesgos relevantes: la falta de mantenimiento del nivel alcanzado en cada indicador en el momento de suprimir el incentivo (1), y el dejar de hacer aquello que no es incentivado (2). Como señalan los autores, si los gestores sanitarios deciden poner en marcha procesos de retiradas de los modelos de incentivación (como hizo Escocia) sería prudente continuar monitorizando la calidad de la atención en las condiciones que dejan de ser incentivadas.

El sistema sanitario español lleva aplicando sistemas de incentivación de este tipo desde hace más de 20 años. Sin embargo su efecto nunca ha sido evaluado de forma rigurosa en ningún servicio de salud. Aun-

que solo sea por el dinero invertido (cuya cuantía exacta es desconocida) urge saber cuales son las consecuencias de su empleo. Al margen de que la evidencia existente sobre el escaso efecto de los sistemas de incentivos del desempeño para mejorar de forma efectiva la salud (3) obliga a replantear globalmente su utilización.

Sergio Minue Lorenzo

Escuela Andaluza de Salud Pública.

(1) Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Eng J Med* 2009;361:368-78.

(2) Howie J, Metcalfe D, Walker J. The state of general practice—Not all for the better. *BMJ* 2008;336:1310-1.

(3) Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motúapuaka M, Freeman M, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care. A systematic review. *Ann Intern Med* 2017;166:341-53.

Radicalismo selectivo vs. radicalismo sistémico

Kreindler SA.

The three paradoxes of patient flow: an explanatory case study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):481.

Contexto

Los sistemas sanitarios de prácticamente todos los países desarrollados intentan reducir la afluencia masiva de pacientes a los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) y optimizar los flujos de pacientes mejorando la continuidad de la atención. Aunque los flujos de pacientes se consideran un problema sistémico, los abordajes tienden a ser parciales.

Objetivo

El trabajo, de metodología cualitativa y centrado en el sistema de salud regional canadiense, intenta identificar los problemas a nivel de sistema que impiden que las organizaciones sanitarias mejoren los flujos de pacientes.

Métodos

Entrevistas en profundidad con 62 gerentes, de varios niveles y de servicios centrales y departamentales, análisis cuantitativo de los indicadores de flujo de pacientes (1999-2012) y revisión de aproximadamente 700 documentos. Las entrevistas revelaron que la característica más sorprendente del conjunto de datos era la contradicción, se utilizó una técnica de análisis dialéctico para examinar las contradicciones en sucesivos niveles de profundidad.

Resultados

El análisis descubrió tres paradojas: “Muchos éxitos pequeños y un gran fracaso general” (las iniciativas mejoran partes del sistema pero no solu-

cionan las restricciones subyacentes del mismo); “Tu innovación es mi dificultad” (la innovación local choca con la integración regional); y “Tu orden es mi caos” (las reglas que mejoran la organización de servicios para mis pacientes crean obstáculos para los tuyos). Esto último surge cuando unos servicios o centros sanitarios definen a sus pacientes en términos de “ubicación”, y otros por sus necesidades o características. Dado que la responsabilidad de mejorar los flujos se distribuye entre grupos que definen de forma diferente sus pacientes, los esfuerzos locales apenas mejoraron el sistema general y, a menudo, se enfrentaron entre sí. Estas paradojas son indicativas de un antagonismo fundamental entre las partes del sistema y el todo.

Conclusión

Una acumulación de iniciativas de mejora de los flujos de pacientes en cada una de las partes del sistema sanitario no lleva a un enfoque de sistema puede perpetuar las paradojas. Se necesitaría una estrategia coherente para definir las poblaciones de pacientes según las necesidades, analizar sus trayectorias globales de atención y desarrollar procesos coherentes para satisfacer sus necesidades.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: skreindler@wrha.mb.ca

COMENTARIO

Todos los servicios sanitarios aspiran a prestar la atención adecuada al candidato (paciente) adecuado en el momento y lugar (nivel) adecuado. Para ello deben gestionar los flujos de pacientes (o, como suelen decir, la “demanda”). Tanto los flujos espontáneos como los generados por las propias derivaciones y recitaciones.

Gestionar flujos de pacientes es complejo. Como es sabido, para cada problema complejo existe una conocida solución “*neat, plausible, and wrong*” (1). Como también es sabido, para reducir las visitas a los SUH se han probado todas: triajes varios (por médicos, por enfermeras, con escalas,...), unidades de observación, cribado telefónico, apertura de urgencias en atención primaria (varias modalidades), ampliarlos, ampliarlos más aún si cabe, atención a domicilio, enfermeras gestoras de caso, atención específica a “hiperfrecuentadores”, campañas en los medios, etc. Y más etc, etc. No es que estés soluciones sean disparatadas. O incluso que algunas no tengan “evidencia” que, en algún contexto, les de soporte. Pero suelen abordar solo un momento o solo una pequeña parte del flujo de pacientes y sus pequeños éxitos, cuando los tienen, acaban siendo problemas en otro momento u otra parte del flujo de pacientes (3, 4). De ahí las tres paradojas.

Jordi Varela (5), en un post a propósito de este mismo trabajo, saltaba a una cuarta paradoja: “*tu integración es mi fragmentación*”, expresando “*el desconcierto del sistema cuando no hay concordancia entre los criterios de las diferentes puertas, sobre todo porque muchos pacientes, llegados al punto de la complejidad, no responden a categorizaciones unívocas. El resultado es que los programas más alabados son los que seleccionan con mayor rigor a los pacientes, mientras que los que tienen que hacer de coche escoba, como las urgencias hospitalarias, son los que tienen más problemas de fluidez y funcionamiento*”.

Pero quizás las paradojas trascienden las urgencias o los flujos de pacien-

tes. Vicente Ortún, en un texto extraordinariamente actual de hace ya 25 años (6), prescribía el “radicalismo selectivo” como vía de cambio en el SNS: “*favorecer propuestas concretas de cambio, con resonancia que trascienda de sus límites iniciales de demostración*”. El trabajo de Kreindler sugiere que, con carácter general, los esfuerzos por innovar organizativamente en algún ámbito parcial del SNS –sean las urgencias, las listas de espera, la atención a la cronicidad, la oncológica, la primaria, la enfermería, la prestación farmacéutica o cualquier otra– conducen a “muchos éxitos pequeños y un gran fracaso general”. Quizás es tiempo para abandonar los parches exitosos y abordar trayectorias de atención en su globalidad (empezando por donde deben empezar: la atención primaria). Quizás es tiempo para pasar del radicalismo selectivo al radicalismo sistémico.

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

(1) Mencken HL. Prejudices: A selection. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2006.

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

(3) Kreindler SA. Six ways not to improve patient flow: a qualitative study. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(5):388-94.

(4) Kreindler SA. Planning without action and action without planning? Examining a regional health system's efforts to improve patient flow, 1998-2013. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(1):e333-e43.

(5) Varela J. Urgencias hospitalarias: el campo de refugiados del sistema sanitario. *Avances en gestión clínica*, 24 de septiembre, 2018. Accesible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/09/urgencias-hospitalarias-el-campo-de.html>

(6) Ortún V. La reforma del sistema sanitario español: radicalismo selectivo. *Hacienda Pública Española.* 1993; Monografías (I):15-31.

Impacto de las enfermeras en la seguridad y la mortalidad de los pacientes hospitalizados: evidencia desde Finlandia

Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J.

Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*. 2018; 8(4): e016367. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016367.

Objetivo

Analizar las repercusiones sobre la seguridad y la mortalidad de los pacientes hospitalizados cuando las enfermeras no pueden dar respuesta a sus necesidades debido a una elevada intensidad de cuidados (carga de trabajo).

Métodos

Estudio observacional llevado a cabo en 36 unidades de 4 hospitales finlandeses. Las unidades correspondían a las diversas tipologías de pacientes (medicina interna, cirugía general, traumatología, pediatría, ginecología y oncología entre otras). A lo largo de dos años se registró cada día la medida de la intensidad de cuidados generada por los pacientes a través del sistema RAFAELA®. Esta herramienta permite identificar los cuidados que requiere el paciente y optimizar el trabajo de las enfermeras, conociendo el coste y la productividad, para garantizar que se dispensan cuidados de calidad a todos los pacientes. Se basa en un sistema de clasificación de pacientes el "Oulu Patient Classification (OPC)" y en un método para calcular los recursos en base a las necesidades de los pacientes el "professional assessment of optimal nursing care intensity level (PAONCIL)". A través del OPC se conocen las necesidades de los pacientes y a través del PAONCIL, los valores estándares de necesidad de cuidados, para cada unidad (se determina el estándar para cada unidad durante dos meses en un periodo de varios años). La medida diaria de la intensidad de cuidados se comparó con el estándar previo estableciéndose tres casuísticas de acuerdo a una regresión lineal: el número de enfermeras está situado en el nivel óptimo, está por encima, o está por debajo. Para establecer el impacto en seguridad se clasificaron los incidentes ocurridos en 4 tipologías: se produjo un incidente, el incidente

produce afectación al paciente, el incidente produce daño al paciente, y se produce más de un incidente en un mismo día, además se registró también la mortalidad ocurrida.

Resultados

Cuando el número de enfermeras por unidad es superior al estándar establecido, la probabilidad de que se afecte la seguridad disminuye en un 28%, a su vez la mortalidad disminuye en un 42%. En cambio cuando el número de enfermeras por unidad es inferior al estándar establecido, los incidentes aumentan en un 33% y la mortalidad en un 45%. Es interesante destacar también que los resultados no muestran diferencias en función de la estación del año.

Conclusiones

Es uno de los pocos estudios que establece la relación entre intensidad de cuidados y la seguridad y mortalidad de los pacientes en base a un análisis diario de la situación y a través de una clasificación independiente de las necesidades de los pacientes. La distribución óptima de las enfermeras en las unidades es clave para garantizar unos resultados positivos disminuyendo incidentes y la mortalidad de los pacientes hospitalizados. Este estudio multicéntrico demuestra el impacto sobre la seguridad y la mortalidad de que las dotaciones enfermeras estén por debajo del estándar establecido y pone de manifiesto la necesidad de revisar los sistemas actuales de asignación de enfermeras a las unidades de hospitalización y de establecer unos estándares de dotaciones enfermeras homogéneos.

Financiación: The State Research Funding of Vaasa Hospital District.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: lisbeth.fagerstrom@abo.fi

COMENTARIO

Se trata de un estudio muy relevante ya que aporta evidencia para la toma de decisiones en la gestión de los servicios de salud y para el desarrollo de políticas. Los resultados añaden conocimiento a estudios previos en los que se establece el impacto de las dotaciones enfermeras sobre los resultados y la mortalidad de los pacientes, y los costes hospitalarios. En base a una herramienta objetiva, se puede conocer las necesidades de cuidados de los pacientes, su perfil, y la carga de trabajo que se produce (1, 2). El equilibrio entre las necesidades de los pacientes y los recursos disponibles, mejora los resultados de los pacientes al disminuir los eventos adversos y la mortalidad. A su vez, permite monitorizar las actividades enfermeras lo que genera información para el análisis de la complejidad de los cuidados, el *benchmarking* y la planificación de los recursos y costes (3).

De acuerdo con las recomendaciones para la dotación de enfermeras del Ministerio de Sanidad y Política Social (4) adaptado de Ferrús, es necesario que los estándares propuestos se planifiquen a partir del patrón de cuidados y al perfil de los pacientes. En el contexto actual,

este perfil se ha visto modificado los últimos años debido a la evolución demográfica, con una población más envejecida y con más enfermedades crónicas, que requiere de una adecuación de la atención que ofrecemos los centros hospitalarios y en el que, la revisión de la función enfermera, es clave para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Mireia Subirana

Directora de Cuidados del Consorcio Hospitalario de Vic.

(1) Junttila JK, Koivu A, Fagerström L, Haatainen K, Nykänen P. Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:46-53.

(2) Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan PF. The economic value of professional nursing. *Med Care*. 2009;47(1):97-104.

(3) Subirana M, Long A, Greenhalgh J, Firth J. A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *J Res Nurs*. 2014;19(1):8-23.

(4) Ministerio de sanidad y política social. Unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. *Inf Estud E Investig*. 2009.

Los sociodeterminantes de la salud vistos con diferentes gafas

Lleras-Muney A.

Mind the gap: A review of the health gap: the challenge of an unequal world by Sir Michael Marmot. Journal of Economic Literature 2018; 56(3):1080-1101.

Contexto y objetivo

Una *heavy metal* (USA UCLA) representante de la Economía de la Salud más puntera (ha sido editora del Journal of Health Economics y ha publicado en las top five), comenta en una *major* los trabajos de un clásico, Sir Michael Marmot, británico, partidario del más puro *National Health Service*, más sociólogo que médico pero experto en salud pública en cualquier caso, de la vieja guardia y que dobla en años a la comentarista. Adriana procede del mundo del análisis de la educación y la salud y no le cuesta congraciarse con Sir Michael. Lo hace por la vía del reconocimiento de la obra hecha, el valor de su insistencia, su énfasis, su pesadez a veces para quienes le conocemos. El texto promete, empleando un comentario de libro como pretexto, con una anotación de referencias bibliográficas que en sí valen mucho la pena para cualquier lector.

Resultados

La utilización del sentido común más que de las pruebas que los datos elusivos en este terreno no permiten hace que la estadounidense se rinda en la batalla. No pasan la criba de la tiranía testadora los trabajos de

las Comisiones que Marmot presidió. Tampoco ha contado el equipo de Marmot con conocimiento metodológico suficiente para afinar más, siendo el propósito más político el de llamar la atención por el trazo grueso de las asociaciones observadas. No ofrece pues evidencia suficiente para enjuiciar efectivamente el qué causa qué, la causalidad inversa, si el huevo o la gallina, los efectos de duración, tratamiento de la heterogeneidad observada, análisis de los mecanismos de incidencia para prescripciones fundadas empíricamente, etc.

Conclusiones

Considera que si bien los argumentos éticos de Marmot son bastante convincentes, sus recomendaciones son demasiado fuertes dada la evidencia actualmente disponible. Las políticas deben basarse en una comprensión más clara de por qué las cosas funcionan, cuándo y para quién.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: alleras@econ.ucla.edu

COMENTARIO

Health Gap documenta las brechas de salud grandes y persistentes que existen hoy a lo largo y ancho de los países relativamente ricos. Marmot argumenta que en los países desarrollados, la mala salud no causa bajos ingresos; es el bajo estatus socioeconómico el que conduce a una mala salud, pero no debido a factores inmediatos como el acceso diferencial a la atención médica. Esta puede explicar solo una pequeña porción de estas diferencias. Por lo tanto, para Marmot, si se quieren eliminar las brechas de salud, la política debe centrarse directamente en las causas supuestamente profundas que conlleva la enfermedad como son la pobreza, la educación y el empleo, o la falta de movilidad social, entre otras.

Marmot hace algunas observaciones que no por conocidas dejan de ser importantes, como que la salud no es simplemente una cuestión de responsabilidad personal, que el ambiente en el que los individuos viven, por ejemplo, por características de lugar de nacimiento o lugar de residencia son muy predictivas de su salud, eventual longevidad, y causa de muerte. Durkheim demostró hace 120 años que solo una pequeña fracción de las brechas de salud observadas se relaciona con el acceso a la atención médica, “porque los cuidados de salud son mayormente reparadores, y por lo tanto no pueden explicar por qué las personas se enferman en primer lugar”. Marmot enfoca la atención en algunos culpables obvios como la pobreza, la educación y la ocupación; y también llama la atención de otros factores menos frecuentemente considerados, como la capacidad de controlar la vida propia, el estrés y el capital social. Marmot continúa proporcionando recomendaciones políticas específicas, instando a redistribuir los ingresos (a través de la política fiscal), aumentar la educación y ampliar los programas para la primera infancia, mejorar condiciones de trabajo, potenciar el capital social de las comunidades, y mejorar la atención preventiva. A pesar de que existen asociaciones convincentes entre rango y salud, estas son, a juicio de Lleras-Muney, insufi-

cientes para concluir que el rango de desigualdades de renta es el principal mecanismo causal. Pese a ser predictivo de la salud en el futuro, después de controlar por educación y paro, hay mucha variación inexplicada de diferencias en salud.

La comentarista reconoce que identificar el efecto causal de las condiciones socioeconómicas a largo plazo en la salud es una tarea muy difícil. Los efectos de estrés y rango, por ejemplo, son acumulativos y no de fácil identificación. En general, sin embargo, no todas las propuestas políticas de Marmot están suficientemente validadas, y algunas asociaciones observadas deben ser consideradas más cuidadosamente. El diablo, nos dice Adriana Lleras, está en los detalles. Por ejemplo, incluso si aceptamos que la educación importa, puede no hacerlo todo el tiempo, y no todas las políticas que elevan el logro educativo impactarán siempre en mejor salud.

Pero las propuestas de Marmot son sensatas: “Si tuviera que apostar, dice la comentarista, en base a la evidencia actual, en cómo abordar las brechas de salud e ingresos, su políticas (educación infantil, redistribución, empleo, prevención) estarían en la lista corta, en parte porque estas políticas es probable que tengan muchos beneficios potenciales, en términos de ingresos, salud y en el bienestar más amplio”. Pero los costos y beneficios relativos de cada una de estas vías deben ser considerados cuidadosamente en cada alternativa. La evidencia hasta ahora disponible apoya intervenciones de educación temprana, y posiblemente transferencias. Pero incluso en estos casos, hay mucha heterogeneidad. En la vida predecir la aparición de enfermedades crónicas suele ser el resultado de procesos acumulativos lentos, donde la exposición a ciertos factores durante muchos años es importante. El “plis plas” en las propuestas de política sanitaria, más políticas que sanitariamente fundadas, no funciona.

Guillem Lopez i Casasnovas

CRES UPF.

La capacidad para posponer la muerte explica –al menos parcialmente– las desigualdades sociales en salud

Galama TJ, van Kippersluis H.

A theory of socio-economic disparities in health over the life cycle. *The Economic Journal*.

<https://doi.org/10.1111/eoj.12577>.

Contexto

El artículo desarrolla un marco conceptual que relaciona estatus socio-económico y salud a partir de un modelo de maximización de la utilidad de ciclo vital, donde el gradiente social en salud es el resultado de elecciones individuales racionales (si bien sometidas a restricciones). Para ello considera como variables endógenas la salud, los comportamientos relacionados con la salud y la longevidad.

Métodos

Los autores emplean como punto de partida el clásico modelo de Grossman de demanda de salud, al que añaden los siguientes supuestos:

- existen rendimientos decrecientes a escala en la inversión en salud,
- los individuos deciden qué condiciones de trabajo (con consecuencias negativas para su salud) están dispuestos a soportar a cambio de un salario más alto,
- los patrones de consumo, además de proporcionar utilidad, afectan a la tasa de depreciación de la salud,
- los salarios dependen del nivel educativo y los años de experiencia,
- los individuos optimizan endógenamente la duración de la vida,
- se incorpora el ocio que, junto con el tiempo de baja por enfermedad y el tiempo dedicado a invertir en salud, permite modelizar la decisión de jubilarse.

Resultados

De la teoría se derivan, entre otras, las siguientes predicciones/proposiciones:

- A medida que la salud disminuye, la ratio “valoración marginal de la salud/valoración marginal de la riqueza” aumenta. Esto explicaría que durante la juventud se valore menos la salud (pues la dotación de salud

es más elevada), se invierta menos en atención sanitaria y se observen con más frecuencia comportamientos poco saludables.

2. Los individuos aceptarán condiciones de trabajo poco saludables en la edad adulta en tanto valoren los mayores salarios que conllevan, pero a medida que envejeczan buscarán empleos más saludables.

3. Ante la incapacidad para prolongar la vida, los individuos mejor situados económicamente valorarán su salud (*ceteris paribus*) solo marginalmente más que los peor situados.

4. Los mejor situados económicamente valoran más la salud y están más sanos a todas las edades. Cuanto más pueda prolongarse la vida, mayor será el aumento en el valor que se concede a la salud ante un aumento marginal de la riqueza.

5. Las desigualdades en salud serán mayores en entornos donde los más ricos pueden utilizar de manera efectiva sus recursos para prolongar la vida.

6. Los mejor situados consumirán más bienes y servicios saludables (o moderadamente perjudiciales), y menos intensamente los que sean gravosos para la salud.

7. Entre los indicadores socioeconómicos, la educación será el que tenga más potencial de mejora de los hábitos de vida y de la propia salud ya que, a diferencia de lo que ocurre con la renta y la riqueza, la educación aumenta la eficiencia de las inversiones en salud.

8. Ante la incapacidad para prolongar la vida, los individuos sanos, *ceteris paribus*, valorarán menos (acumulativamente) su salud.

9. El efecto de la salud sobre la decisión de jubilarse es, *a priori*, indeterminado. No obstante, es previsible que los individuos más sanos se jubilen más tarde, como consecuencia de que la buena salud reduce el tiempo de enfermedad y el tiempo que es necesario dedicar a invertir en salud.

Financiación: National Institute on Aging of the National Institutes of Health.

Conflicto de intereses: Múltiples declarados.

Correspondencia: galama@usc.edu

COMENTARIO

El modelo teórico desarrollado por los autores contribuye a comprender algo mejor los mecanismos que dan lugar a las desigualdades sociales en salud tantas veces comprobadas en la literatura. Su principal aportación es la de proporcionar una teoría general que integra en un mismo modelo las relaciones entre salud, ingresos, riqueza, consumo de atención sanitaria, condiciones de trabajo y hábitos de vida, añadiendo además una perspectiva de ciclo vital. Este trabajo es el resultado de una línea de investigación que los autores han desarrollado en los últimos años, y que ha dado lugar a otras publicaciones previas (1, 2).

El modelo permite explicar, por ejemplo, por qué se producen desigualdades sociales en la prevalencia de hábitos de vida con influencia en la salud. La idea subyacente es que la salud proporciona tiempo adicional para disfrutar del consumo, el ocio y la propia salud, lo que conduce a los individuos de mayor nivel socioeconómico a valorarla más. Esto implica que decidan invertir más en salud, lo que a su vez se traduce en conductas más saludables que se manifiestan en mejor salud con el paso de los años.

Por otra parte, la longevidad determina la rentabilidad que los individuos van a obtener de las inversiones en salud que hagan a lo largo de la vida. La capacidad para posponer la muerte será en este modelo crucial para explicar la asociación entre estatus socioeconómico y

salud. En entornos donde es difícil para los mejor situados socialmente aumentar la esperanza de vida, las desigualdades en salud por grupos socioeconómicos serán previsiblemente más reducidas. Esto es lo que ocurre en países donde se proporciona una cobertura universal o cuasi-universal a prestaciones sanitarias de alta calidad.

Las asociaciones entre algunas variables (renta, educación, hábitos de vida, condiciones laborales) y los resultados en salud son suficientemente conocidas, pero el artículo aporta nuevas hipótesis a los mecanismos causales que las conectan. La mejor prueba de la robustez y consistencia del modelo que en él se presenta es que da cobertura a los resultados de los principales estudios empíricos que relacionan las variables citadas.

Rosa Urbanos

Universidad Complutense de Madrid.

(1) Galama TJ, van Kippersluis H. A theory of socioeconomic disparities in health. *CentER* 2011; Tilburg University.

(2) Galama TJ, van Kippersluis H. Health inequalities through the lens of health-capital theory: issues, solutions, and future directions. In *Health and inequality* 2013; pp. 263-284. Emerald Group Publishing Limited.

Los dos componentes clave para el desarrollo social: sanidad cumple pero educación cojea

Lim S, Updike R, Kaldjian A et al.

Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990-2016. Lancet 2018; 392:1217-34.

Contexto

La solvente factoría de comparaciones internacionales del Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) ofrece una medición para 195 países de sus niveles de educación y salud para el período 1990-2016. O lo que es lo mismo, una medida del capital humano –los niveles agregados de educación, capacitación, habilidades y salud de una población que afectan el ritmo al que las tecnologías se pueden desarrollar, adoptar y emplear para aumentar la productividad– que orienta tanto sobre la efectividad de las políticas sanitarias y educativas de cada país como acerca de su capacidad de desarrollo futuro.

Material y métodos

De manera similar a cómo se calcula una esperanza de vida ajustada por calidad, el artículo calcula para cada cohorte de nacimiento, los años de vida esperables de 20 a 64 años ajustados por años de escolarización, calidad de la educación recibida –medida a partir de 1894 pruebas a niños en edad escolar (como PISA de la OCDE), y estado de salud funcional utilizando tasas específicas para cada período de tiempo, edad y sexo para 195 países desde 1990 hasta 2016 basándose en la prevalencia de siete condiciones de salud tomadas del estudio Global Burden of Disease 2016 (GBD 2016). Las tasas de mortalidad específicas por ubicación, edad y sexo también se tomaron de GBD 2016. Viene a ser como una esperanza de vida ajustada por calidad multiplicada por una escolaridad que se ajusta también por calidad y se divide por 18 años, el máximo considerado en escolaridad.

Resultados

Japón tuvo, entre los 20 países más poblados del mundo en 2016, el capital humano esperado más alto, con 24.1 años (95% UI 23.2-25.0) de 20 a 64 años, tras ajustar por los cuatro componentes de capital humano. Este valor proviene de los 43.9 años de esperanza de vida (95% UI 43.8-43.9) de 20 a 64 años basados en tasas de mortalidad por edad en 2016, nivel educativo esperado de 12.4 años (12.0-12.8) sobre un nivel máximo de 18 años, una calidad de la educación de 0.95 (0.93-0.96), y una salud funcional de 0.85 (0.84-0.85). Para el conjunto de 195 países del mundo considerados, Finlandia obtiene con 28.4 años, los mejores resultados y Níger, con 1.6 años, los peores. España, con 20 años, ocupa la posición 42ª, en compañía de Turquía, China, Portugal y Cuba, por detrás de países nórdicos, asiáticos aplicados, centroeuropeos, bálticos y países del grupo de Visegrado. España ha mejorado desde 1990 en los cuatro componentes del índice pero el que entonces ocupara la posición 37ª indica que otros países han mejorado más.

Conclusión

Resulta difícil ignorar un ranking de capital humano, vulnerable a las políticas educativa y sanitaria, del que depende el bienestar futuro de los países.

Financiación: Institute for Health Metrics and Evaluation.

Conflicto de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: cljm@uw.edu

COMENTARIO

España acostumbra a destacar claramente en las comparativas sanitarias internacionales realizadas por el IHME y también publicadas en Lancet. En esta ocasión, el descenso notable en el ranking viene causado, sobre todo, por los indicadores educativos pero también por el tipo de ajuste de estado de salud funcional. Para este se han considerado siete enfermedades y limitaciones que se sabe perjudican el aprendizaje: caquexia, falta de crecimiento, anemia, deterioro cognitivo, pérdida visual, pérdida auditiva, y la agregación de las prevalencias de tres grupos de enfermedades infecciosas.

La educación como inversión en capital humano es la que puede permitir a un país aumentar su productividad y cimentar su cohesión pues una mejor educación se correlaciona no solo con estar ocupado con sueldos más altos y mejor salud sino también con mayor confianza en la sociedad, más efectividad en la actuación política y participación más elevada en tareas de voluntariado social.

Los resultados de calidad educativa en España, tipo PISA (15 años) y PIAAC (18-65 años), dejan mucho que desear. El porcentaje de alumnos con resultados muy buenos en PISA continúa siendo pequeño: la relativamente elevada matriculación en guardería y pre-escolar todavía no se ha reflejado en estas pruebas de la OCDE. El sistema educativo español efectúa un trabajo mediano en los procesos rutinarios, pero cuando se precisa iniciativa y creatividad fracasa. Sin iniciativa ni creatividad no hay innovación, sin innovación no hay crecimiento posible, y sin crecimiento el futuro solo ofrece más devaluación interna y menos progreso social (1).

Para igualar las oportunidades hay que centrarse en la educación pre-escolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en

los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social. Cada vez más, en un mundo en que fácilmente puede crecer la desigualdad entre quienes disponen de suficiente capital humano para trabajar con máquinas inteligentes y quienes precisamente serán reemplazados por esas máquinas, la eficiencia en la asignación de talento, así como la movilidad social, pasan por invertir en la educación de los niños y las niñas en edades tempranas, particularmente en aquellos con mayor riesgo de exclusión social (2).

Finalmente por el sector educativo en general campan las pseudociencias, el corporativismo, la falta de “gestión y política basada en la evidencia” (pese a contar con knowledge-brokers muy competentes como la What Works Network, la Education Endowment Foundation, la Evidence for ESSA, la Fundación Bofill, el Instituto Nacional de Evaluación Educativa hasta 2014, etc.) y las discusiones anodinas.

Rankings como el comentando dan la conveniente señal de alarma sobre nuestro deterioro educativo, precursor de una sociedad languideciente. Para quien quiera asomarse al exterior.

Vicente Ortún

CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud.

Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

(1) Cabrales A. PISA resolución de problemas: acabemos con la educación viejuna, ¡ya! 2014. Blog Nada es Gratis. <http://nadaesgratis.es/cabrales/pisa-resolucion-de-problemas-acabemos-con-la-educacion-viejuna-ya>

(2) Ortún V, Callejón M. El Estado del Bienestar en España/Cataluña. Colegio de Economistas de Cataluña, 2018, p. 43-73. Accesible en: https://www.scipedia.com/public/Ortun_2018a

Los impuestos sobre bebidas azucaradas: impacto de una medida limitada

Redondo M, Hernández-Aguado I, Lumbreras B.

The impact of the tax sweetened beverages: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2018;108:548-563.

Objetivo

Revisar la evidencia disponible relativa al impacto sobre el consumo, compra y ventas de los impuestos sobre las bebidas azucaradas (BAs).

Datos y método

Revisión sistemática de literatura publicada en inglés y en español entre 2011-2017 utilizando las bases de datos PubMed, Cochrane Library y Scopus. Se valora la calidad de la evidencia con los criterios CONSORT y TREND. Incluyen: experimentos naturales, estudios en condiciones virtuales o experimentales, ensayos controlados que evalúan el impacto sobre compras o ventas, y estudios experimentales que evalúan intenciones de comportamiento.

Resultados

Se encuentran 17 estudios publicados, 5 (29,4%) se corresponden con experimentos naturales de políticas aplicadas a nivel local (condado o ciudad) en Estados Unidos y estatal en México. Cuatro de los 5 experimentos naturales emplearon series temporales interrumpidas y 2 de ellos emplearon un análisis *difference in difference*. Los resultados de estos experimentos naturales indican que las compras o las ventas de BAs disminuyeron de forma significativa con impuestos del 8% (Berkeley) y del 10% (México). Uno de los estudios realizados en Berkeley observó una reducción de las ventas durante el año siguiente del 9,6% sin reduc-

ción significativa en la ingesta de calorías procedentes de BAs. En uno de los estudios, un impuesto del 5% y del 5,5% no muestra impacto sobre las ventas en Ohio y Maine, respectivamente. Uno de los dos estudios realizados en México encontró un aumento significativo a corto plazo de las compras de bebidas no sujetas al impuesto. Los otros 12 estudios evaluaron el impacto del impuesto en condiciones virtuales o experimentales (6 estudios) o intenciones de comportamiento (6 estudios). En este caso, los resultados indican una reducción heterogénea en función de la tasa impositiva.

Conclusiones

Los impuestos sobre bebidas azucaradas afectan a las decisiones de compra de los consumidores aumentando la probabilidad de adquirir bebidas saludables y penalizando la compra de BAs. El impuesto que parece más apropiado debería conseguir un aumento del 20-25% en el precio de venta al consumidor. No obstante, los resultados de los estudios publicados aún no permiten establecer de forma concluyente el tipo y la magnitud del impuesto y si debe ser adoptado como una medida aislada o conjuntamente con otras intervenciones. Los resultados indican que los impuestos sobre BAs pueden permitir la reducción de la ingesta de calorías y azúcar, pero se requiere más investigación para conocer mejor el impacto sobre la calidad de la dieta.

Correspondencia: Lumbreras B. Email:blumbreras@umh.es

COMENTARIO

La aplicación de impuestos sobre BAs se ha extendido en los últimos años a más de 20 países. A pesar de ello, a día de hoy se dispone de un conocimiento bastante limitado sobre la traslación de los impuestos al precio de venta que paga el consumidor y la magnitud de la tasa más eficiente para reducir la ingesta de calorías a través de BAs. También se desconoce cuál es la elasticidad precio a medio plazo del consumo de BAs sujetas al impuesto, sobre las bebidas equivalentes no sujetas, sobre otras bebidas más saludables, así como su capacidad recaudatoria. Todavía es mucho menor el conocimiento empírico del impacto de esta política impositiva sobre la reducción de la obesidad, que no debemos olvidar debería ser la medida de resultado final y por tanto la medida efectividad de esta política, a la vista de la asociación directa entre obesidad y problemas de salud (1).

Desde mayo de 2017 se aplica un impuesto sobre bebidas azucaradas en Catalunya que se debe repercutir al consumidor final. Una primera evaluación del impacto de este impuesto apunta una reducción del 15% de las BAs sujetas al impuesto, parcialmente compensado por el aumento de bebidas cero/light (2).

Puede que estemos dando más importancia al cambio en los precios que al efecto informativo del mismo. La mayoría de los impuestos sobre BAs tienen un recargo en los precios muy bajo. Comparado, por ejemplo, con los impuestos sobre las labores del tabaco el impuesto sobre bebidas azucaradas es irrisorio. Además, los hábitos de compra de los individuos frente a cambios en el precio de los alimentos suelen ser bastante elásticos por lo que inicialmente pequeñas variaciones difícilmente afectarían al consumo.

El *a priori* impacto negativo de este tipo de impuestos sobre el consumo de BAs a corto plazo es compatible con las críticas que consideran

que, además de su regresividad, este impuesto no es efectivo para reducir de forma importante el consumo total de endulzantes calóricos (3). Los impuestos únicamente afectan a los endulzantes calóricos utilizados en las bebidas, alrededor del 30% del total en US. Si el consumo de bebidas sujetas al impuesto desciende como en México en un 8,5%, en US esto supondría sólo una reducción del consumo total de endulzantes calóricos del 2,6%, aún sin tener en cuenta el potencial aumento de su consumo en otros alimentos o bebidas. Por otro lado, si el precio para el comprador de las alternativas más saludables no se ve alterado, el efecto más probable es que el consumo se desplace hacia alternativas más baratas para sustituir las calorías, especialmente en los hogares de menor renta, que tenderán a proceder de alimentos endulzados procesados. Cohen et al (3) proponen crear un único impuesto a nivel nacional sobre la producción de cualquier endulzante calórico, que grave la cantidad de endulzante en lugar de aplicarse de forma binaria por encima de cierto nivel, acompañado de apoyo y subvenciones a la producción de alternativas más saludables.

Jaume Puig-Junoy

Universitat Pompeu Fabra (UPF).

Jaime Pinilla-Domínguez

Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

(1) Lean M EJ, Garcia AL, Gill T. Sugar taxation: a good start but not the place to finish. *Am J Clin Nutr.* 2018;108:435-436.

(2) Vall J, López-Casasnovas G. Impact of SSB taxes on consumption. *CRES-UPF Working Paper #201804-110.* 2018, Barcelona.

(3) Cohen E, deFonseka J, McGowan R. Caloric sweetened beverage taxes: a toothless solution?. *The Economists' Voice*, 2017;20170009.

La actividad física, una prescripción indispensable

Gonzalez-Viana A, Violan Fors M, Castell Abat C, Rubinat Masot M, Oliveras L, Garcia-Gil J, et al.

Promoting physical activity through primary health care: the case of Catalonia. *BMC Public Health*. 2018;18(1):968.

Contexto

La prevalencia de inactividad física en adultos alcanza el 31.1% de la población mundial y el 34.8% en Europa. Con el fin de reducir estas cifras, sobre todo en personas con factores de riesgo cardiovascular, el gobierno catalán ha desarrollado PAFES (*Pla d'Activitat Física Esport i Salut*).

Objetivo

Evaluar el impacto del programa PAFES a través del marco RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance), que ha sido ampliamente utilizado para valorar la validez interna y externa de intervenciones en promoción de la salud, proporcionando una evaluación exhaustiva de la cobertura, eficacia/efectividad, adopción, implementación y mantenimiento.

Métodos

La evaluación del programa PAFES se centró en varios niveles siguiendo el esquema RE-AIM: a) población objeto de participación en el programa (cobertura); b) impacto de los resultados de la intervención (*eficacia/efectividad*); c) proporción de ámbitos y profesionales que implementaron el programa (*adopción*); d) adherencia de los profesionales que implementaban el programa (*implementación*); e) inclusión y alcance del programa en políticas e instituciones (*mantenimiento*).

Resultados

Los resultados para las cinco dimensiones evaluadas con RE-AIM se detallan a continuación.

a) Cobertura: De 2008 a 2015, el cribado de pacientes con al menos un factor de riesgo cardiovascular aumentó un 55,2%. Entre aquellos pacientes detectados como inactivos, el asesoramiento aumentó en un 35,6%

en ese periodo. En 2015, el 82,5% de los pacientes tuvieron acceso a una ruta saludable en su municipio.

b) Eficacia/efectividad: Los pacientes con al menos un factor de riesgo cardiovascular y niveles de actividad física (AF) moderados o elevados, aumentó del 64,8% al 74,1%, entre 2006 y 2013.

c) Adopción: En 2015, todos los equipos de atención primaria (AP) fueron incluidos en PAFES, 172 (18,2%) de los municipios tenían al menos una ruta saludable y habían identificado sus propuestas de AF (93,6% de municipios con > 20.000 habitantes). La adopción del Día Mundial de la Actividad Física se incrementó tanto en los municipios como en los centros de AP.

d) Implementación: Desde 2005 se ha realizado formación especializada a través de workshops destinados a profesionales de la salud del equipo de AP. El coste es de 28,6€ por consejo de AF en la fase de implementación y 2,4€ en fase de mantenimiento.

e) Mantenimiento: PAFES fue incluido en el Plan Catalán de Salud de 2011-2015. A nivel local, se adaptó a los recursos locales, desarrollando programas de AF complementarios en los centros de AP.

Conclusiones

El marco RE-AIM ha resultado ser útil para evaluar un programa de salud pública que pretende mejorar los niveles de AF, aumentando la evidencia de programas basados en la promoción y mejora de la AF en la población. Resulta necesario el apoyo a programas como el PAFES, de modo que queden integrados de forma sólida en el sistema de salud, ya que suponen una ventaja para su integración, expansión y consolidación.

Financiación: Departamento de Salud de Cataluña, a través de los presupuestos del programa PAFES.

Conflicto de intereses: Declaran que ninguno. Algún autor es empleado del financiador, lo que en otros sectores se hace constar en este apartado.

Correspondencia: angelina.gonzalez@gencat.cat

COMENTARIO

La actividad física se relaciona con una reducción en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y depresión, entre otras, además de reducir la mortalidad. Por otra parte, se ha demostrado su efecto en el tratamiento de diversas patologías. Partiendo de estas evidencias, las recientes recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) indican que, desde la consulta de atención primaria, se debe trabajar en que el paciente integre la actividad física en su forma de vida (1). Con frecuencia, el problema subyace en que a pesar de tratarse de prestaciones sanitarias más eficientes que otras muy diseminadas presentan, sin embargo, una baja cobertura dentro de nuestro sistema sanitario. Una de las posibles causas puede ser el no disponer de un entorno que favorezca su aplicación. Sin embargo, la ventaja del programa PAFE es que no solo contempla la intervención a nivel individual, sino que también actúa a nivel local creando un entorno favorable y dando a conocer los espacios disponibles para que los pacientes puedan llevar a cabo las recomendaciones de actividad física e incluso organizando eventos que favorezcan estas conductas saludables. Por tanto, a partir de los excelentes resultados observados en Cataluña queda demostrado que, para un mayor éxito en las medidas promotoras de salud, es importante la actuación combinada de atención sani-

taria con los ayuntamientos locales para asegurar al ciudadano que dispone de un entorno adecuado para llevar a cabo las recomendaciones realizadas por el sanitario.

La promoción de la actividad física complementa otras políticas de salud en la prevención del riesgo cardiovascular como puede ser el control del hábito tabáquico, la promoción hábitos dietéticos, etc. No obstante, la implementación de estas medidas promotoras de la salud (como el consejo para dejar de fumar, o a la promoción de la actividad física, etc.) pese a su rentabilidad suelen relegarse frente a las respuestas más biomédicas en prevención que además son muy costosas porque están protegidas por patentes y cuentan con una industria que las promueve e influye en la formación de los profesionales y directivos (2). El trabajo de González-Viana y cols. refuerza la necesidad de que la administración sanitaria se decida a impulsar medidas preventivas no biomédicas, las incluya en el catálogo de prestaciones e incentive su uso.

Mari Carmen Bernal Soriano

Universidad Miguel Hernández de Elche.

(1) Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, José Arango JS, Ramírez Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria 2018;50:29-40.

(2) Brezis M, Wiist WH. Vulnerability of Health to Market Forces. *Med Care*. 2011; 49(3):232-9.

Un nuevo “fármaco” para vivir más: la actividad de caminar

Patel AV, Hildebrand JS, Leach CR, Campbell PT, Doyle C, Shuval K, Wang Y, Gapstur SM.

Walking in Relation to Mortality in a Large Prospective Cohort of Older U.S. Adults. Am J Prev Med. 2018 Jan;54(1):10-19. doi: 10.1016/j.amepre.2017.08.019.

Objetivo

Evaluar el efecto de la actividad de caminar, combinada con otras actividades o sola, en la mortalidad total y por las principales causas de muertes.

Métodos

En este estudio de seguimiento participaron 62.178 hombres y 77.077 mujeres estadounidenses no institucionalizados de los cuales el 95% eran mayores de 60 años. Todos ellos proporcionaron información al inicio del estudio sobre la actividad física moderada o vigorosa que habían realizado en el último año a través de la pregunta, lo que permitió obtener las horas que dedicaban a caminar a la semana y la actividad física del resto de actividades moderadas y vigorosas medida en equivalentes metabólicos (MET), definidos como la cantidad de energía consumida cuando se realiza una actividad. Los participantes fueron clasificados en tres categorías: 1) no realizaban ningún tipo de actividad, 2) caminar (<2; 2-6 y >6 horas a la semana), y 3) otras actividades de intensidad moderada o vigorosa (<8.75; 8.75-17.5 y >17.5 METs horas a la semana). La información sobre la fecha y causa de muerte durante los 13 años de seguimiento fue recogida a través de los registros de defunciones.

Resultados

El 6% de los participantes no había realizado ningún tipo de actividad moderada o vigorosa en el último año, siendo estos los que tenían factores modificables menos saludables (comían más carne rojas y procesadas, fumaban más y comían menos frutas y verduras entre otras) comparados con el resto. Estos individuos tras 13 de años de seguimiento tenían un 30% más riesgo de morir que los que caminaban < 2 horas a la semana. Por otra parte, cualquier tipo de actividad moderada y vigorosa ≥ 2 horas a la semana de caminar reducía en un aproximadamente un 20% la mortalidad total y por las principales causas de muerte. Además, la actividad de caminar tenía el mismo efecto sobre la mortalidad bien fuera sola o combinada con otras actividades.

Conclusión

La inactividad física es un factor de riesgo importante de mortalidad. Es necesario promover la actividad física moderada o vigorosa en poblaciones >60 años principalmente la actividad de caminar al menos 2 horas a la semana para reducir la carga de enfermedad y los costes asociados a la atención sanitaria de este colectivo.

Financiación: Sociedad Americana del Cáncer.

Conflictos de interés: Declaran no tener.

Correspondencia: alpa.patel@cancer.org

COMENTARIO

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente en la última década y se prevé que continúe haciéndolo. Por ello es importante identificar factores de riesgo modificables como la actividad física con el fin de reducir la carga de enfermedad y los costes sanitarios asociados a atención sanitaria de los adultos mayores de 60 años. Previamente a la publicación de este estudio algunas revisiones sistemáticas y metanálisis habían mostrado que la actividad física moderada y vigorosa se relacionaba con una reducción de la mortalidad (1, 2). De hecho, en el año 2012 y 2016, The Lancet publicó dos números especiales para mostrar la investigación que se estaba llevando a cabo en la que concluyó la importancia de la inactividad física como factor de riesgo modificable para las principales enfermedades crónicas de magnitud similar al tabaco o a la obesidad (3, 4).

Este trabajo aporta una nueva visión, estudiar a la población mayor de 60 años y explorar si una actividad concreta como el caminar podía aportar los mismos beneficios que practicar otro tipo de actividades solas o combinadas con caminar sobre la mortalidad. Tras llevar a cabo este estudio prospectivo, con un importante tamaño muestral y un tiempo de seguimiento largo, se observó que caminar al menos dos horas a la semana tenía beneficios importantes en la mortalidad ya se hiciera esta actividad sola o acompañada con otro tipo de actividades. A pesar de las posibles limitaciones, como son la recogida de información de actividad física auto-reportada o la no contemplación de los posibles cambios en la actividad física en los 13 años de seguimiento, este estudio pone de manifiesto que desde la atención sanitaria primaria y hospitalaria se debería promover caminar al menos 2 horas a la semana todos los pacientes que se asisten a diario.

La actividad de caminar es gratuita, accesible para toda la población y no requiere de un equipamiento específico para realizarla, y es importante que los profesionales y gestores sanitarios promueva su realización como medida para reducir la carga de enfermedad y los costes asociados a la atención sanitaria. Esta medida es necesaria especialmente en personas mayores de 60 años que pueden tener un acceso más limitado a otro tipo de actividades como correr o hacer natación. Los gestores sanitarios deberían dar un paso más en la promoción de la actividad física (5).

Eva M^a Navarrete Muñoz

Ciber de Epidemiología y Salud Pública. Unidad de Epidemiología de la Nutrición.
Universidad Miguel Hernández-ISABIAL.

(1) Kelly P, Kahlmeier S, Götschi T, Orsini N, Richards J, Roberts N, Scarborough P, Foster C. Systematic review and meta-analysis of reduction in all-cause mortality from walking and cycling and shape of dose response relationship. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11:132.

(2) Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med.* 2008;42(4):238-243.

(3) Physical Activity 2012. *Lancet* 2012 [consultado octubre 2018]. Disponible en <https://www.thelancet.com/series/physical-activity>

(4) Physical Activity 2016: Progress and Challenges. *Lancet* 2016 [consultado octubre 2018]. Disponible en <https://www.thelancet.com/series/physical-activity-2016>

(5) Van Holle V, Deforche B, Van Cauwenberg J, Goubert L, Maes L, Van de Weghe N, De Bourdeaudhuij I. Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. *BMC Public Health.* 2012;12:807

Avanzando en equidad y autonomía del paciente en las estrategias de cronicidad

Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R.

Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. Gaceta Sanitaria 2018; <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.008>.

Objetivo

Mostrar el abordaje que se está realizando de dos elementos clave como son la equidad y la autonomía del paciente, en el marco de las estrategias de cronicidad a nivel estatal.

Métodos

Revisión narrativa con un enfoque cualitativo de todas aquellas estrategias y programas de atención a pacientes crónicos localizadas. Se analizaron 15 estrategias y programas a pacientes crónicos, encontrándose en la mayoría muchos, si no todos los componentes del marco de referencia del Chronic Care Model. Si bien estos modelos de referencia se constatan como más efectivos para los pacientes crónicos que los modelos tradicionales, su aplicación no está exenta de algunos conflictos éticos en lo referido especialmente a la autonomía de los pacientes y a la equidad en la distribución de recursos.

Conclusiones

La autonomía concita actuaciones en el ámbito de la promoción de autocuidados, de la toma de decisiones compartidas y la discapacidad. Se necesi-

ta de un compromiso y un diálogo entre los profesionales, los pacientes y sus allegados, de manera que las actuaciones puedan ser individualizadas para cubrir las necesidades de cada individuo. En este sentido y a pesar de la importancia de la toma de decisiones compartidas, solo aparecen reflejadas en 6 de las 15 comunidades autónomas.

En este ámbito cobran también especial relevancias el uso de las TICs. En relación con las TIC, se plantean tres dilemas éticos: el referido a la utilización de datos con fines diferentes a los asistenciales, el de la telemonitorización domiciliaria, que puede interferir en la intimidad de las personas y el que el acceso a las tecnologías de la información tienen una relación directa con la capacidad económica y el nivel educativo.

En el tema de la equidad, el uso de las herramientas de estratificación de la población tiene como fin destinar los recursos adecuados a las personas que más lo necesitan. En este sentido incorporar solo variables demográficas sin contar con factores sociales como el nivel educativo, sexo o clase social hace que podamos tener una clasificación excesivamente sesgada.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de intereses: Declaran que ninguno.

Correspondencia: jgsalgad@gmail.com.

COMENTARIO

El artículo pone en cuestión dos aspectos que son primordiales para todos los sistemas sanitarios y sociales que se precien de predicar con la atención centrada en el paciente (ACP), aunque ACP es un término un tanto obsoleto, y la OMS lo ha sustituido por el de Atención Centrada en las Personas. Los dos aspectos sobre los que nos alerta el artículo son los de la equidad y la autonomía del paciente a través del análisis realizado en los diferentes modelos de salud del Estado. Y efectivamente no está falto de razón. Son dos cuestiones a las que todas las comunidades, están tratando de dar respuesta.

Las estrategias en el abordaje a la cronicidad y su vehículo principal como es la atención integrada cristalizada en cada Comunidad de diversa manera son conscientes de la necesidad abordar sendos elementos. Hay que decir que estos estos movimientos organizativos son relativamente recientes y aun no es mucho el tiempo transcurrido para ver sustanciales transformaciones en los mismos.

No hay demasiadas dudas en cuanto a que la estratificación de la población es una herramienta válida para la gestión del sistema sanitario, y esto es un gran avance. En el País Vasco la herramienta, en esta última estratificación, va a tener en cuenta el nivel socioeconómico de la población. No es suficiente aún, pero se van dando pasos. En este sentido es absolutamente necesario ir depurando la herramienta para que la necesaria coordinación con los recursos del espacio socio-sanitario se vaya consolidando.

En relación a la autonomía de las personas y los factores que se contienen en ella, cabe señalar que se están realizando importantes esfuerzos en ampliar los conocimientos de la ciudadanía en temas relativos a la salud. Ejemplo de ello son las Escuelas de Salud existentes en algunas comunidades, los programas de paciente experto o los accesos a la información en educación sanitaria para entregar en consulta a través de sus puestos.

En cuanto a las TICs, decir que forman parte, aunque escasamente todavía, del nuevo paisaje sanitario. Hay un largo recorrido en este campo que no se debiera acometer sin una verdadera implicación de la ciudadanía, profesionales y empresas del sector. La convergencia de todos los intereses ha de primar sobre anárquicos acelerones y embelesamientos que muchas veces se están produciendo en este terreno. Para finalizar, resaltar que los dos aspectos que se tratan en el artículo nos enfrentan a los muchas veces debatidos dilemas éticos en el funcionamiento de los sistemas de salud. Hacerlos visibles es una de las maneras para poder enfocar mejor tanto estrategias como acciones conjuntas entre todos los actores que forman el complejo mapa sanitario, comunitario y sociosanitario.

Joseba Igor Zabala Rementería

Responsable del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad de Osakidetza.

Stacey D, Kryworuchko J, Belkora J, Davison BJ, Durand MA, Eden KB, Hoffman AS, Koerner M, Légaré F, Loiselle MC, et al. Coaching and guidance with patient decision aids: A review of theoretical and empirical evidence. BMC medical informatics and decision making 2013; 13 Suppl 2(Suppl 2), S11.

Gutiérrez-Ibarluzea I, Ibarгойen-Roteta N, Galnares-Cordero L, BenguriaArrate G, Calvo M, Arana-Arri E, Asua J. Listado de comprobación en los dominios de análisis ético y legal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2018. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA-INFAC, 2014, Euskadi.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/e_s_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf

Drugs and Therapeutics bulletin Editorial Office. An introduction to patient decision aids. BMJ 2013; 346:f4147

Cuidados paliativos para los pacientes y sus familias

Fjose M, Eilertsen G, Kirkevold M, Karine Grov E.

“Non-palliative care” – A qualitative study of older cancer patients’ and their family members’ experiences with the health care system. *BMC Health Services Research* 2018; 18:745. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3548-1>.

Contexto

El envejecimiento de la población lleva consigo un incremento de personas que conviven con diferentes condiciones de salud y en el caso del cáncer $\frac{3}{4}$ partes de las personas tienen más de 65 años. Muchas de estas personas permanecen en casa y reciben cuidados paliativos en domicilio al final de su vida, por ello es vital que tanto estas personas como su familia tengan soporte y atención continuada por parte de los servicios sanitarios.

Objetivo

Explorar las experiencias de pacientes noruegos en fase paliativa y sus cuidadores no profesionales (familiares) en su interacción con los servicios de salud.

Método

Estudio cualitativo basado en 26 entrevistas grupales a pacientes mayores con cáncer que se encuentran en fase paliativa y sus cuidadores no profesionales (familiares). Los criterios de inclusión en pacientes era tener más de 65 años y en cuidadores más de 18 años. En el caso de los pacientes debían residir en su casa y tener la capacidad de poder participar en una entrevista grupal. Cada entrevista familiar no superaba el máximo de 5 personas. El reclutamiento fue realizado por parte de enfermeras comunitarias, previa información de los objetivos del estudio y posterior aceptación y consentimiento informado. Las entrevistas hacían un recorrido de su relación familiar para profundizar en sus experiencias y necesidades con los servicios de salud en el momento actual en el que se encontraban. Se ha utilizado el análisis de contenido como herramienta de análisis de la información.

Resultados

Los resultados se describen en torno a 3 grandes categorías. Por una parte, el agotamiento que supone la enfermedad, muchos meses de hos-

pitalización o sin poder moverse de la cama de su domicilio. Denotan una falta de interés por parte de los médicos generales que son quienes se encargan de hacer el seguimiento domiciliario, además, perciben falta de conocimiento experto frente a los especialistas de los hospitales. Por otra parte, el propio paciente demanda que se implique a sus cuidadores familiares ya que han delegado la responsabilidad sobre su salud en sus familias. Consideran que si se intercambiase más información con las familias el seguimiento del paciente podría ser mucho mejor. Por último, perciben una discontinuidad en los cuidados, que justifican con la variabilidad entre las personas que les atienden, diferentes oncólogos, especialistas, médicos generales, y enfermeras que acuden a domicilio, lo que les genera una falta de confianza. Fomentar que sea siempre el mismo cuidador familiar que acompaña al paciente puede facilitar mucho la comunicación. 9 de las 26 familias tuvieron seguimiento por parte de una enfermera con especialidad en oncología, destacan la importancia esta figura que es la misma durante todo el proceso y que es la que realmente les ayuda a mantener una relación de confianza.

Conclusiones

El estudio arroja elementos para la reflexión que sugieren una mejor organización de los cuidados paliativos que pasa por tener un referente en este proceso (la enfermera especializada puede ser el rol más aceptado) e implicar a la familia. Se trata de situaciones donde las personas se encuentran en condiciones muy vulnerables, por lo que estas experiencias se plantean como una necesidad en los servicios de salud.

Financiación: Beca a la primera autora, Western Norway University of Applied Sciences.

Conflicto de intereses: Declaran no tener ninguno.

Correspondencia: Marianne.fjose@hvl.no

COMENTARIO

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (1), redefine el concepto de cuidados paliativos al describir este tipo de atención como: “un enfoque, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”. La propia definición manifiesta que en este escenario hay 2 actores principales el paciente y la persona cuidadora. La lectura de este artículo, resulta enriquecedora por dos aspectos: en primer lugar, cabe subrayar la metodología cualitativa empleada, la realización de pequeños grupos focales familiares donde de forma conjunta paciente y cuidadores familiares revisan su experiencia con la atención que están recibiendo. En este caso, todos los actores del proceso manifiestan su experiencia sobre la vivencia que experimentan. En segundo lugar, se destaca la figura de la persona cuidadora no profesional familiar y el papel que en ocasiones no se les otorga ya que lo vital es el paciente, dejando de lado una figura que es clave y que puede ser el verdadero enlace entre el paciente y los servicios de salud y sociales. En nuestros sistemas sanitarios cada vez son más las personas con múltiples condiciones crónicas y que además tienen limitado

su propio autocuidado por lo que necesitan de otras personas (2). Los sistemas sanitarios deben reforzar el papel que están realizando estas figuras, así como “cuidar al cuidador”, otorgándoles un papel activo y dando soporte a lo largo del proceso. Esta medida puede contribuir al objetivo de lograr una atención integrada incorporando las necesidades emocionales, informacionales y personales de las personas que asumen el cuidado de pacientes crónicos y que, a juicio de lo que subrayan los estudios (3), no reciben suficientes atenciones que les permita desempeñar su función sin sobrecargas innecesarias.

Mercedes Guilbert Mora

Departamento Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

(1) World Health Organization Europe. Better palliative care for older people. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, 2004. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>.

(2) Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for high-need, high-cost patients – An urgent priority. *N Engl J Med* 2016; 375:909-911. DOI:10.1056/NEJMp1608511.

(3) Guilbert M et al. The measure of the family caregivers’ experience. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018;15(9):2040.

La soledad: un problema de salud pública en el mundo occidental

Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson, D.

Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science 2015, Vol. 10(2)227-237.

Objetivo

Analizar la relación entre aislamiento social subjetivo y objetivo con mortalidad prematura para determinar su magnitud y naturaleza e identificar posibles variables moderadoras.

Método

Se realizó un metanálisis de 70 estudios de diseño prospectivo escritos en inglés (de un potencial de 1.384 identificados inicialmente) desde enero de 1980 a febrero de 2014 donde se relacionaba muerte y algún tipo de soledad a través de un seguimiento individual. Se usó para ello diversas bases de datos electrónicas: MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Social Work Abstracts y Google Scholar.

El análisis incluyó dos medidas objetivas como el aislamiento social o vivir solo y una medida subjetiva como es la soledad (más asociada a una percepción). Se analizaron 3.407.134 participantes seguidos a lo largo de una media de 7 años con una edad promedio de 66 años. El modelo estadístico controló el estado inicial de salud y otras covariables tratando las estudiadas de forma independiente.

Resultado

Las tres variables estudiadas sobre el aislamiento social, tanto las objetivas como la subjetiva, demostraron tener una mayor probabilidad de mor-

talidad aunque no se puede establecer causalidad. Después del análisis de las múltiples covariables se obtuvo que el aumento de probabilidad de muerte en personas que padecían soledad fue de un 26%, las que mostraban aislamiento social de un 29% y las que vivían solas de un 32%. Los datos sugieren que para mitigar el riesgo debe tenerse en consideración tanto el aislamiento social como la soledad, sin excluir uno del otro. Otro resultado obtenido fue observar como la soledad o vivir solo aumentaba el riesgo de muerte en adultos de mediana edad por encima de las personas más mayores (sea porque las personas mayores son un grupo más resiliente, sea por el cambio de relaciones sociales en la jubilación, etc.).

Conclusión

El aislamiento social puede incorporarse como un factor de riesgo de muerte entre los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad, inactividad física, etc).

Financiación: Brigham Young University.

Declaración de conflicto de intereses: No hay conflicto de intereses.

Correspondencia: julianne_holt-lunstad@byu.edu

COMENTARIO

Los diferentes aspectos de la soledad se han relacionado con la mortalidad precoz y con un aumento de morbilidad, así como de utilización de algunos servicios sanitarios. Hay estudios que han aportado conocimiento de cómo la soledad actúa en la disminución de salud y supervivencia. En el grupo de población de personas con necesidades complejas y en especial el denominado *High-Need* (presencia de 3 o más enfermedades crónicas y limitación funcional) la soledad está presente en el 37% de las personas y tienen una probabilidad mayor de problemas mentales (73%), emocionales y financieros que los hace especialmente vulnerables a los efectos perjudiciales de la soledad (1).

La soledad es un problema de salud pública de dimensiones y efectos peores que la obesidad, se habla que es la epidemia del siglo XXI. En el Reino Unido se cree que hay unos 9 millones de personas en situación de soledad y entre el 5 y 18% se siente sola a menudo o siempre. Esto ha llevado a crear un liderazgo ministerial para la soledad con un plan estratégico de abordaje (2).

Sabemos que las actividades médicas no representan más del 20% en la salud de la población y de la relación de esta con los determinantes sociales. En cambio, a menudo, los Servicios de Salud de los países occidentales han delegado las actuaciones sociales a otros organismos o a entidades sin ánimo de lucro, por cierto, en revisión últimamente en muchos países.

Conocemos los costes en el sistema sanitario de los determinantes sociales y la relación de inversión social y resultados de salud (3). Necesitamos orientarnos a las necesidades de la ciudadanía y dar respuesta de forma conjunta social y sanitaria en todos los niveles de gestión (macro, meso y micro).

Este estudio refuerza la importancia que la salud comunitaria debe tener en el enfoque de las políticas en salud. La promoción en salud debe

incluir junto a pautas como llevar una dieta sana o mantener una vida saludable, la necesidad de disponer de un entorno social activo. Muchas son las iniciativas y metodologías aplicadas en este campo. El modelo de activos para la salud (4) es una estrategia para enfocar la salud comunitaria y promoción de salud que, de forma intersectorial, con participación y orientada a los determinantes de la salud se está implantando y que es de gran utilidad para abordar intervenciones poblacionales. Evitar situaciones de aislamiento social es poder llegar a evitar una muerte prematura. En esta línea, sería recomendable ampliar alianzas entre las diferentes administraciones y entidades locales para poder desarrollar actuaciones conjuntas y coordinadas desde la proximidad y fomentando la participación activa de las personas en su comunidad.

Antoni Anglada Arisa

Sara Jaurieta Guarner

Proyecto de Personas con Necesidades Complejas, Consorci de Salut i Social de Catalunya.

(1) Lewis C, Shah T, Abrams MK. Sick and alone: High-need, socially isolated adults have more problems, but less support. The Commonwealth Fund. Jan. 12, 2018. Disponible en:

<http://www.commonwealthfund.org/publications/blog/2018/jan/sick-and-alone-socially-isolated-adults>

(2) HM Government. A connected society: A strategy for tackling loneliness. London: Department for Digital, Culture, Media and Sport. October 2018. Disponible en: www.gov.uk/government/collections/governments-work-on-tackling-loneliness

(3) Bradley EH, Canavan M, Rogan E, Talbert-Slagle K, Ndumele C, Taylor L, Curry LA. Variation in health outcomes: The role of spending on social services, public health, and health care, 2000-09. Health Affairs 2016;35 (5):760-768. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/35/5/760>

(4) Cofiño R, Aviñó D, Benedé C B, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell J, Hernán M, Promoción de la salud basada en activos: ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit 2016;30 Supl 1:93-98.

Etcétera

Manuel Arranz

Vicente Valero, *Duelo de alfiles*, Cáceres, Periférica, 2016.

Aquí hay truco, pensé cuando me detuve en el Etcétera de la página 22, aquí hay gato encerrado. Y volví al principio. Eran las dos de la madrugada. Había cogido al azar, del pequeño montón de libros apilados en la mesilla, el último libro de Vicente Valero, *Duelo de alfiles*. No pensaba leerlo todavía, tengo otras urgencias: *El puente del mar azul*, *Devastación*, *Las virtudes cotidianas*, *Historias reales*, *Guerra y trementina*, *¿Por qué escribir?*, *Atenas y Jerusalén*. Pero el libro de Valero, mientras esperaba su turno, se había metido por medio. Así que lo cogí sólo para hojearlo, mientras llegaba el sueño. No pensaba leerlo todavía y no paré hasta la susodicha página 22. Generalmente me basta con un par de páginas, o cojo otro libro, o miro en el móvil el tiempo que hará mañana, los pasos que he dado hoy, no estoy muy lúcido a esas horas, y al día siguiente no suelo recordar nada de lo que he leído. Así que empecé a leer de nuevo desde el principio. Leo: “Al día siguiente de mi llegada a Helsingborg un ciclón llamado Xaver atravesó el norte de Europa maltratando brutalmente bosques y playas, puertos y carreteras, barcos y casas, pueblos y ciudades, y el estrecho de Öresund, que la mañana anterior, al verlo por primera vez...” Un principio banal (buscar Helsingborg, Xaver y Öresund y situarlos), anodino, muchos libros empiezan de forma parecida. Seguí leyendo y llegué sin darme cuenta a la página 22. Y allí me tropecé con el Etcétera a mitad de página que interrumpe una evocación. Lo subrayé, y me dije a mí mismo, genial, este Etcétera es genial. Apagué la luz.

Pero fue a la mañana siguiente cuando pensé aquí hay truco y empecé a leer de nuevo desde el principio. No tardé en percatarme en la longitud de las frases. La primera ocupa toda la primera página, la segunda prácticamente la segunda, luego se intercalan algunas frases más cortas que dan paso a otras larguísimas, y así sucesivamente. Esto debe de ser, pensé: el estilo. El estilo lo es todo en la vida y si hay algo por lo que sobresale Valero es por su estilo (no hay que olvidar que Valero es autor también de seis poemarios y de algunos originales ensayos que les recomiendo). Claro que el estilo es difícil de definir, y se han dicho muchas tonterías sobre el estilo. (Espero que no se hayan creído eso de que está en la longitud de la frase.) Aunque la longitud de la frase y la puntuación (Valero apenas usa el punto y coma) juegan también su papel. Luego diremos algo más del estilo.

Si las piezas tienen el mismo valor, es su posición, es decir el lugar que ocupan en el tablero y el eventual apoyo de otras piezas, lo que va a determinar su eficacia en el desarrollo del juego. Así que tanto en el ajedrez como en la vida el valor se calcula por la posición y las relaciones que se establecen con los demás, de manera que una pieza puede ganar valor o ser

anulada a lo largo de la partida, y un peón ser más decisivo que la reina (¡cuidado con los peones!). Por lo demás, dos alfiles del mismo color nunca podrán darse caza, pero sí acorralarse. Es una sugestiva idea, aunque yo creo que errónea, pensar que una novela, o un relato, se plantea como se plantea una partida de ajedrez. Tampoco, nos dice el autor, “es una metáfora del mundo pero sí puede llegar a serlo de las pasiones que lo mueven”. En el ajedrez unas veces se gana y otras se pierde. También se pueden hacer tablas. En la vida se pierde siempre. Y la vida nunca acaba en tablas. Y no voy a decir la tontería de que el ajedrez es más que un juego. Un juego por cierto en el que es imposible hacer trampas. Son muchos los escritores que han sido aficionados al ajedrez, aunque ninguno, que yo sepa, haya alcanzado la categoría de Gran Maestro, ni siquiera la de Maestro. Han jugado y han escrito sobre el ajedrez desde Nabokov a Stefan Zweig, pasando por Dürrematt, Borges, Benjamin, Brecht, Cortazar, Tolstói, Beckett, T.S. Eliot, Gombrowicz, Joyce, Canetti... la lista es interminable, y seguramente hay más de una tesis doctoral sobre el asunto.

Duelo de alfiles está compuesto por cuatro relatos en los que el autor evoca, en su calidad de narrador pero también de personaje, a algunos de sus autores de culto. Benjamin y Brecht, Nietzsche, Rilke y Kafka, van y vienen de un relato a otro, e incluso juegan alguna partida de ajedrez entre ellos. Como buen ajedrecista, y mejor observador, a Valero le basta con ver la posición de las piezas en el tablero para adivinar el tipo de apertura que ha utilizado cada uno de los jugadores. Incluso el tipo de jugadores que son (prudente, seguro, temerario, agresivo, impulsivo, etc.). Pero aunque el ajedrez esté siempre presente de algún modo en cada uno de los relatos, yo no diría en cambio que es su “hilo conductor” (entre otras cosas porque lo de “hilo conductor” me parece una solemne estupidez). Tampoco un *leitmotiv*. Como mucho un recurso retórico. En todo caso Valero, en estos cuatro evocadores relatos, y como ya hiciera en otro de sus libros, *El arte de la fuga*, título afortunado que ilustra muy bien su manera de proceder, va bastante más allá de recrear una anécdota. Valero tiene algo que contar. Y lo cuenta. Quizá se entienda mejor con un ejemplo.

Fantasia en los trópicos. Tercer relato. El autor se encuentra en Augsburgo adonde ha ido invitado a leer sus poemas. Visita de rigor a la ciudad, siesta de rigor en el hotel, y por la tarde lectura en la universidad. Turno de preguntas. Un hombre levanta la mano. “¿Ha escrito algún poema sobre el holocausto?”, pregunta. No, responde el autor. Pero la pregunta ya no le abandonará el resto de su estancia en la ciudad. Al día siguiente entra

en una cafetería y vuelve a encontrarse con aquel hombre. Está jugando al ajedrez. Se saludan. Juega con él dos partidas que pierde, y se despide. Ya en el aeropuerto, y a punto de coger el avión de vuelta, le viene de pronto a la memoria *En la colonia penitenciaria*, un truculento y premonitorio relato de los campos que Kafka leyó allí mismo en 1916 en el nº 8 de la Brienner Strasse. Coge un taxi y, sin pensárselo dos veces, se vuelve a Múnich. Y así es como Kafka entra en escena. El autor nos cuenta entonces que aquel relato no gustó a nadie. Incluso el propio Kafka se preguntó por qué había querido leer aquello en público. Público entre el que se encuentra Rilke, y quizá Walter Benjamin. Idas y venidas de Kafka, evocaciones, recuerdos, alguna cita, y el relato termina describiendo su mecanismo interno, poniendo al descubierto su trama, su fábrica, su arquitectura, su modo, su manera. Cito el párrafo completo: “estirando mucho, por supuesto, aquel hilo íntimo e infinito que nos permite seguir en la oscuridad el rastro informe de todas las confluencias, no podía decir que me encontrara del todo desvinculado de aquellas y de otras muchas circulaciones, visibles e invisibles, de aquellos pasos, libros, sueños, cartas, deseos, cuadros, augurios, temores: fragmentos esparcidos que habían encontrado en mí, como lector viajero, durante unos pocos días

y en unas pocas páginas de cuaderno, a su más insospechado y perplejo imán”.

En el segundo texto, *Por qué elijo tan bien los destinos*, es Nietzsche y su *Ecce homo* quien le va a ocupar y a quien va a perseguir por las calles de Turín, a no ser que sea lo contrario. Nietzsche es una de esas lecturas, pocas, que marcan para toda la vida. Nietzsche el malentendido, todavía hoy, Nietzsche el intempestivo, Nietzsche más allá del bien y del mal, Nietzsche el filósofo que escribió tan buenos libros. “Un sí, un no, una línea recta, una meta”. Esta era su fórmula de la felicidad. Último texto. *De castillo en castillo*, título celiniano, el Zurich Chess Challenge, uno de los torneos de ajedrez más famosos del mundo, nuevas evocaciones de otros encuentros, Rilke y Valéry, Tzara jugando al ajedrez con Lenin en Zúrich en 1916, Rilke de castillo en castillo, Rilke y sus aristocráticas amigas, Rilke obsesionado con acabar las *Elegías de Duino*. Y la sospecha de que hoy en día cualquier texto es la expresión de un fracaso. Un fracaso literario y un fracaso humano, un fracaso rotundo, inapelable. O también: “Un registro sin sentido de pérdidas desconcertantes”. “En fin, como afirman los grandes maestros del ajedrez, hasta donde te puede llevar una partida es siempre un misterio”. ¿El estilo? Pues qué quieren que les diga, se tiene o no se tiene. Etcétera.

TAMBIÉN NOSOTROS NOS EQUIVOCAMOS

En el anterior número de Gestión Clínica y Sanitaria se atribuyó a una supuesta Néboa Zozoya el “Elementos para un debate informado” sobre “El irresistible ascenso del mercado de los biosimilares”.

Su autora es Néboa Zozaya. De paso, respondiendo a las consultas, sí, su afiliación es la que aparecía, Weber.

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/>

[twitter@gestclinsan](https://twitter.com/gestclinsan)

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