

Número coordinado por Juan E. del Llano Seña

Editoriales	
Revisando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad	79
Las implicaciones de la Asociación Transatlántica de Comercio e Inversión (TTIP) para la salud pública europea	81
Elementos para un debate informado	
Los efectos sobre la productividad en la evaluación económica: ¿controversia metodológica o ideológica?	83
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Tratamiento antirretroviral: mejores resultados con mayor adherencia y de más duración	87
Sin baremo académico el maratón del médico especialista empieza con un "sprint"	88
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
La radioterapia mejora la supervivencia en cáncer de pulmón de mal pronóstico	89
Tratamiento invasivo del ictus isquémico: más oportunidades de recuperación funcional	90
Efectividad (y Coste-Efectividad) de las consultas de enfermería en atención primaria y especializada: complementarias y alternativas a las consultas médicas	91
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
No hay de qué preocuparse. Todo tiene su explicación	92
Uso de metodología cualitativa en la validación del Indicador de Seguridad del Paciente PSI	93
Una experiencia de implantación de las recomendaciones de "no hacer" del NICE en España	94
Evaluación económica, eficiencia, costes	
A vueltas con la eficiencia del cribado de cáncer de pulmón: se mantiene la incertidumbre sobre su coste-efectividad	95
Una revisión crítica del descuento temporal aplicado a la evaluación económica de los programas de vacunación	96
Los medicamentos especializados pueden ofrecer valor pese a su alto coste	97
Utilización de servicios sanitarios	
Demasiadas colonoscopias	99
Gestión: Instrumentos y métodos	
Diferentes modelos de gestión hospitalaria pública, similar eficiencia técnica	100
Métodos de ajuste de riesgo basados en diagnóstico como principal herramienta de control del gasto farmacéutico	101
Telemedicina en Diabetes Mellitus y análisis masivo de datos: ¿puede mejorar el conocimiento del manejo clínico del paciente diabético?	102
Política sanitaria	
Cómo conseguir que nos importen las desigualdades en salud: un paso imprescindible en la lucha por eliminarlas	103
El paradójico impacto de la contratación de investigadores en centros del Sistema Nacional de Salud	104
El liderazgo de la profesión enfermera en la atención sanitaria. Y su necesario refrendo	105
Políticas de salud y salud pública	
Obesidad: Navegando con mapas muy primitivos	106
La Carga Global de la Enfermedad en la Transición Epidemiológica	107
¡Precaución amigo conductor! Niños a bordo y malos humos	108
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
¿Son útiles las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida para pacientes con enfermedades graves?	109
Un marco para la implantación y mantenimiento de una evaluación del desempeño centrada en el paciente	110
A su salud	
La joie de vivre	111
Índice del volumen 17 (2015)	112

Editor

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

Editores asociados

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

Juan del Llano Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

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

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

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Barcelona)
 Xavier Bonfill (Barcelona)
 Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
 José Cuervo Argudín (Madrid)
 Jordi Gol (Madrid)
 Beatriz González López-Valcarcel (Las Palmas)
 Ildelfonso Hernández (Alicante)
 Jaime Latour (Alacant)
 Félix Lobo Aleu (Madrid)
 José J. Martín Martín (Granada)
 Salvador Peiró (València)
 Jaume Puig i Junoy (Barcelona)
 Laura Pellisé (Barcelona)
 María José Rabanaque (Zaragoza)
 José Ramón Repullo (Madrid)
 Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)
 Rosa Urbanos Garrido (Madrid)

Consejo editorial

Javier Aguiló (València)
 Jordi Alonso (Barcelona)
 Paloma Alonso (Madrid)
 Alejandro Arana (Barcelona)
 Andoni Arcelay (Vitoria)
 Manuel Arranz (València)
 Pilar Astier Peña (Zaragoza)
 José Asua (Bilbao)
 Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
 Lluís Bohigas (Barcelona)
 Bonaventura Bolívar (Barcelona)
 Francisco Bolumar (Alcalá)
 Eduardo Briones (Sevilla)
 Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
 Juan Cabasés Hita (Pamplona)
 Carlos Campillo (Mallorca)
 Jesús Caramés (Santiago)
 David Casado Marín (Barcelona)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castells (Barcelona)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Anna García Altes (Barcelona)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gervas (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Álvaro Hidalgo (Madrid)
 Pere Ibern Regás (Barcelona)

Jokin de Irala Estévez (Pamplona)
 Puerto López del Amo (Granada)
 Guillem López i Casanovas (Barcelona)
 Susana Lorenzo (Madrid)
 Manuel Marín Gómez (València)
 Javier Marión (Zaragoza)
 Juan Antonio Marqués (Alicante)
 José Joaquín Mira (Alacant)
 Pere Monrás (Barcelona)
 Jaume Monteis (Barcelona)
 Carles Murillo (Barcelona)
 Juan Oliva (Madrid)
 Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
 Olga Pané (Barcelona)
 Pedro Parra (Murcia)
 Josep Manel Pomar (Mallorca)
 Eduard Portella (Barcelona)
 Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
 Octavi Quintana (Bruselas)
 Enrique Regidor (Madrid)
 Marisol Rodríguez (Barcelona)
 Pere Roura (Barcelona)
 Montse Rué (Cambridge, EE.UU.)
 Ramón Sabés Figuera (Sevilla)
 Ana Sainz (Madrid)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Serapio Severiano (Madrid)
 Ramón Sopena (València)
 Bernardo Valdivieso (València)
 Juan Ventura (Asturias)
 Albert Verdaguer Munujos (Barcelona)

Revistas revisadas sistemáticamente

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

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

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

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

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

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

Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad

Juan del Llano Señaris

Fundación Gaspar Casal, Madrid

Muchos de los salubristas que nos formamos en los 80's del siglo pasado, leímos con gran interés el informe Lalonde (1) y nos abrió los ojos hacia el papel de los determinantes extra-sanitarios en la salud poblacional. En la Facultad ni se nos habló de ellos. Sin embargo, el Informe tuvo algo de panacea, es decir de creencia y de esperanza, sobre todo en países en desarrollo con buenos indicadores de salud como Cuba. También generó una moda, una tendencia, seguía patrones (el rol asignado a los determinantes) que tuvieron su público. La realidad vino de la mano de su análisis crítico, remarcando la relativización del papel de los sistemas sanitarios, la medicina y los médicos sobre la salud, y aquí su impacto como realidad fue ciertamente modesto. De hecho, en España el sistema sanitario siguió su senda y sólo se notó en la retórica y algunas iniciativas que se diluyeron por falta de capacidades reales. El artículo 3 de la Ley General de Sanidad de 1986 establece que el SNS se orientará a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, más allá de algún cribado y alguna medicación preventiva de la población, el Lalonde no ha dejado rastro. Desde entonces, sí ha ido creciendo la masa crítica salubrista, frente a unas claras fuerzas que mantienen la inercia hacia la medicalización.

Canadá fue el país que en 1974 redescubre la intersectorialidad de las políticas de salud, con dicho informe, que se lleva a la práctica y cambia su modelo de provisión de servicios con mucho peso del mercado libre a uno mucho más *National Health Service*. También fue seguido y debatido por otros países desarrollados y en desarrollo. España, por ejemplo, lo retoma para la elaboración de la Ley de Salud Pública de 2011. Se actúa sobre la salud poblacional desde fuera de los servicios sanitarios, permite explorar el potencial de una nueva revolución epidemiológica, la segunda, que actúe sobre las enfermedades crónicas.

La práctica de la Salud Pública trata de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de la intervención organizada de la sociedad y no sólo del Estado y sus administraciones. Ello incluye no solamente los esfuerzos para mantener la salud minimizando los comportamientos poco saludables y las influencias nocivas de factores medioambientales y sociales, sino también la prestación de servicios sanitarios eficientes que ayuden a los enfermos a recuperar la salud o, como mínimo, a reducir el sufrimiento, la minusvalía y la dependencia.

La política de salud de muchos países, siguiendo la estela del Lalonde, actúa sobre servicios de salud (sellado de caries), estilos de vida (cepillado de dientes) y entorno (fluoración del agua de bebida); sin embargo, no trata de alterar la distribución de la renta que es una variable que impacta decisivamente en las cada vez mayores diferencias en mortalidad y morbilidad. Tampoco se presta demasiada atención a la herencia genética, hasta que se codifica el genoma humano en 2001 y, es el sector privado (empresas de biomedicina) quién lidera la investigación en esta área, en ocasiones, con compras de líneas de investigación prometedoras a equipos que trabajan con fondos públicos.

Las políticas de salud en general están mejor elaboradas que desarrolladas y puestas en práctica. Se sabe identificar los factores de riesgo comunes a las principales causas de mortalidad y morbilidad, se pueden establecer de forma solvente áreas de actuación objetiva en términos de indicadores sanitarios, de conocimiento por parte del público y de los profesionales, de mejora de los servicios sanitarios, y de sistemas de evaluación. La aparición del modelo de determinantes de salud propues-

to por *Laframboise* en 1973 y desarrollado en el Informe Lalonde tenía la finalidad de explicar la salud de los canadienses y sus determinantes. En su momento, revolucionó sin lugar a dudas, a la salud pública, al impactar conceptual y operativamente sobre la manera de abordar y explicar los niveles de salud de las poblaciones y, por ende, abrió una nueva manera de formular las políticas de salud.

Es un documento seminal que, sobre todo, versa sobre la promoción de la salud. Sigue la estela de McKeown en "El crecimiento moderno de las poblaciones" y "El rol de la medicina: ¿sueño, milagro o némesis?" (2, 3). Szreter, sin embargo, critica a McKeown por la interpretación que hace del papel de la práctica de la medicina y de la intervención del Estado en la mejora de la morbimortalidad (4). Asevera que la medicina socializada no ha sido tan influyente como lo fue el fuerte crecimiento económico tras la Segunda Guerra Mundial y el papel del mercado libre.

Argumenta Ortún (5), apoyado por Fogel, como el crecimiento económico y la mejora de la nutrición, han sido los factores con mayor fuerza explicativa en la espectacular caída secular de la mortalidad. Entre mediados del siglo XIX y del siglo XX son las medidas de salud pública, con fundamento científico a partir del descubrimiento de la etiología específica de las enfermedades infecciosas a finales del siglo XIX, las que asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud: Implantadas primero en Europa Noroccidental y Norteamérica, después –y más rápidamente– en la Europa del Sur y Sureste, y finalmente, a partir de la Segunda Guerra Mundial en el Tercer Mundo, con velocidad aún mayor. La medida reina en salud pública –el saneamiento del suministro de aguas mediante filtrado y cloración así como la disposición segura de las residuales– explica, por ejemplo, la mitad de la reducción total en mortalidad de las principales ciudades de EEUU a principios del s. XX (6). Sólo en estas últimas cinco décadas ha adquirido un cierto protagonismo la atención sanitaria, empujada por una intensa innovación en prevención y curación. Con toda la importancia que la prolongación de la esperanza de vida atribuible a servicios sanitarios tiene, especialmente para quienes marca una diferencia entre vivir y morir, el impacto más importante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la calidad de vida de la población. Las intervenciones sobre los motivos de morbilidad y discapacidad más frecuentes no alargan mucho la vida pero mejoran su calidad.

Hay que hacer también una mención especial a Cochrane, como hacen Tetlock y Gardner en su libro sobre Superpredicciones (7), que se abre con una jugosa discusión sobre cómo este médico escocés nacido en 1909, hizo quizás más que nadie por la transformación de la Medicina y su práctica. La hizo pasar de arte negro a ciencia plenamente contestable. Su hallazgo principal, hace más de 50 años, fue que la cualificación, confianza y eminencia de los médicos eran irrelevantes. El único test válido era trabajar sobre la efectividad del tratamiento, demostrándola con rigor y estadísticamente.

El Lalonde tiene un mensaje central, la política en nuestro sector tiene que redirigirse de la oferta y los costes de los servicios sanitarios hacia los determinantes, tanto a los medioambientales (ya incluía la preocupación por la ecología y el daño ambiental como alerta en su última enciclica el Papa Francisco I y desde 1988 el IPCC del PNUMA y la OMM), como a los conductuales (estilos de vida) y biológicos (genoma). También en nuestro país y así lo refleja nuestra Ley de Salud Pública de 2011, que

aunque no desarrollada, señala cómo las políticas intersectoriales y la promulgación de leyes pertinentes, producen importantes reducciones de morbimortalidad. La lucha contra la siniestralidad vial y contra el tabaquismo son dos ejemplos de políticas altamente efectivas en "línea Lalonde"

La realidad de los países desarrollados ha asistido, desde entonces, a un incremento del consumo de dietas saludables, a la preocupación por el ejercicio físico, a la mejora en la seguridad alimentaria y de la calidad del medio ambiente. Pero, sobre todo, ha crecido la estructura sanitaria (hospitales) y su parque tecnológico asociado. Lamentablemente, no ha sido tanta la atención prestada a la salud pública. De hecho, en unas recientes declaraciones Beatriz González, Presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), apunta la necesidad de seguir produciendo y difundiendo conocimiento científico para la salud; la mejora de las profesiones relacionadas con la Salud Pública y la defensa de la salud de la población, participando activamente en los debates públicos sobre temas que conciernen a la Salud Pública y a los servicios sanitarios; ayudando a marcar la agenda de los temas relevantes para la salud pública y, reclamando un mayor papel de la salud pública en la acción política sanitaria (8).

La contribución más efectiva del Informe Lalonde fue la introducción del concepto de los determinantes en el terreno de la salud. Así, un avance significativo fue la distinción entre la política de salud y, la política de servicios sanitarios, que se ocupa de la organización de la asistencia sanitaria. También permitió el análisis del sistema desde del impacto de cada determinante y de las interacciones de los cuatro determinantes. "La nueva perspectiva de la salud de los canadienses", busca migrar la atención de los profesionales sanitarios a las causas de la morbilidad y la mortalidad y, no tanto, a los efectos y patrones de las mismas. Moverse de efectos a causas forzó la atención en una serie de contextos en los cuáles las decisiones se toman. Visualizó, como no se había conseguido antes, el rol de los problemas económicos y sociales, el medio ambiente y las preferencias personales. Además, empujó la promoción de mensajes de salud (*advocacy*) que influyen sobre los lobbies para el cambio político. Ayudó a la diseminación entre estudiantes de Medicina de las diferencias entre Salud (visión colectiva) y Medicina (visión individual) como apuntan del Llano y Millán recientemente (9).

El Lalonde señaló la importancia del concepto de justicia distributiva en Medicina. Resaltó que no hay mejora de la salud sin acceso universal y equitativo. Sin embargo, fue irrelevante en cuanto a profundizar en cómo racionalizar el coste, y cómo mejorar la garantía de la calidad de la práctica médica. Queda por comprobar empíricamente los porcentajes atribuidos hipotéticamente a la reducción de la morbimortalidad por parte de los distintos determinantes y su correlato en inversión pública, que han ido cambiando, sin contraste, con el paso del tiempo (10). Cayó, por últi-

mo, víctima del entusiasmo por la prevención, aunque ilustró muy bien de los peligros que tienen las panaceas en políticas de salud que pueden llegar a minar las mejoras marginales en efectividad conseguidas en la práctica médica con motivo de las intensas innovaciones a las que se ha visto sometida.

Finalmente, en los sistemas basados en la solidaridad colectiva parece legítimo exigir alguna responsabilidad personal sobre el cuidado de la propia salud, desincentivando los comportamientos irresponsables amparados por la mancomunidad de la respuesta a las consecuencias de los riesgos asumidos. Sin embargo, la aplicación práctica de esta noción resulta mucho más cuestionada. El debate sobre la responsabilidad individual y colectiva, que planea a lo largo de todo el Informe Lalonde, te puede llevar a una aceptación fatalista de las implicaciones de los determinantes sociales de la salud, o al abandono de cualquier concepto de libertad responsable para esquivar la posible culpabilización de las potenciales víctimas que una política de responsabilidad personal puede acarrear (11).

Agradecimientos: A Vicente Ortún, Ricard Meneu e Ildelfonso Hernández por sus comentarios críticos.

Referencias

- (1) Lalonde M (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- (2) McKeown T (1976). The modern rise of population. New York, NY: Academic Press.
- (3) McKeown T (1976). The role of Medicine: Dream, Mirage of Nemesis? London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trusts.
- (4) Szreter S (2002). Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, May, Vol. 92, nº 5:722-725.
- (5) Ortún V (2006). Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. *Revista Asturiana de Economía* nº 35:23-43.
- (6) Cuttler D y Miller G (2005). The role of public health improvements in health advances: The 20th century United States. NBER, Working Paper nº 10511.
- (7) Tetlock P and Gardner D (2015). Superforecasting: The Art and Science of Prediction. Crown, Random House.
- (8) Declaraciones de Beatriz González, Presidenta de SESPAS (2015): <http://www.efesalud.com/noticias/ciencia-accion-y-conciencia-los-pilares-de-la-nueva-presidenta-de-la-sociedad-espanola-de-salud-publica-y-administracion-sanitaria/>
- (9) del Llano J, Millán J (2015). Hygiene and Panacea in the medical education. La salud y la asistencia sanitaria. En *Ser Médicos: los valores de una profesión* (2ª edición). Unión Editorial, Madrid: 359-370.
- (10) Lamata F (1994). Una perspectiva de la política sanitaria: 20 años después del Informe Lalonde. *Gaceta sanitaria*. Julio-Agosto, nº 43, Vol. 8:189-194.
- (11) Meneu R (2015). La responsabilidad personal y sus límites. Del empoderamiento a la culpabilización. En: *Determinantes personales y colectivos de los problemas de salud*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, nº 37:50-59.

VISITA EL BLOG DE GCS

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

Las implicaciones de la Asociación Transatlántica de Comercio e Inversión (TTIP) para la salud pública europea

Francisco R. Estupiñán Romero

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Zaragoza

La Asociación Transatlántica de Comercio e Inversión, también conocida por sus siglas en inglés TTIP, es un acuerdo marco que está actualmente en fase avanzada de negociación entre la Unión Europea (UE), representada por su Comisaría de comercio, y los Estados Unidos de América (EUA). Este acuerdo trata de redefinir las reglas (acceso a mercados; cooperación regulatoria y facilitación del comercio) entre ambos socios internacionales.

A la hora de establecer las reglas del comercio internacional los países, solos o formando parte de asociaciones diversas, establecen generalmente acuerdos bilaterales en los que se sientan las bases legales, el alcance y los medios por los cuales se regirán dichas relaciones comerciales. En el marco de esos acuerdos, se suscitan discusiones y se dispone la negociación de aspectos, en último término, determinantes para la vida de los ciudadanos de los países implicados; como el reconocimiento de su formación y el ejercicio de su profesión en el extranjero, el reconocimiento del origen de ciertos productos y su propiedad o la de sus marcas o la posibilidad para exportar bienes y servicios a terceros países.

A este respecto, las novedades que introduce el TTIP se encuentran tanto en los interlocutores (la Comisión Europea de nuestro lado), como en el alcance y la profundidad de los temas tratados.

El propósito último del TTIP es reducir las barreras al comercio exterior, disminuyendo o eliminando los costes arancelarios o de aduanas, tratando de homogeneizar o compatibilizar los marcos regulatorios a ambos lados del Atlántico y abriendo los mercados a base de disminuir las reservas a la participación de socios, de uno y otro lado, en el accionariado de las empresas nacionales. Su principal motivación es incrementar el potencial de generar negocio (beneficio económico) para las empresas reguladas bajo estos nuevos términos; residiendo el interés general de los estados firmantes en los efectos sociales esperados de esos supuestos beneficios (i.e. creación de empleo, aumento de la recaudación de impuestos o el aumento de la riqueza general de la población).

Este proceso de negociación, previsto para concluir en diciembre de este año, ha sido fuertemente criticado por diversos grupos de interés y ciudadanos en base, principalmente, a su falta de transparencia y a la participación directa de lobbies empresariales en el diseño de algunos términos de acuerdo. La Comisión Europea ha tratado de atajar estas críticas publicando información accesible sobre las razones y los objetivos marcados por la UE en la negociación de cada uno de los capítulos del tratado y abriendo vías de comunicación con la ciudadanía y los colectivos sociales, aunque estas iniciativas se siguen percibiendo como insuficientes y tardías.

Las principales amenazas percibidas entre los detractores de este proceso están relacionadas con la privatización de los servicios públicos, el aumento de los precios en algunos sectores, la extensión de la vigencia de las patentes, la precarización de las condiciones laborales en pro del aumento de la competitividad, el declive de la producción cultural europea y la disminución general de los estándares y requisitos de calidad de

la UE; poniendo incluso en peligro el principio de precaución, en el que se basa mayoritariamente la normativa europea respecto a las calidades de ciertos productos básicos como alimentos o productos sanitarios.

Atendiendo a sus posibles implicaciones en materia de salud pública para la UE, los principales capítulos que están en discusión en el TTIP son:

- Productos farmacéuticos.
- Dispositivos médicos.
- Productos químicos.
- Pesticidas.
- Cosméticos.
- Y aspectos relacionados con la Salud Alimentaria y la salud animal y vegetal.

En la mayoría de los casos, lo que se gestiona es la forma de alcanzar un acuerdo para la equiparación de criterios y procedimientos de cara a la aprobación de un producto para su comercialización a ambos lados del Atlántico. Esto supone aceptar las inspecciones del producto en origen, hacer confluir los sistemas de gestión de la calidad o establecer catálogos compartidos para la identificación de ciertos productos, facilitando así su trazabilidad y monitorización. A este respecto, las críticas por ambas partes sugieren que el verdadero objetivo de esta confluencia es el de disminuir los estándares de calidad respectivos al mínimo posible, limitando mediante esta vía la potestad de las partes del acuerdo de fijar estos según sus intereses concretos. Existe el miedo latente de que, de facto, por vía de este acuerdo se introduzcan en el mercado europeo productos químicos prohibidos, o químicos y cosméticos producidos en Estados Unidos, en muchos de cuyos estados no existen leyes en contra de la realización de pruebas en animales o cuyos requerimientos ambientales para el uso de pesticidas son mucho menores. Capítulo aparte merece la cautela frente a la introducción de organismos modificados genéticamente en las cosechas y alimentos importados desde América y la presión que puede ejercer sobre los ganaderos la introducción en el mercado de productos cárnicos a precios bajos, derivados de la disminución de los estándares de cuidado y bienestar animal.

Por otro lado, existen otros aspectos de esta Asociación, cuyo objeto es incidir directamente en la legislación de los estados implicados, promoviendo la introducción de cambios regulatorios al más alto nivel que, en el caso de la UE, deberían ser transferidos luego a la legislación nacional de cada uno de los países miembros.

Estos aspectos atañen principalmente a cuestiones relacionadas con:

- Comercio exterior de bienes y regulación de aduanas.
- Políticas de la competencia (competitividad).
- Derechos de propiedad intelectual e indicaciones geográficas.
- Y mecanismos de arbitrio (resolución de disputas) entre gobiernos y entre gobiernos e inversores.

El impacto potencial de estos aspectos en la salud pública podría ser determinante en su repercusión fundamentalmente en dos sectores: la industria farmacéutica y la provisión de servicios sanitarios –bien facilitan-

do el aseguramiento o afectando directamente a la provisión de los servicios.

Por un lado, la industria farmacéutica podría beneficiarse mayormente del incremento de los periodos de vigencia de los derechos de propiedad intelectual de los fármacos, afectando esto a la competencia en nichos de mercado, limitados por la indicación clínica de determinados fármacos, para los cuales no exista alternativa. Esto podría facilitar la creación de oligopolios, donde el precio de los medicamentos tendería al alza.

En el caso de los proveedores de aseguramiento o de servicios sanitarios, podría facilitar la entrada en el mercado europeo de nuevos actores, que en consorcio con los ya existentes, podrían alcanzar la entidad suficiente para promover acciones destinadas a modificar el comportamiento del sistema sanitario en aras de un incremento del aseguramiento privado y la aceptación de la privatización de ciertos servicios a nivel de los estados miembros.

Más allá de los potenciales beneficios para estos sectores con gran impacto en salud pública, uno de los capítulos que se observa con mayor recelo es el del establecimiento de mecanismos de arbitrio extrajudiciales para la resolución de disputas entre gobiernos e inversores, incluyendo en la competencia de estos arbitrajes la posibilidad de dictaminar compensaciones por lucro cesante. Esto supondría, la preferencia de una vía extrajudicial (y por tanto, no regida necesariamente por la legislación vigente del país donde se produzcan los hechos) a la hora de dirimir desacuerdos entre gobierno y subcontratas, o proveedores de servicios en el sector salud, quedando las partes a expensas del dictamen de unos árbitros cuyo mecanismo de elección e intereses particulares estaría fuertemente en entredicho.

Expuestos los hechos y su potencial repercusión en materia de salud pública, la Asociación Transatlántica de Comercio e Inversión (TTIP) tiene el potencial para configurar un marco regulatorio internacional que permita una mayor fluidez en el comercio transatlántico, mejore las inversiones e indicadores económicos a ambos lados del océano y promueva, mediante la adopción de estándares globales y sistemas de vigilancia internacional, el incremento de la calidad de los productos (bienes y servicios) comercializados tanto en Europa como en Estados Unidos. Pese a ello, este gran potencial se encuentra desde su origen envuelto en sombras. Más allá de alguna de las críticas comentadas, estas sombras surgen del imaginario de un colectivo ciudadano cuyo descrédito ante las autoridades políticas y sociales crece conforme se suceden los casos de corrupción y los escándalos asociados a la incompetente gestión de las inversiones, tanto públicas como privadas, en unas circunstancias de crisis económica, donde el modelo de solución impuesta desde la sede de los gobiernos europeo y nacional ha sido el de la austeridad y el recorte

efectivo de derechos. En este sentido, se hace particularmente difícil asistir al transcurso de una negociación de la que nos enteramos a destiempo y a cuenta gotas, desde la opacidad acostumbrada, y sin que haya mediado, hasta última hora, un esfuerzo de nuestros representantes por hacer asequible al público en general la información de lo que está en juego en este tratado.

A la opacidad y la asimetría de información de un público que, en general, tiene dificultad y, en ocasiones poco interés, en la comprensión de la burocracia europea se añade la experiencia nefasta de los sucesivos rescates de la empresa privada en diversos sectores, considerados como estratégicos, en los que se ha probado el fracaso de la supervisión de los Estados sobre prácticas negligentes o incluso premeditadamente maliciosas, como en los casos en España de la banca, algunas concesionarias de provisión de servicios sanitarios, o industrias como transportes, automoción y otras. La falta de transferencia de riesgos y la fuerte evidencia de la capacidad de captura del regulador de las industrias a las que afecta este tratado, bien a través de puertas giratorias entre los responsables de supervisión y control o directamente mediante la corrupción de las instituciones hace extremadamente difícil no dudar de la competencia y las intenciones últimas de los actores implicados en la consecución de este acuerdo.

A pesar de todo lo anterior y haciendo uso de la evidencia indirecta que provee la reciente aprobación final del Trans-pacific Partnership (TPP) –homólogo del tratado atlántico entre Estados Unidos y una gran parte de países costeros a ambos lados del pacífico (Canadá, Australia, Japón, Chile, Brunei, Chile, México, Malasia, Nueva Zelanda, Perú, Singapur y Vietnam)– podemos observar cómo dentro de los límites del acuerdo se han previsto medidas sanitarias y fitosanitarias para la comunicación, investigación y tratamiento conjunto de los brotes y problemas de salud, estableciéndose mecanismos de vigilancia y control; medidas de cooperación técnica y protección del consumidor en la exportación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos y bienes y servicios sanitarios; regulaciones proteccionistas respecto al sector agropecuario; un marco legislativo medioambiental y cautelas respecto a la transparencia y la posibilidad de establecimiento por parte de los países firmantes de sectores públicos estratégicos protegidos.

En cualquier caso, a estas alturas y pese a las críticas y el movimiento ciudadano, la firma del TTIP parece cosa hecha y sólo nos resta saber en detalle los términos en los que esta se lleve a cabo. Nos queda pues por delante la labor de medir, cuantificar y evaluar en qué medida y de qué manera esta asociación impactará en el futuro en la salud pública europea y española. En este caso, como antaño, *son de temer (los griegos) incluso cuando traen regalos.*

VISITA EL BLOG DE GCS

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

Los efectos sobre la productividad en la evaluación económica: ¿controversia metodológica o ideológica?*

Joan Rovira

La consideración de los efectos positivos y negativos de las intervenciones en salud sobre la productividad es una cuestión controvertida, tanto en el debate académico y teórico como en su aplicación práctica, es decir, en las normas de guías y directrices metodológicas establecidas por distintas instituciones y en los análisis de tecnologías y programas concretos. Las controversias afectan tanto a si dichos efectos deben o no incluirse, como a cuál es la forma adecuada de categorizarlos, medirlos y valorarlos. El tema es relevante por cuanto puede hacer variar sustancialmente los resultados del análisis; y en la medida que dichos resultados se utilicen para tomar decisiones de asignación de recursos –tales como la financiación y regulación del precio de tecnologías y prestaciones– puede tener efectos sobre la salud y, en último término, sobre el bienestar de la sociedad.

El ACB es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación de las políticas de gasto público tales como: transporte, educación, salud y defensa (Hardwick et al. 1982). El cuerpo de ingenieros del ejército de Estados Unidos implementó en 1939 el ACB para evaluar proyectos de ingeniería civil, tal como presas, diques y otras medidas de control de inundaciones. En la década de los años 60 el gasto público en salud se incrementó considerablemente en muchos países, lo que propició la entrada de los economistas y de la evaluación económica en los problemas de salud (Caplow et al. 2001, 152).

La evaluación económica aparece en el ámbito de la política y la gestión de la salud como una herramienta que aporta criterios de elección racional a la hora de elegir un determinado programa de salud respecto de otros cuando los decisores, sujetos a restricciones presupuestarias, no pueden seleccionar todas las opciones (Brouwer et al. 2000, 441). La evaluación económica en salud pretende establecer la eventual superioridad de una opción entre todas las opciones de decisión disponibles, es decir, intervenciones sanitarias que implican una utilización de recursos económicos y tienen efectos sobre la salud de los individuos y sobre otras variables relacionadas con el bienestar social. El criterio último de elección puede ser la maximización del bienestar social o la de algún indicador asociado al bienestar, por ejemplo, la salud medida en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados por una población. De hecho, en el ámbito de la salud se han impuesto los análisis de coste efectividad (ACE) y coste utilidad (ACU)

por encima del análisis coste-beneficio (ACB), debido a las dificultades y al rechazo ético –o estético que provoca– la expresión monetaria de los beneficios en salud, propia del ACB. El ACE y el ACU miden los beneficios en variables clínicas, no monetarias, que se supone que reflejan el objetivo de todas las opciones comparadas, pero que puede alcanzarse en mayor o menor grado en cada opción. El indicador final de eficiencia es una razón de coste por unidad del efecto (o efecto por unidad de coste). En el ACU para medir tal efecto se utiliza una medida sintética genérica de salud, normalmente el AVAC, u otra similar).

Tradicionalmente se aceptaba que el ACB, la primera modalidad de evaluación económica se enmarcaba y derivaba sus fundamentos teóricos de la economía del bienestar.

La economía del bienestar surge hacia finales del siglo XIX y se sitúa dentro de la rama de la economía normativa como la parte de la Teoría Económica que se ocupa o debería ocuparse de la política económica (Scitovsky 1970, 158); para prescribir la política a seguir, no basta con los hechos descritos e interpretados por la economía positiva, es necesario incorporar juicios de valor.

Sin embargo, la teoría del bienestar no es un cuerpo doctrinal único e inamovible, sino que dentro de la misma coexisten diversos enfoques y tendencias. Por otra parte, dentro de la evaluación económica se han perfilado dos enfoques metodológicos que polarizan las posiciones teóricas: el bienestarista y el extrabienestarista. El bienestarista busca maximizar las utilidades individuales y defiende la relevancia de los principios de la teoría del bienestar como fundamento de la evaluación económica, entre otros, la maximización de las utilidades individuales; por otra parte, se inclina por la utilización del ACB y por la disponibilidad a pagar (DAP) como método de medición y valoración de los beneficios en salud. En cambio, el extrabienestarista afirma que la finalidad es maximizar la salud global de la sociedad, medida mediante AVAC –o un indicador similar– que más que utilidades representan capacidades de los individuos; la maximización de AVAC se considera un objetivo más apropiado para el sector sanitario que la maximización de la utilidad (Brouwer et al. 2000). Es decir, el extrabienestarismo supone que en el ámbito de las decisiones que se toman en el sector o la política de la salud, los efectos sobre la salud constituyen el aspecto central a evaluar, aunque no de forma exclusiva, si-

*Manuscrito elaborado a partir de “‘Medicamentos: su aportación al bienestar social’. Efectos de la productividad en los estudios de la evaluación económica”, realizado por Joan Rovira, Andrea Vivar y Juan del Llano.

no como parte de los efectos sobre el bienestar que implica tener buena salud. El extrabienestarismo propone parámetros para medir el bienestar diferentes de la utilidad, no porque la excluyan, sino para completarla con información que se escapa del concepto de la utilidad basada en la preferencia de los individuos; “el enfoque de las capacidades difiere del de la evaluación utilitaria en que acepta una mayor variedad de actos y estados humanos (no solo porque producen utilidad ni solo en la medida que la produzcan)” (Brouwer et al. 2008, 332). En otras palabras, el incremento del bienestar está relacionado con otros argumentos además de las utilidades individuales.

De hecho, la multiplicidad y heterogeneidad de actores en el campo de la salud –sanitarios, decisores, autoridades y analistas– ha propiciado durante muchos años el desarrollo de una metodología ad hoc, sin un referente teórico único y bien definido. El grueso del debate sobre los fundamentos teóricos y metodológicos de la evaluación económica en salud es relativamente reciente y se produce en un momento en que ya se ha consolidado en la práctica y en las directrices metodológicas una substancial variabilidad.

Muchos análisis de evaluación económica en salud parten de un listado convencional de categorías de efectos, que incluyen conceptos como costes, recursos utilizados, beneficios, consecuencias, resultados, efectividad, etc. En algunos casos se adjetivan estos términos para establecer subcategorías: costes directos e indirectos, sanitarios y no sanitarios, tangibles e intangibles, pero no se suelen explicitar los criterios o argumentos para llamarlos de una u otra forma, ni existen categorías estándar reconocidas de forma general.

Drummond et al. (1997), por ejemplo, una versión actualizada del anterior manual, definen los costes como los recursos consumidos por el programa de atención de la salud que está siendo evaluado, precisando que se deben incluir no solo los recursos utilizados en el programa inicial, sino también los de la atención continuada.

Por otra parte, dan el nombre de consecuencias a todo lo que “sale” del programa de cuidado de la salud, incluyendo:

- a) cambios en el estado de salud (que denominan efectos o resultados),
- b) otros tipos de valor creado independientemente de los resultados de salud, por ejemplo, el valor de la información a los pacientes, y
- c) los cambios en el uso de recursos en los programas de atención de salud (op. cit. 19).

Todos los costes y las consecuencias implican la comparación con una alternativa. Proponen prescindir de términos utilizados en el pasado, tales como directos, indirectos e intangibles.

El trabajo del denominado Panel de expertos de los EEUU (Gold et al. 1996) supuso un hito importante en el debate teó-

rico sobre la evaluación económica en salud. En cuanto a los efectos de las intervenciones sobre la salud, el Panel defiende la utilización preferente de los AVAC convencionales o medidas de salud similares, que combinen la duración de la vida con un índice de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Por lo que respecta a los efectos de las intervenciones sobre los recursos desde una perspectiva social, el Panel propone diferenciar entre costes directos y costes de productividad.

Los costes directos incluyen el valor de todos los recursos (bienes, servicios y otros) que se consumen para prestar una intervención, incluyendo el tratamiento de efectos secundarios y las consecuencias futuras de la intervención. Los clasifica en a) costes directos de atención sanitaria, b) costes directos no sanitarios (que incluye servicios sociales, el tiempo de familiares y voluntarios, coste adicional de dietas, etc.) y c) costes de tiempo del paciente (tiempo dedicado al transporte, espera y administración necesarios para recibir el tratamiento, pero excluye el valor que le da el paciente a la intervención en sí misma). Plantean que el coste del tiempo del paciente se puede incluir bien en el numerador junto con los costes directos (dándole un valor monetario) o bien en el denominador, en forma de AVAC (años de vida ajustados por calidad), que se restarán, en principio, de los AVAC ganados por la intervención. Sostienen que bajo determinados supuestos ambas opciones darían la misma ordenación por RCEI (razón coste-efectividad incremental) de los tratamientos, pero por razones prácticas aconsejan poner el coste del tiempo del paciente en términos monetarios en el numerador, aunque aceptan que esta opción también es cuestionable (Gold et al. 1996, 180). Finalmente, señalan que el tiempo que pasa un paciente en una intervención puede tener un efecto positivo o negativo en el estado de salud, en cuyo caso sería necesario proceder a los ajustes necesarios en los AVAC de la intervención (en el denominador de la RCEI), pues el coste del tiempo empleado en el tratamiento incluido en el numerador refleja solo el coste de oportunidad del tiempo empleado en la intervención y no incluye ningún ajuste por lo desagradable que pueda resultar para el paciente.

Los costes de productividad los dividen en a) costes asociados con la pérdida o disminución de la capacidad de trabajar o de llevar a cabo actividades de ocio debido a la morbilidad y b) la productividad económica asociada a la mortalidad. Para los costes de productividad asociados a la morbilidad, adoptan el mismo criterio que para los costes del tiempo del paciente en el tratamiento, es decir, pueden incluirse monetizados en el numerador o como AVAC en el denominador, aunque por razones de consistencia optan por la segunda opción. En cuanto a los costes de productividad asociados a la mortalidad, afirman que están plenamente captados en los AVAC y que añadir la pérdida de productividad monetizada en el numerador supon-

dría una doble contabilización. Así, aunque es perfectamente legítimo que un analista quiera estimar el posible impacto de una intervención en la productividad, los resultados se deben presentar como una información independiente y no incluirlos en la RCEI. La conclusión del Panel de expertos de los EEUU (Gold et al. 1996) de que los cambios en la productividad deben ser incluidos en los efectos (consecuencias), es decir, en el denominador de la RCEI y que de hecho ya están incluidos en el cálculo de los AVAC dio lugar a un interesante debate teórico entre los miembros del Panel y el denominado Grupo Erasmus (Brouwer et al. 1997 y Meltzer et al. 1999). Tilling et al. (2010) intentan aportar evidencia sobre si los AVAC incorporan o pueden incorporar los efectos de productividad.

Un aspecto de la consideración de la productividad que crea más controversia tiene que ver su cálculo mediante la llamada teoría del capital humano. Esta teoría aparece a mediados del siglo XX con el factor educacional como eje central desde una perspectiva económica de crecimiento (Odriozola 2013, 269). La hipótesis en el ámbito de la salud en que está sustentado este enfoque es que se pierde producción con la muerte de un individuo, provocando un coste social para el país, con lo cual el valor de la prevención de su fallecimiento será el resultado del valor presente de las ganancias futuras esperadas mientras esté en condiciones de trabajar. De acuerdo a ello este enfoque no se alinea con la teoría de la economía del bienestar, ya que para la estimación de dichos costes no se toma en cuenta las preferencias ni la disponibilidad a pagar de los individuos y menos aún su bienestar. Varias discrepancias de este enfoque se refieren, por ejemplo, a si hay que tomar solo en cuenta la producción del individuo y no su consumo; por otro lado, al hecho de que dicha estimación se vuelve nula cuando hace referencia a individuos que no se encuentren formalmente en un mercado laboral (amas de casa, tercera edad, etc.) (Ugarte et al. 2011, 2-3).

En el plano empírico las principales discrepancias surgen al momento de tratar de medir en términos monetarios las pérdidas de productividad y el tiempo perdido ya que las guías metodológicas y diversos autores solo establecen qué enfoque elegir (si el de capital humano, la disponibilidad a pagar o el de los costes de fricción) y precisan poco en el modo de calcularlos, por lo que existe una gran variedad de formas de aplicarlos en estudios aplicados.

Stone et al. (2000) en su revisión de la literatura sobre la utilización de los costes de productividad en ACU encontraron que de los 226 estudios seleccionados solamente 18 (8,3%) incluyeron los costos de productividad y 22 (9,6%), el tiempo del paciente. Krol et al. (2013) llevaron a cabo una revisión de estudios de revisión de la literatura para determinar qué proporción de estudios incluyen los costes de productividad. Encontraron cinco estudios de revisión que suponían un total de

1.695 estudios revisados 191 (11,3%) incluían de alguna forma los costes de productividad. De estos 94, prácticamente la mitad, utilizaban el enfoque del capital humano y 18 (9,4%) los costes de fricción.

Por otra parte, la inclusión de los efectos sobre la productividad puede dar lugar a problemas de equidad: se valora más la vida de las personas con mayor productividad (ingresos), lo cual es contrario a los principios de solidaridad y equidad que informan la mayoría de sistemas y políticas de salud, pues supone que no se le da ningún valor al aumento de la supervivencia o de la calidad de vida de los que no trabajan. Este enfoque no tiene ningún fundamento económico. Refleja simplemente la ideología de que no trabajamos para vivir, sino que vivimos para trabajar, y en consecuencia no tiene sentido dedicar recursos sanitarios a mejorar la salud de los que no pueden o no quieren trabajar.

El Panel de Washington (Weinstein et al. 1996), contrario a la inclusión, argumenta que incluirlos supondría una doble contabilización, pues los AVAC ya captan los efectos de productividad. Pero los partidarios de la inclusión afirman que no está claro que los AVAC consideren dichos efectos, lo que ha generado algunos estudios que intentan clarificar si los individuos que evalúan la calidad de vida con los distintos instrumentos al uso tienen o no en cuenta los efectos sobre la productividad.

Sin embargo, existen discrepancias respecto a dónde deben incluirse estos costes: Weinstein et al. (1996) establecen que de todos los costes de la productividad, solo los relacionados con los costes friccionarios deben incluirse (en términos monetarios) en el numerador de la RCEI, es decir en los inputs, mientras que el deterioro de la productividad y la reducción en los ingresos son efectos relacionados con la salud, por lo tanto están recogidos en los AVACs (en el denominador). Por otro lado Weinstein et al. (1997) especifican que en los AVACs solo se reflejan los efectos en salud del paciente, por lo tanto los costes de productividad del empleador y los consumidores deben incluirse en los inputs. Brouwer et al. (1997) consideran que desde una perspectiva de la sociedad todos los costes de productividad deben estar estimados como inputs ya que los efectos en la calidad de vida relacionados con la salud que recogen los AVACs deben estar relacionados con la salud, no con los ingresos y de acuerdo a ello el efecto final de una intervención sanitaria es maximizar la salud, no el bienestar que está relacionado con los ingresos.

Conclusiones

Una cuestión relevante para determinar la superioridad o eficiencia de las intervenciones u opciones que se comparan en

una evaluación económica, es establecer qué efectos deben incluirse y cómo deben cuantificarse aquellos que se incluyan. Pero en una disciplina normativa es a menudo difícil aportar argumentos basados en la evidencia empírica para consensuar las posiciones enfrentadas en una controversia metodológica, especialmente si las divergencias afectan o dependen de juicios de valor.

Las respuestas dependen de un conjunto de valores y supuestos sobre los que no es posible decidir con un criterio objetivo basado en la evidencia empírica. Todo lo que puede hacer el análisis económico es poner de relieve los juicios que fundamentan cada posición metodológica y las posibles coherencias o contradicciones lógicas que implican algunas propuestas y posiciones metodológicas.

En este sentido, plantear los ACE y ACU en el marco extrabienestarista, es decir, como instrumentos para maximizar la ganancia en salud de una sociedad bajo una restricción presupuestaria o de recursos, más que como un ejercicio de maximización del bienestar, constituye posiblemente un enfoque más sencillo y comprensible para lograr consensos metodológicos.

El debate sigue abierto, pero en cualquier caso, parece lógico que si se incluye entre los beneficios el valor de la productividad, debería incluirse también una valoración del tiempo de ocio. Esta afirmación no responde solo a razones de coherencia con los principios de universalidad y equidad de los sistemas de salud, sino también de eficiencia, que exige que una herramienta analítica como la evaluación económica considere y valore como beneficios lo que la sociedad valora como tales.

Referencias

- Brouwer WBF, Culyer AJ, van Exel NJ a, Rutten FFH. Welfarism vs. extra-welfarism. *J Health Econ.* 2008;27(2):325-38.
- Brouwer WBF, Koopmanschap M A. On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions! *J Health Econ.* 2000;19(4):439-59.
- Brouwer WBF, Koopmanschap M A Rutten FFH. Productivity costs measurement through quality of life? A response to the recommendation of the Washington Panel. *Health Econ.* 1997;6(3):253-9.
- Caplow T, Hicks L, Wattenberg BJ. *The First Measured Century: An Illustrated Guide to Trends in America, 1900-2000* [Internet]. American Enterprise Institute; 2001 [cited 2015 Apr 27]. 308 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=ph1UKg3y0NUC&pgis=1>
- Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Second Edition. Oxford University Press; 1997.
- Hardwick P, Khan B, Langmead J. *An Introduction to modern economics* [Internet]. London [etc.]: Longman; 1994 [cited 2015 Mar 31]. Available from: http://ccuc.cbuc.cat/record=b1723985~S23*spi
- Krol M, Brouwer W, Rutten F. Productivity costs in economic evaluations: Past, present, future. *Pharmacoeconomics.* 2013;31(7):537-49.
- Meltzer D, Johannesson M. Inconsistencies in the "societal perspective" on costs of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *Med Decis Making.* 1999;19(4):371-7.
- Odriozola S. Una propuesta alternativa a la concepción del llamado capital humano. *Textos y Context.* 2013;12(2):265-80.
- Scitovsky T. *Ensayos sobre bienestar y crecimiento* [Internet]. Madrid: Tecnos; 1970 [cited 2015 Mar 31]. Available from: http://ccuc.cbuc.cat/record=b1256550~S23*spi
- Stone PW, Chapman RH, Sandberg EA, Liljas B, Neumann PJ. Measuring costs in cost-utility analyses. Variations in the literature. *Int J Technol Assess Health Care.* 2000;16(1):111-24.
- Tilling C, Krol M, Tsuchiya A, Brazier J, Van Exel J, Brouwer W. Does the EQ-5D reflect lost earnings? *Pharmacoeconomics.* 2012;30(1):47-61.
- Ugarte P, Britos F. Estimación de los costos sociales por fallecimiento prematuro en Chile a través del enfoque de capital humano. 2011.
- Weinstein MC, Siegel JE, Garber AM, Lipscomb J, Luce BR, Manning WG. J, et al. Productivity costs, time costs and health-related quality of life: A response to the Erasmus group. *Health Econ.* 1997;6(5):505-10.
- Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, Kamlet MS, Russell LB. Recommendations of the Panel on Cost-effectiveness in Health and Medicine. *JAMA* [Internet]. 1996 Oct 16 [cited 2015 Mar 19];276(15):1253-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8849754>

VISITA EL BLOG DE GCS

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

Tratamiento antirretroviral: mejores resultados con mayor adherencia y de más duración

Boussari O, Subtil F, Genolini C, Bastard M, Iwaz J, Fonton N, et al.

Impact of variability in adherence to HIV antiretroviral therapy on the immunovirological response and mortality. BMC Med Res Methodol. 2015;15:10.

Objetivo

Valorar como influye el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y su variabilidad a lo largo del tiempo en la respuesta inmuno-virológica y la mortalidad.

Método

Estudio longitudinal prospectivo que incluye 317 pacientes senegaleses infectados por el VIH-1, pertenecientes al estudio ANRS 1215, que inician TAR, con seguimiento mensual de la adherencia al tratamiento de noviembre 1999 a abril 2009. Se mide la adherencia al TAR por dos métodos: cantidad dispensada respecto a la cantidad prescrita y cuestionario de adherencia. Los resultados en salud evaluados fueron: carga viral plasmática del VIH, recuento de células CD4 y mortalidad. Análisis estadístico: se utilizaron modelos de trayectoria de clase latente para obtener la trayectoria del promedio de adherencia y de su desviación estándar, para la comparación de la adherencia con los resultados clínicos y la mortalidad se aplicaron modelos de regresión.

Resultados

Los valores promedio de adherencia se agruparon en tres trayectorias: la primera “constantemente alta”, engloba al 69,47% de las medias y es cercana al 95%, la segunda, “alta, pero disminuyendo lentamente a lo largo del tiempo”, con el 17,36% de los valores, oscila entre el 90% (hasta el cuarto año) y el 65% (en el séptimo y octavo año) y una tercera trayectoria, “disminuyendo a lo largo del tiempo y luego aumentando”, con el 13,17% restante y que varía de 80% durante el primer año a menos de 50% en el tercer año y aumenta hasta 90% durante el séptimo y octavo año de seguimiento. Los valores de la desviación estándar se agrupan a su vez en otras tres trayectorias: baja (agrupando el 22,59% de los valores), moderada (el 49,08%) y alta dispersión (28,32%). Comparando los resultados en salud con estas agrupaciones se encontró que la probabilidad de tener la carga viral indetectable era significativamente mayor al pasar de un promedio de adherencia menor a uno de mayor grado de adherencia y de una dispersión alta a una menor. Respecto al recuento de células CD4, cuanto mayor era el promedio de adherencia más rápida era la recuperación inmunológica y el aumento de CD4 fue menor al aumentar la desviación estándar de adherencia al TAR. En cuanto al impacto de la variabilidad en la adherencia al TAR en la mortalidad, un aumento del 10% en el promedio de adherencia indujo una disminución del 30% del riesgo relativo de muerte, y un aumento de una unidad en la desviación estándar produjo un aumento del 50% del riesgo relativo de muerte.

Conclusiones

Tanto el grado de adherencia del paciente al TAR, como su variabilidad a lo largo del tiempo tienen un impacto en la respuesta inmuno-virológica y la supervivencia de los pacientes VIH positivos, por lo que se deben incluir estos factores en el seguimiento del paciente. Es importante la educación e implicación del paciente para obtener un alto grado de adherencia al tratamiento y constante en el tiempo.

Financiación: The Projet IDOL.

Conflicto de Intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: olayideb@yahoo.fr

COMENTARIO

Como dijo el pintoresco Dr. C. Everett Koop: “*Drugs don’t work in patients who don’t take them*”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adherencia como: “El grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1). En el medio sanitario se prefiere el término adherencia al de cumplimiento, ya que este último sugiere un comportamiento pasivo del paciente con el tratamiento prescrito (2). La OMS en el informe sobre tratamientos a largo plazo (3), apunta unos mensajes fundamentales sobre adherencia, entre los que se incluyen que una adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud, con una importante repercusión en los resultados de salud y en costos sanitarios. La adherencia terapéutica está influenciada por muchos factores, por lo que se requieren intervenciones adaptadas a los pacientes, con un enfoque multidisciplinar.

En este trabajo se estudia el efecto de la adherencia en los resultados de salud en pacientes infectados de VIH, enfermedad infecciosa que desde la aparición de los tratamientos antirretrovirales de alta actividad ha pasado a considerarse una enfermedad crónica. No existe un método ideal de medir la adherencia, la forma de medir la adherencia en el estudio, sigue las recomendaciones de utilizar más de un método de medida y lo novedoso del artículo es la consideración de la adherencia como un proceso dinámico, midiendo no sólo el nivel medio de adherencia sino su variabilidad en el tiempo. El periodo de seguimiento del estudio es a largo plazo lo que le aporta una adecuada validez. Con una adherencia alta y mantenida en el tiempo se obtienen los resultados pretendidos, en este caso: carga viral del VIH indetectable y recuperación inmunológica. En este estudio se pone de manifiesto que la adherencia terapéutica es un proceso dinámico que debe seguirse, el personal sanitario debe poder evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada contacto. Concluir con un mensaje incluido en el informe de la OMS “Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”.

Hermínia Navarro Aznárez

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

(1) Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001.

(2) Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. N Engl J Med. 2005;353:487-97.

(3) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.

Sin baremo académico el maratón del médico especialista empieza con un "sprint"

Dávila-Quintana CD, López-Valcárcel BG, Barber P, Ortún V.

El baremo académico en el acceso a la formación médica especializada en España.

Fund Educ Med. 2015;18(3):219-24.

Contexto

Actualmente en España, el orden de elección en el proceso de adjudicación de plazas en formación médica especializada se establece según un *ranking* estructurado en función de una puntuación total: la suma de la obtenida en un ejercicio de preguntas de elección múltiple ('esfuerzo *sprint*') y del baremo académico ('esfuerzo de fondo').

Objetivo

Discutir los argumentos a favor y en contra de mantener el baremo académico en el proceso de adjudicación de plazas de médicos internos residentes (MIR).

Material y métodos

Se enlazó la base de datos de elecciones individuales de plazas de la convocatoria 2012-2013 con los datos de una encuesta *online* realizada a MIR durante su primer año de formación. Se analizaron 3.397 adjudicatarios (54% sobre el total). Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones medias del baremo y un *ranking* por universidades españolas y extranjeras. Para la valoración de la validez del baremo académico como indicador del 'esfuerzo de fondo' se diseñó un modelo multinivel y se estimó el efecto de la universidad de procedencia. Así mismo, se cuantificó el coste máximo de un cambio en la elección de la especialidad.

Resultados

La mayoría de las universidades con mejor nota media en el examen fueron españolas (9 de las 10 primeras), mientras que los mejores expedientes académicos se presentaron en las extranjeras (8 de las 10 primeras). Los candidatos que más frecuentemente mejoraron su posición gracias a la baremación académica procedían de universidades extranjeras (7 de las 10 primeras), sin embargo, 5 de ellas estaban entre las de peor resultado promedio en el examen. Se halló una correlación positiva entre la puntuación del examen y el baremo académico siendo ésta más alta en los candidatos procedentes de universidades españolas (0,57 vs 0,16 respectivamente). Según el modelo multinivel, el 47% de la variabilidad en el baremo académico se explica por la heterogeneidad entre universidades; sin embargo, la correlación intragrupo baja al 7% cuando solo se incluyen en el modelo las universidades españolas. La supresión del baremo supondría que el 62% de los candidatos subiera o bajara cien puestos como máximo y que el 53% mejorara su posición en el *ranking*, siendo los más jóvenes, de sexo masculino y de nacionalidad española los mayores beneficiarios. Finalmente, el impacto de la supresión del baremo en la elección final de la especialidad resultó marginal (afectaría a menos del 1% de los adjudicatarios) y los aspectos económicos fueron depreciables (coste máximo de 576 euros por cambio de elección).

Conclusiones

La supresión del baremo académico, válido para las universidades españolas pero menos para las extranjeras, tendría un impacto marginal en el orden de elección y asignación de plazas en formación médica especializada.

Financiación: Plan Nacional de I+D+i y Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: patricia.barber@ulpgc.es

COMENTARIO

En los últimos 15 años, el proceso selectivo para la adjudicación de la oferta de plazas MIR ha sufrido ciertas modificaciones secundarias que no han supuesto cambios sustanciales en los criterios de base que determinan el orden de elección, y que son la puntuación obtenida en el ejercicio de preguntas múltiples (90% sobre la puntuación total) y el baremo académico (10%).

La heterogeneidad del expediente académico entre los licenciados en Medicina, máxime cuando opositan candidatos procedentes de universidades extranjeras, junto con el bajo impacto en términos de cambios en la elección de la especialidad, avivan el debate en torno a la eliminación del baremo académico. A esto se añaden acontecimientos ocurridos recientemente, como errores masivos en la baremación de los candidatos (1) o el pronunciamiento del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina a favor de incluir la valoración de los méritos académicos solamente en caso de empate en el examen, sobre una escala de diez puntos y ponderada según la nota media de la promoción del egresado de su facultad (2).

Por otro lado, el Plan Bolonia, que fomenta un entorno de capacitación integral de la profesión médica (3), podría utilizarse como argumento en contra de la eliminación del baremo académico. De hecho, este último representa la única evaluación del "esfuerzo de fondo" y el único "incentivo formativo tangible" para los aspirantes a la formación médica especializada, que ya durante los últimos años de carrera emprenden una formación paralela en academias privadas para la preparación anticipada de la prueba selectiva. Por tanto, su eliminación podría alimentar este fenómeno y empeorar los resultados de la formación reglada. Además, la variabilidad respecto al entrenamiento en exámenes tipo test y las barreras idiomáticas, deberían tenerse en cuenta para explicar las diferencias halladas en la correlación puntuación examen-baremo académico entre opositores españoles y extranjeros.

Si bien, según este estudio la eliminación del baremo académico tendría un bajo impacto en el orden de elección de las plazas MIR, sí podría suponer cambios en la motivación/actitud de los estudiantes de medicina. Por otro lado, se advierte que el mantenimiento del baremo académico exige abordar la heterogeneidad en la valoración académica entre universidades, especialmente en universidades extranjeras. Asimismo, deberían plantearse nuevas fórmulas de evaluación de dimensiones no académicas que ayudaran a predecir el rendimiento de los futuros especialistas.

Nicola Lorusso

Consejería de Sanidad, Junta Castilla y León.

(1) Sevillano EG. Un error masivo obliga a revisar de oficio los expedientes de los exámenes del MIR. Diario médico. Sábado 12 de enero de 2013 [consultado en septiembre 2015]. URL: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/11/actualidad/1357925265_305805.html

(2) Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. Educ Med. 2010;13:127-135.

(3) Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). Libro de posicionamiento JEEM UVA [Internet]; Madrid: CEEM; abr 2015 [consultado en septiembre 2015]. URL: <http://www.ceem.org.es/posicionamientos-ceem/>

La radioterapia mejora la supervivencia en cáncer de pulmón de mal pronóstico

Slotman BJ, van Tinteren H, Praag JO, Kneegjens JL, El Sharouni SY, Hatton M, et al.

Use of thoracic radiotherapy for extensive stage small-cell lung cancer: a phase 3 randomised controlled trial. Lancet. 2015;385(9962):36-42.

Introducción y objetivo

Analizar si la radioterapia torácica mejora la supervivencia global en pacientes con carcinoma de pulmón "células pequeñas" enfermedad extendida (SCLC-EE), que han respondido a la quimioterapia.

Diseño del estudio

Ensayo aleatorizado, multicéntrico, en pacientes con (SCLC-EE) con aceptable estado general y que han respondido a la quimioterapia. Son aleatorizados 1:1 a recibir radioterapia torácica o no. La variable principal de resultado fue la supervivencia global a 1 año. También se estudió la supervivencia global 2 años.

Resultados

La edad media fue de 63 años, 55% fueron varones, los dos grupos de pacientes aleatorizados están bien equilibrados, 7 pacientes del grupo de radioterapia no acabaron el tratamiento. Las toxicidades del tratamiento graves ocurrieron por igual en ambos gru-

pos. La supervivencia global a un año fue del 33% en el grupo de radioterapia frente al 28% del grupo control ($p=0,066$); a los dos años la supervivencia global a un año fue del 13% en el grupo de radioterapia frente al 3% del grupo control ($p=0,004$). El análisis de subgrupos no mostró diferencias significativas en supervivencia.

Conclusiones

La radioterapia torácica en pacientes con (SCLC-EE) y que obtengan respuesta al tratamiento con quimioterapia, es segura, aumenta la supervivencia a dos años, y debe considerarse su incorporación a la práctica clínica.

Financiación: Dutch Cancer Society (CKTO), Dutch Lung Cancer Research Group, Cancer Research UK, Manchester Academic Health Science Centre Trials Coordination Unit, y UK National Cancer Research Network.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: bj.slotman@vumc.nl

COMENTARIO

El cáncer microcítico de pulmón es una neoplasia caracterizada por enfermedad torácica voluminosa en su presentación, elevada capacidad metastásica, alta radio y quimiosensibilidad y mal pronóstico.

Los pacientes con enfermedad extensa presentan una media de supervivencia de 7-11 meses y la inmensa mayoría de los mismos (90%) tienen progresión intratorácica dentro del primer año tras el diagnóstico.

La indicación de radioterapia torácica en SCLC-EE estaba clásicamente limitada al control paliativo de síntomas y excepcionalmente se aplicaba con intención radical a pacientes con buen estado general, baja carga metastásica y excelente respuesta a la quimioterapia.

Este trabajo confirma que, incluso en presencia de enfermedad diseminada, la radioterapia sobre regiones con elevada carga tumoral es efectiva y segura, solventando parcialmente las deficiencias de la quimioterapia sistémica. La adición de radioterapia torácica en pacientes con (SCLC-EE) que responden a la quimioterapia determina una disminución significativa de la recurrencia intratorácica e, independientemente de la ausencia de beneficio estadísticamente significativo sobre la supervivencia general a 1 año, impacta positivamente sobre la supervivencia libre de progresión a los 6 meses y la supervivencia general a 2 años.

Es preciso realizar estudios que analicen en nuestro medio su eficacia para confirmar que los hallazgos de los ensayos clínicos son reproducibles y exportables a otros sistemas sanitarios. Sería también necesario y muy interesante hacer un análisis de costes de este tipo de atención considerando que la radioterapia es altamente eficiente si la comparamos con otros procedimientos médicos muy asumidos en ese entorno (1). Futuros estudios deben investigar la utilización de técnicas modernas de radioterapia torácica, escalada de dosis, calidad de vida e identificación de factores predictivos de beneficio del tratamiento (biomarcadores, carga y localización metastásica).

En conclusión, este estudio aporta buenas noticias para pacientes con SCLC-EE y supone un avance en el manejo de esta enfermedad que afecta a la calidad de vida y supervivencia de estos pacientes.

José Antonio Medina

Director Médico Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

(1) Rosenblatt E, Izewska J, Anacak Y, Pynda Y, Scalliet P, Boniol M, et al. Radiotherapy capacity in European countries: an analysis of the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) database. *Lancet Oncol.* 2013 Feb;14(2):e79-86. doi:10.1016/S1473-2045(12)70556-9. Epub 2013 Jan 24.

Tratamiento invasivo del ictus isquémico: más oportunidades de recuperación funcional

Berkhemer OA, Franssen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al.

A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015;372(1):11-20.

Contexto y objetivo

En un tercio de ictus isquémicos se produce oclusión proximal de la circulación anterior. En estos procesos la eficacia de los fármacos fibrinolíticos (alteplase) es de un 30%, con un pronóstico neurológico pobre. El tratamiento intra-arterial puede ser una alternativa de alto impacto en esta patología. Se pretende dilucidar si la terapia intravascular en el ictus isquémico, asociada al tratamiento convencional, disminuye las secuelas neurológicas respecto a éste.

Diseño

Ensayo clínico pragmático en 16 centros holandeses, aleatorizado (bloques estratificados), con grupo control, y cegado tanto para los radiólogos, como para los evaluadores del efecto. Se eligieron pacientes con ictus por oclusión proximal de la circulación anterior. El grupo intervención recibía, en menos de seis horas tras el inicio del proceso y prueba de imagen, tratamiento endovascular mecánico junto con terapia habitual, que podía incluir alteplase. El grupo control recibía sólo tratamiento convencional incluyendo alteplase. El tiempo medio alteplase-revascularización fue de 84 minutos. Ambos grupos fueron homogéneos y analizados por intención de tratar.

Se evaluó el efecto de ambas estrategias en la puntuación de escala de Rankin para secuelas neurológicas (0 asintomático, 6 muerte) a 90 días

mediante regresión logística ordinal. Se especificaron previamente subgrupos de análisis: edad, escala de ictus NIHSS y escala ASPECTS de extensión radiológica.

Resultados

Se asignaron 233 pacientes al grupo de intervención y 267 al control. 445 pacientes recibieron alteplase. Un 81,5% del grupo de intervención recibieron stents removibles. El grupo de intervención mostró un OR ajustado de 1,67 (IC 95% 1,21 a 2,30) en la mejora de todos los segmentos de la escala Rankin, y una diferencia favorable de 13,5 puntos porcentuales (IC 95% 5,9 a 21,2) en el segmento 0 a 2 de la escala (buen pronóstico funcional). No hubo diferencias en la mortalidad o en la aparición de hemorragias intracraneales. No se apreciaron diferencias en el análisis por subgrupos.

Conclusión

En pacientes con ictus secundarios a oclusión proximal de circulación anterior la adición al tratamiento habitual de terapia endovascular en las primeras seis horas mejora su recuperación funcional sin aumentar las complicaciones hemorrágicas.

Financiación: Dutch Heart Foundation; Covidien; Medac/Lamepro; Penumbra. Los dispositivos vasculares fueron pagados por el SNS Holandés.

Correspondencia: d.dippel@erasmusmc.nl

COMENTARIO

El tratamiento del ictus se basa fundamentalmente en la reperusión mediante la administración de fibrinolítico (alteplase) ocupando la terapia intravascular un papel secundario. Esta estrategia se sustenta en revisiones (1) y en estudios sin diferencias entre terapia fibrinolítica y endovascular (2). Aparte de las dificultades logísticas y presupuestarias de articular un dispositivo hospitalario que permita de manera continuada la terapia intra-arterial.

Este ensayo aporta, con respecto a artículos previos, un mayor tiempo desde el fibrinolítico hasta la revascularización, y la necesidad de confirmación de oclusión mediante imagen. Estos factores de diseño seleccionan a una población de más alto riesgo de fracaso farmacológico, con mayor beneficio de la técnica. Además, a nivel instrumental, el uso de stents removibles puede contribuir a mejorar los resultados.

Pero la diferencia fundamental es el carácter pragmático del ensayo, que ha reclutado un número de enfermos en condiciones reales muy superior a los ensayos previos. Los pacientes seleccionados en este ensayo tenían un peor pronóstico a priori porque incluían pacientes con contraindicaciones al alteplase por tiempo y mayor edad. Esta mayor validez externa resalta más el efecto de la terapia invasiva. Estudios recientes, de similar diseño (3, 4) y mismos efectos, indican que esta es probablemente la alternativa terapéutica correcta. Entre las limitaciones del estudio quizás la mayor es que la pretendida seguridad del procedimiento no es tan evidente. Se contabilizaron un 9% de nuevos ictus en el brazo de intervención (los autores no especifican resultados).

La relevancia para gestores y proveedores sanitarios de estos estudios es doble. En primer lugar, que la instrumentación en esta patología permite aumentar la ventana terapéutica a seis horas, mejorando las oportunidades de recuperación funcional del paciente, con ahorro en tratamiento de secuelas. En segundo lugar, la necesidad de disponer de centros de refe-

rencia con personal entrenado en técnicas instrumentales que permita el manejo de enfermos con fracasos de la fibrinólisis asegurando una mayor recuperación.

Es necesario estudiar detenidamente el coste/utilidad de esta tecnología, especialmente en algunos subgrupos, antes de extender, en lo económico y en lo logístico, esta estrategia. En este aspecto será esencial la sinergia entre gestión macro, meso y micro, para proveer centros dotados de los recursos de imagen y endovasculares necesarios. Esta tarea conducirá a establecer un sistema razonable de regionalización de cuidados para el ictus. En ciudades como Madrid se han habilitado guardias de Servicios de Neuroradiología semanales, proporcionando a los enfermos todos los cuidados de una manera integrada. El futuro, posiblemente, como en la coronariopatía, sea invasivo y hay que estudiar cómo se implementa y se sostiene.

Vicente Gómez Tello

Unidad de Cuidados Intensivos,
Hospital Moncloa, Madrid.

(1) Mullen MT1, Pisapia JM, Tilwa S, Messé SR, Stein SC. Systematic review of outcome after ischemic stroke due to anterior circulation occlusion treated with intravenous, intra-arterial, or combined intravenous+intra-arterial thrombolysis. *Stroke.* 2012 Sep;43(9):2350-5.

(2) Broderick JP1, Palesch YY, Demchuk AM, Yeatts SD, Khatri P, Hill MD, Jauch N, et al. Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke. *N Engl J Med.* 2013 Mar 7;368(10):893-903.

(3) Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2015 Mar 12;372(11):1019-30.

(4) Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med.* 2015 Mar 12;372(11):1009-18.

Efectividad (y Coste-Efectividad) de las consultas de enfermería en atención primaria y especializada: complementarias y alternativas a las consultas médicas

Martín-Misener R, Harbman P, Donald F, et al.

Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5:e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.

Objetivos

Los enfermeros han desarrollado actividades ambulatorias tradicionalmente realizadas por médicos con resultados equiparables (1) (2). El objetivo es evaluar el coste-efectividad del trabajo enfermero, alternativo y complementario al realizado por los médicos, en atención primaria y especializada.

Diseño

Revisión sistemática de gran amplitud incluyendo todos aquellos ensayos publicados y no publicados, en cualquier idioma, desde 1980 hasta 2013 en los que se evalúa el papel de los enfermeros en la asistencia clínica en actividades ambulatorias. Sólo se incluyeron trabajos en los que el trabajo enfermero pudo ser evaluado de forma independiente. Se detalló el riesgo de sesgos, el rigor del análisis económico y la calidad de la evidencia. A efectos del análisis los estudios se separaron en tres grupos: actividad alternativa a la atención médica en atención primaria, en atención especializada y actividad complementaria a la atención médica en atención especializada.

Resultados

Se revisaron 4.397 trabajos de los que finalmente fueron incluidos once ensayos clínicos realizados en Holanda, Gran Bretaña y Estados Unidos. En el grupo de actividad enfermera alternativa a la actividad médica en atención primaria se incluyeron cuatro estudios. El cuidado médico o enfermero mostró resultados equivalentes en cuanto al número de pacientes remitidos a especialistas, prescripciones, hospitalizaciones o asistencias en urgencias con un coste por consulta significativamente menor en el grupo atendido por los enfermeros.

En el grupo de actividad enfermera alternativa a la actividad médica en atención especializada se incluyeron dos estudios. En uno de ellos la

atención enfermera fue equivalente a la proporcionada a niños con eccema por dermatólogos y con menores costes. En otro estudio se analizaron los resultados de la realización de colonoscopias por parte de los enfermeros. La tasa de detección de lesiones relevantes fue significativamente mayor en el grupo atendido por enfermeros. No hubo diferencias en términos de dolor, intubación cecal, complicaciones inmediatas, duración del procedimiento u hospitalizaciones por complicaciones.

En el grupo de actividad enfermera complementaria a la actividad médica en atención especializada fueron incluidos cinco estudios. Los mejores resultados, o al menos equivalentes, se evidenciaron en los grupos tratados por médicos y enfermeros. En este grupo fueron descritas reducciones significativas en la hemoglobina glicosilada y en la ingesta grasa así como aumentos de la actividad física, adhesión a los tratamientos y satisfacción con la atención recibida.

Conclusiones

La actividad sanitaria alternativa realizada por enfermeros en atención primaria presenta una efectividad equivalente o superior a la realizada por médicos y resulta coste-efectiva. Existe una evidencia prometedora de que el trabajo enfermero ambulatorio alternativo al trabajo médico en atención especializada también sea coste-efectivo aunque esta afirmación está limitada por los escasos estudios. Alguna evidencia indica que el trabajo enfermero complementario al trabajo médico en atención especializada mejora los resultados en salud aunque evaluar su eventual coste-efectividad requiere más estudios.

Financiación: Ministerio de Sanidad de Ontario (Canadá).

Conflictos de Interés: Declarados pero irrelevantes.

Correspondencia: ruth.martin-misener@dal.ca

COMENTARIO

Este exhaustivo trabajo pone de manifiesto la adecuada calidad del trabajo enfermero en base a criterios de efectividad, satisfacción, resultados en salud y costes en el ámbito de la atención primaria y especializada complementando e incluso sustituyendo el trabajo tradicionalmente realizado por médicos. ¿Seremos capaces, para variar, de avanzar honestamente, sin miedo y sin prejuicios por este nuevo espacio? Quizás no tan nuevo. Ciertamente comienza a acumularse evidencia del trabajo enfermero en los últimos años, sin embargo, disponemos de meta-análisis que lo analizan y lo comparan con el realizado por los médicos, al menos, desde 1995 (1) (2). Los límites de actuación de los diferentes profesionales de la salud vienen establecidos por una línea difusa y las nuevas disposiciones legales con respecto a la prescripción enfermera la cruzan definitivamente. No existen criterios actualizados y consensuados que indiquen las tareas que los enfermeros deben realizar y depende, en muchos casos, de su actitud, la demanda local de servicios sanitarios y el propio autoaprendizaje. Por otro lado, y a pesar de las excepciones, el nuevo modelo organizativo de Gestión Clínica que pretende romper con la rígida jerarquía "vertical" se muestra aún inmaduro como para promocionar la figura de un enfermero como Director de las Unidades Clínicas, al menos no a nivel de la atención especializada. En este sentido parece que la competencia, idoneidad y aptitudes, y no la formación académica, es mucho pedir en nuestro contexto sanitario. Lo cierto es que en las Unidades Clínicas de nuestro entorno (3) asistimos

a una incorporación real y progresiva de estos profesionales a actividades nuevas (consultas de enfermería especializadas en el manejo de pacientes con insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, procedimientos reumatológicos...) con resultados muy relevantes en muchos aspectos. Resulta de gran importancia unificar criterios y seleccionar ámbitos de actuación para su incorporación estructurada, ordenada y consensuada a la actividad asistencial clásicamente realizada por médicos. Esta nueva estrategia sería, sin duda, positiva para los pacientes y enfermeros pero también para los proveedores sanitarios y médicos cuya implicación en otras tareas aumentaría la efectividad y eficiencia de sus actuaciones y, por tanto, la calidad de la asistencia sanitaria.

Jesús López-Cepero Andrada

Médico Especialista en Aparato Digestivo.

Director de la UGC de Enfermedades Digestivas, Hospital de Jerez.

(1) Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res*. 1995 Nov-Dec;44(6):332-9.

(2) Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 Apr 6; 324(7341):819-23. Review.

(3) Carbonell Jordá A, Mínguez Veja M, Panadero Tendero G, Bernabeu González P. Clinical role for the professional nurse in rheumatology. *Reumatol Clin*. 2008 Dec; 4(6):228-31. doi:10.1016/S1699-258X(08)75543-8. Epub 2009 Jan 4.

No hay de qué preocuparse. Todo tiene su explicación

Sanfélix-Gimeno G, Hurtado I, Sanfélix-Genovés J, Baixauli-Pérez C, Rodríguez-Bernal CL, Peiró S.

Overuse and Underuse of Antiosteoporotic Treatments According to Highly Influential Osteoporosis Guidelines: A Population-Based Cross-Sectional Study in Spain. PLoS One. 2015;10(8):e0135475.

Resumen

Estudio realizado en 2006-2007 con 824 mujeres de ≥ 50 años en Valencia. El 21% recibía tratamiento para la osteoporosis, pero el medicamento concreto variaba mucho dependiendo del especialista que hizo la prescripción inicial. El porcentaje de mujeres que debería ser tratada también difiere según la guía de práctica clínica (GPC) se haya hecho en el Reino Unido, Estados Unidos de América o España; en España, las GPC elaboradas por las sociedades científicas de reumatología y traumatología recomiendan tratar a más mujeres que las realizadas por las sociedades

científicas de medicina de familia. Del 42 al 78% (dependiendo de la GPC) de las mujeres en Valencia recibía tratamiento sin deber, y del 7 al 41% (también según la GPC) no lo recibía a pesar de poder beneficiarse de él. Parece urgente reducir el uso excesivo de tratamientos sin dejar de tratar a las mujeres que lo necesitan.

Financiación: Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana; Sanofi-Aventis.

Conflictos de interés: Honorarios de diferentes laboratorios por ponencias o conferencias.

Correspondencia: sanfelix_gab@gva.es

COMENTARIO

El artículo está muy bien escrito, los métodos son rigurosos, y sus resultados tienen gran relevancia práctica para las pacientes. Por ello, propuse a mi madre y a mi tía que leyeran el resumen; a continuación transcribo sus comentarios.

–Madre (89 años): ¡Esto es un desbarajuste!

–Tía (87 años): No hay de qué preocuparse. Seguro que tiene una buena explicación.

–Madre: Para empezar, si vives en EEUU las guías dicen que hay que tratar a distintas mujeres que si vives aquí. ¿Tan diferentes son los huesos de unas y otras?

–Tía: No, lo que cambia son los médicos que hacen las guías, y que aquí tenemos seguridad social y allí no.

–Madre: Pues a ver si se ponen de acuerdo.

–Tía: Sí, seguro que sí, porque en el artículo dicen que es urgente y los datos son de 2006.

–Madre: Pues acaban de publicarlo y no dicen que se haya hecho nada al respecto. En fin, cuando vaya a pasar unos meses con mi hija Cristina en EEUU no sabré qué he de hacer, e incluso me podrán cambiar la medicación.

–Tía: Bueno, no hay que irse tan lejos. Aquí, según qué especialista te trate, te dará una cosa u otra. Es lógico, porque seguro que las pacientes que ve el ginecólogo son distintas que las del traumatólogo. Ya se sabe que no hay enfermedades sino enfermos.

–Madre: Bueno, pues a mí la espalda me duele un montón a pesar de la medicación. Le pregunto a Fernando cuál es el médico de los huesos (reumatólogo, traumatólogo, geriatra, internista, médico general...), y me dice que vaya al general o al que quiera..., que da igual. ¡Como para hacerle caso!

–Tía: Él se refiere a que cualquier buen médico te puede tratar el dolor. Y que quién lo trate, debe conocer y tratar tus otros problemas de salud, y seguirte a lo largo del tiempo. Por otro lado, en el artículo se habla de la osteoporosis y no del dolor. Están relacionados, pero no es lo mismo.

–Madre: Pues este chico no ha reparado que en la mayoría de los casos no es el médico general quién pone el tratamiento, sino otros médicos. ¿Para qué me envía el médico general?

–Tía: Él te aconseja bien. Al menos hay uno que se ocupa de todos tus problemas; no como antes, que cada especialista se ocupaba de una cosa pero nadie se ocupaba de ti.

–Madre: En el artículo dicen que hay un montón de pacientes a las que se trata sin estar indicado. ¡Y luego dicen que no hay suficiente dinero para la Sanidad y encima me restringen los medicamentos!

–Tía: A ti no te falta de nada. Además, las cosas no son blancas o negras. Los autores dicen que han utilizado unos criterios razonables para interpretar las recomendaciones de las guías (porque a veces no eran claras), pero que si hubieran usado otros criterios los resultados podrían ser distintos.

–Madre: Pues entonces las conclusiones pueden ser exageradas. Además, quizás los investigadores son como mi hijo, un médico que no trata a pacientes... Seguro que no han tenido en cuenta todas las características de cada paciente concreto.

–Tía: Según Fernando, es un estudio con información muy detallada. Por otro lado, he oído en la radio que esto se resolverá con la “medicina personalizada”, porque a cada paciente le darán la medicina que mejor le vaya. Pero me temo que ya será tarde para nosotras.

–Madre: ¿Sabes qué creo? Que los autores pueden haber seleccionado los criterios a posta para que los resultados salgan muy escandalosos. ¡Cómo es posible que los médicos estén dando medicamentos a gente que no los necesita! Y además, ¡que haya personas que los necesitan, porque ya han tenido fracturas, y no se los den! ¡No puede ser! ¡O el artículo está mal o no hay derecho a que pase esto!

–Tía: Confía en la ciencia, que gracias a ella cada día vivimos más.

–Madre: ¡Te he dicho que no puede ser!

–Tía: ¡Qué más te da! Fernando me ha dicho que en el artículo solo hay 70 mujeres de 75 y más años; estoy casi segura que no hay ninguna tan vieja como nosotras. Además, hace poco que me dijiste que estabas aburrida de tomar el medicamento de la osteoporosis y que lo ibas a dejar porque no notabas ningún efecto.

–Madre: El otro día dijeron que las salchichas producen cáncer y, hoy, leo que la medicina es un disparate. ¡Yo ya no me creo nada!

–Tía: Que yo sepa este artículo no ha salido en los periódicos.

–Madre: ¡Menos mal!

Transcriptor: Fernando Rodríguez-Artalejo

Universidad Autónoma de Madrid y CIBERESP.

Nota del transcriptor: Si los pacientes supieran... Ya que los gestores acabarán siendo pacientes, les aconsejo que lean el artículo para tener opinión propia, y no la de mi madre y mi tía.

Uso de metodología cualitativa en la validación del Indicador de Seguridad del Paciente PSI

Shin MH, Sullivan JL, Rosen AK, Solomon JL, Dunn EJ, Shimada SL, Hayes J, Rivard PE.

Examining the Validity of AHRQ's Patient Safety Indicators (PSIs): Is Variation in PSI Composite Score Related to Hospital Organizational Factors? *Medical Care Research and Review* 2014, Vol. 71(6):599-618.

Objetivo

Estudiar en qué medida la variación en las puntuaciones del Patient Safety Indicator (PSI) se relaciona con diferencias en la organización, estructura o proceso de los hospitales.

Método

El estudio se enmarca en un proyecto más amplio para examinar la validez del PSI en los Hospitales de la Veterans Health Administration (VHA). Empleando metodología cualitativa –entrevistas semiestructuradas y grupos focales– en seis hospitales de la VHA se seleccionó una muestra de 28 hospitales con alto volumen asistencial que se ordenaron en función de su resultado en el PSI. Se escogieron tres hospitales del grupo con mejor puntuación y otros tres del grupo de peor puntuación.

Se realizaron entrevistas individuales a profesionales involucrados directamente en la seguridad del paciente (SP), Jefes de Servicio o profesionales con especial interés en la SP. Los grupos focales se hicieron con profesionales de perfil asistencial y que atendían a poblaciones comparables. La entrevista consistía en 18 preguntas semiestructuradas en relación a 11 campos sobre seguridad del paciente (SP): tecnología, liderazgo, coordinación y comunicación en el trabajo, plantilla, competencias profesionales, equipo y suministros, cultura de seguridad, codificación, monitorización en SP, mejora en SP y diseño ambiental. Tras la codificación de los verbatim en los 11 campos propuestos, dos investigadores los clasificaban como favorables, desfavorables, mixtos o insuficientes en relación a la SP. Posteriormente cada pareja de investigadores, con todos los verbatim de cada centro, acordaban clasificar del mismo modo los 11 campos a nivel de cada hospital. Por último, se compararon los resultados del análisis cualitativo con los resultados del PSI de cada Hospital.

Resultados

El liderazgo y la coordinación y la comunicación en el trabajo, fueron los dos únicos campos en los que se encontró una concordancia entre los resultados cualitativos y la puntuación en el PSI. Los hospitales con mejor puntuación en PSI estuvieron calificados como favorables de forma mayoritaria en dichos campos. En los hospitales con peor PSI la dirección manifestaba otras prioridades sobre la asistencia o los recursos, y su plantilla percibía que la SP era una elección del VHA y no de los pacientes o la plantilla. Aunque todos los hospitales calificaban de efectivas los encuentros interdisciplinarios, los centros con altos PSI tenían más protocolos y políticas de SP estandarizadas y una mejor calidad en las interacciones entre los profesionales.

Conclusión

Las variaciones en el PSI entre hospitales pueden estar relacionadas con diferencias en el liderazgo y en la coordinación y comunicación en el trabajo.

Financiación: Department of Veterans Affairs.

Correspondencia: marlena.shin@va.gov

COMENTARIO

Aunque el PSI elaborado por la AHRQ's de EEUU fue originalmente creado para la detección de casos y la mejora de la calidad en seguridad del paciente, es empleado cada vez más, para medir el desempeño de las Instituciones de Salud norteamericanas, por lo que validar de la mejor manera posible dicho Indicador es un aspecto crucial.

Los dos campos que mostraron concordancia entre los resultados cualitativos y los valores del PSI son aquellos en los que las relaciones interpersonales tienen más influencia. Este hallazgo corrobora la idea que la calidad de las relaciones personales en una organización compleja como la sanitaria es clave para el desempeño de la SP (1). La influencia de las prácticas de liderazgo en los resultados en seguridad del paciente es un aspecto que se ha demostrado en otros estudios previos (2, 3). Del mismo modo, existe evidencia de que una buena coordinación y comunicación en el trabajo favorecen buenos resultados en SP, de hecho, el 55% de los eventos centinela reportados por los hospitales a la Joint Commission estuvieron relacionados por errores en la comunicación (4).

Existen distintas hipótesis que pueden explicar la ausencia de concordancia en 9 de los 11 campos estudiados y el valor de PSI de cada hospital: El PSI es un indicador compuesto que promedia resultados y los resultados de especialidades no quirúrgicas no se encuentran representados. También limitaciones de la propia metodología, como que el guión de las entrevistas tuvo que ser pactado con cada Institución lo que resta especificidad para encontrar diferencias o el probable sesgo en los discursos de deseabilidad social.

Se trata de un estudio novedoso que emplea la metodología cualitativa para la validación de un Indicador de Seguridad del Paciente dentro de un sistema como el VHA. El estudio muestra cómo la metodología cualitativa puede emplearse no sólo en los momentos preliminares de la creación de un Indicador si no también para comprobar su validez y mejorar su desarrollo (5), permitiendo ampliar el foco del análisis y añadir nuevos aspectos que con otras aproximaciones no se podrían conocer. El empleo de esta metodología puede ayudar a mejorar herramientas cuantitativas empleadas frecuentemente en la Gestión Clínica de los centros sanitarios.

Jesús M. Aranaz Andrés

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

(1) Carmeli A, Gitteli J. High-quality relationships, psychological safety, and learning from failures in work organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 2009;30:709-729.

(2) Curry LA, Spatz E, Cherlin, E, Thompson, JW, Berg, D, Ting H. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? *Annals of Internal Medicine*, 2011;154:384-392.

(3) Ginsburg, LR, Chuang, YT, Berta, WB, Norton, PG, Ng, P, Tregunno, D, Richardson, J. The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events. *Health Services Research* 2010;45:607-632.

(4) The Joint Commission (2015). Sentinel event data: Root causes by event type: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_by_Event_Type_2004-2Q_2014.pdf

(5) Izquierdo-Botica, F, Ruiz-López, D, Guerra-Rodríguez, M, García-Baquero, MT, Blasco-Amaro, JA. Metodología cualitativa para la validación de un cuestionario de recursos y servicios en cuidados paliativos. *Psicooncología*. Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 129-139. DOI:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44922.

Una experiencia de implantación de las recomendaciones de “no hacer” del NICE en España

Martín S, Miñarro R, Cano P, Aranda JM.

Resultados de la aplicabilidad de las “do not do recommendations” del National Institute for Health and Care Excellence en un hospital de alta complejidad. *Rev Calid Asist.* 2015;30(3):117-28.

Objetivo

En un entorno de crisis económica, es necesario adoptar recomendaciones sobre el uso de recursos en servicios sanitarios. El objetivo del artículo es conocer el grado de acuerdo o discrepancia de los clínicos con las recomendaciones de No Hacer del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), y proponer estrategias para su implantación de una forma sencilla en el entorno sanitario de los evaluadores.

Material y métodos

Se evaluaron las 799 recomendaciones de no hacer en la práctica clínica disponibles en la base de datos del NICE en julio de 2012. El peso del estudio recae sobre el Servicio de Calidad y Documentación Clínica del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

En primer lugar, clasificó las recomendaciones por áreas de conocimiento y las distribuyó con un cuestionario de valoración, para conocer grado de acuerdo, de aplicabilidad, de efectividad, de eficiencia y nivel de utilidad. Posteriormente, participó en la evaluación del grado de cumplimiento de aquellas estrategias implementadas en los servicios clínicos. Las recomendaciones implantadas fueron las consideradas muy efectivas y/o eficientes y se incorporaron en el Acuerdo de Gestión Clínica firmado por cada Servicio con el Hospital. En el año 2015 se han adoptado en el Servicio Andaluz de Salud al completo.

Resultados

Cabe destacar la aceptación de la iniciativa por la mayoría de Jefes de Servicio contestando al cuestionario el 90%. Otros datos relevantes son: El 52% de las recomendaciones ya se estaban aplicando. Más de un tercio de las recomendaciones valoradas obtuvieron la máxima valoración de eficiencia y/o efectividad. El 64% de los Servicios consideró útiles todas las recomendaciones del NICE valoradas. El mayor desacuerdo clínico se atribuye a estar la recomendación desactualizada o no ajustarse a la evidencia actual, que afecta a un 11% del total, principalmente en el área de Oncología.

Conclusión

La eliminación de prácticas no recomendadas evita morbilidad derivada de su realización. Se observa un cierto porcentaje de desacuerdo con las recomendaciones valoradas, sobre todo en patologías como el cáncer. Es importante que exista concordancia entre la definición de la recomendación y las evidencias científicas que apoyen su aplicación.

No se han evaluado resultados sobre el cumplimiento de las recomendaciones acordadas, pero es destacable el modo de implantación seguido, valoración inicial por los profesionales e inclusión en Acuerdos de Gestión.

Financiación: Ninguna.

Correspondencia: santiago.martin.acera.sspa@juntadeandalucia.es

COMENTARIO

En un mundo en que los recursos son escasos estamos obligados a establecer prioridades. Existen varias iniciativas, orientadas a apartar de la práctica clínica incertidumbre, variabilidad en la práctica médica, uso de tecnología y recursos innecesarios por no aportar mejoras en salud o, incluso, que pueden empeorar el estado de salud. No se debe perder de vista el criterio de “Más no siempre es mejor” a la hora de obtener resultados en salud.

Es incuestionable el papel del NICE como referente internacional, como se ha presentado, en un estudio realizado por Office of Health Economics, en las XXXV Jornadas de Economía de la Salud, que detalla la influencia de las decisiones del NICE en las medidas adoptadas por otros países (1). Aun así, no es sencillo aplicar las recomendaciones del NICE, ni su traslado literal a entornos clínicos y socioculturales distintos (2).

En España hay un interés creciente por aplicar criterios objetivos en la utilización, o no, de tecnologías y tratamientos en la práctica clínica diaria. Por un lado, las Agencias de Evaluación de Tecnologías, trabajando en esta línea y a la espera de que sus proyectos tengan una mayor utilidad y mejoren su impacto sobre las autoridades regulatorias (3). Y por otro lado, una aproximación al concepto que transmite este artículo. La selección por parte de los profesionales de las Recomendaciones de No hacer, avaladas por las Sociedades Científicas y por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que puso en marcha el proyec-

to “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” (4), iniciado en 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Podemos afirmar que los primeros pasos están dados, aunque faltan estrategias de implementación, contamos con recomendaciones, sin carácter regulatorio, que nos indican qué medidas debemos adoptar.

La propuesta de este artículo, de incentivación de la buena práctica clínica, para incorporar estrategias parece sensata y extendible, incluyendo las recomendaciones en los Acuerdos de Gestión con los Hospitales y en las líneas de acción del propio Servicio de Salud.

María Carmen Lorenzo Lozano

Jefe Servicio Bioquímica Clínica,
Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

(1) El NICE determina decisiones negativas en otros países. Disponible en: http://www.elglobal.net/noticias-medicamento/2015-08-28/politica-sanitaria/el-nice-determina-decisiones-negativas-en-otros-paises/pagina.aspx?idart=928291&utm_source=mail&utm_medium=newsletter&utm_campaign=elglobal

(2) Mansoor J, Jowett A, Coulthard P. NICE or not so NICE. *BDJ* 2013;215:2109-12.

(3) Rivera López-Tello, AJ, García López, JL, del Llano Señaris, JE. La Evaluación de las Tecnologías Sanitarias en cinco países europeos: aprendiendo unos de otros. Madrid:Fundación Gaspar Casal;2013.

(4) Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm

A vueltas con la eficiencia del cribado de cáncer de pulmón: se mantiene la incertidumbre sobre su coste-efectividad

Black WC, Gareen IF, Soneji SS, et al.

For the National Lung Screening Trial Research Team. Cost-effectiveness of CT Screening in the National Lung Screening Trial. N Engl J Med. 2014;371:1793-1802.

El *National Lung Screening Trial* (NLST) mostró que el cribado con Tomografía Computarizada Helicoidal en Dosis Bajas (TCHDB) de tórax en pacientes con alto riesgo de cáncer de pulmón se asoció a una reducción del 20% en la mortalidad del cáncer de pulmón. El objetivo principal de este informe es evaluar el coste-efectividad de la detección en TCHDB como se realizó en el NLST. Se realizó un análisis coste-efectividad y coste-utilidad que comparó las tres estrategias siguientes: cribado con TCHDB, cribado con radiografía y sin programa de cribado. Para las dos estrategias de cribado, el coste y los resultados de salud se basan directamente en los datos del ensayo. Para la estrategia de no cribado, se asumió que los resultados de salud serían los mismos que los del grupo de la radiografía y que los costes igualarían los de la radiografía menos los costes del cribado y la detección de los falsos positivos. Los resultados se midieron en años de vida y en años de vida ajustados por calidad (AVAC). Los costes se midieron en US\$ del año 2009. El análisis se llevó a cabo

bajo la perspectiva social, y se calculó para los horizontes temporales de la duración del ensayo y de la vida de los pacientes. Los costes y los resultados fueron descontados a un 3%. Se realizó un análisis de sensibilidad determinístico. El RCEI correspondiente a la comparación del cribado con TCHDB con el no cribado fue de \$52.000 por año de vida ganado (IC del 95%: 34.000 a 106.000) y \$81.000 por AVAC ganado (IC del 95%: 52.000-186.000). Se estimó que el RCEI para el programa de cribado de cáncer de pulmón utilizando la TCHDB estaba por debajo de \$100.000 por AVAC ganado, que es el valor considerado como umbral coste-efectividad. La afirmación de si el programa de cribado es coste-efectivo o no fuera del ensayo clínico dependerá de cómo el programa de cribado se implementa.

Conflicto de interés. Declaran que ninguno relevante.

Correspondencia: william.c.black@hitchcock.org

COMENTARIO

El *National Lung Screening Trial* (NLST) es el primer ensayo que ha mostrado que el cribado con la Tomografía Computarizada Helicoidal en Dosis Bajas (TCHDB) en pacientes con riesgo alto de cáncer de pulmón está asociado con una reducción del 20% en la mortalidad por este cáncer (1). En cada vez más países, el análisis coste-efectividad se considera para informar las decisiones sanitarias, y en este contexto, el coste-efectividad de los programas de cribado. Antes de que se publicaran los resultados del NLST, se publicaron diversos análisis coste-efectividad obteniendo desde resultados muy favorables (2) en términos de eficiencia hasta resultados desfavorables (3). Esta amplitud de resultados muestra la gran incertidumbre que rodea el programa de cribado con TCHDB para cáncer de pulmón y el uso de diferentes métodos de análisis.

El artículo pretende generar más evidencia sobre el coste-efectividad de este programa de cribado con TCHDB comparado con un programa de cribado que utilice la radiografía y con la opción de no hacer el programa de cribado. Como primera reflexión cuesta decir hasta qué punto este artículo realmente aporta un avance en la información que ya teníamos hasta ahora sobre el cribado de cáncer de pulmón en términos de eficiencia o seguimos donde estábamos. Los autores resumen los resultados diciendo que en comparación con el no cribado, el ratio coste-efectividad incremental (RCEI) del cribado con la TCHDB es de \$52.000 por año de vida ganado (IC del 95%, de 34.000 a 106.000) y \$81.000 por AVAC ganado (IC del 95%, de 52.000 a 186.000). Fijándonos en estos intervalos de confianza (IC) al 95% podemos apreciar la gran incertidumbre que existe en este análisis. Sin embargo, solo se estudia la incertidumbre con un análisis de sensibilidad determinístico, pero no probabilístico. Cuando un análisis muestra unos IC tan amplios en el RCEI como estos es imprescindible realizar un análisis probabilístico y estudiar la curva de aceptabilidad de coste-efectividad para medir

la probabilidad de coste-efectividad del análisis según diferentes umbrales de eficiencia.

Además de esta falta de estudio de la incertidumbre que dificulta confiar en los resultados, los autores asumen que los resultados en salud para la opción de no cribado y la opción de radiografía son los mismos, y éstos únicamente se diferencian por los costes del programa. Por lo tanto, el tipo de evaluación económica que necesitaríamos en esta comparación es un análisis de minimización de costes y no un coste-efectividad. Esta asunción es difícil de entender cuando la TCHDB muestra diferencias con la radiografía en términos de mortalidad, sin embargo, asumen que la radiografía y el no cribado obtiene los mismos resultados en salud basándose en otro ensayo diferente (3). Este hecho tampoco facilita la comprensión de los diferentes comparadores y comparaciones que se realizan. En tal contexto, no parece que la incertidumbre que rodea este análisis nos deje avanzar en una u otra dirección en términos de eficiencia en las decisiones sobre los programas de cribado de cáncer de pulmón.

Marta Trapero-Bertran

Universitat Internacional de Catalunya,

Universidad Castilla La-Mancha, Universitat Pompeu Fabra.

(1) National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, Gareen IF, Gatsonis C, Marcus PM, Sicks JD. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(5):695-409.

(2) Wisnivesky JP, Mushlin AI, Sichertman N, Henschke C. The cost-effectiveness of low-dose CT screening for lung cancer: preliminary results of baseline screening. *Chest*. 2003;124:614-621.

(3) Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, et al. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA*. 2011;306:1865-1873.

Una revisión crítica del descuento temporal aplicado a la evaluación económica de los programas de vacunación

Jit M, Mibei W.

Discounting in the evaluation of the cost-effectiveness of a vaccination programme: A critical review. Vaccine. 2015;33(32):3788-94.

Objetivo

Explorar las diferencias metodológicas a la hora de emplear las tasas de descuento en las evaluaciones económicas de vacunas.

Método

En primer lugar se contemplaron 85 evaluaciones económicas de vacunas recogidas en 6 recientes revisiones sistemáticas, que trataban VPH (n=12), *Streptococcus pneumoniae* (n=15) y (n=10), Rotavirus (n=17), *Haemophilus influenzae* tipo B (n=13) y gripe estacional (n=18).

En segundo lugar, se expusieron las particularidades en el ámbito de la vacunación respecto a otras intervenciones en salud, y se exploraron alternativas al descuento estándar a través de 4 puntos: descuento diferencial, preferencias sociales, efectos intergeneracionales y la temporalidad en las ganancias de salud.

Resultados

Se examinaron 84 evaluaciones económicas. En 19 (23%) no se aplicó descuento. En 14 de estas 19 evaluaciones la no aplicación del descuento estaba justificada ya que el horizonte temporal era de menos de un

año. Otras cuatro evaluaciones (5%) descontaban únicamente beneficios, y no costes, mientras 11 (13%) descontaban únicamente costes y no beneficios. Las 50 restantes descontaban costes y beneficios, empleando 43 de ellas (51%) el descuento estándar (descuento de costes y beneficios a la misma tasa, siempre entre el 3% y el 6%). Solo una (1%) empleó un descuento gradual, y las seis restantes (6%) emplearon descuentos constantes pero mayores para los costes que para los beneficios.

Conclusiones

Los métodos establecidos para descontar en evaluaciones económicas de vacunas (mismo descuento para coste y beneficio) no son tan equitativos desde una perspectiva intergeneracional como lo son otros métodos alternativos, como el descuento diferencial, u otros ajustes como disminuir las tasas de descuento o alterar los momentos del descuento.

Financiación: National Institute for Health Research Health Protection Research Unit (NIHR HPRU), Public Health England (PHE).

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: mark.jit@phe.gov.uk

COMENTARIO

Al ser la evaluación económica una herramienta fundamental y de uso extendido en el ámbito de las vacunas para afrontar el difícil proceso de la toma de decisiones, los diferentes factores empleados en la estimación han de ser cuidadosamente escogidos. Entre estos factores se encuentra uno especialmente sensible para la evaluación económica de vacunas: la tasa de descuento, a través de la cual se ponen en valor actual los costes futuros ("se actualizan") así como los efectos de salud.

Los autores, a través de potentes argumentos, invitan a reflexionar acerca de la ¿quizás? prematura estandarización de métodos, mediante la presentación de ventajas y desventajas de las técnicas de descuento generalmente aceptadas, así como de otras alternativas. La premisa inicial es resaltar la peculiaridad de las vacunas como objeto de evaluación, apuntando que hay un salto temporal generalmente considerable desde la aplicación de la vacuna al retorno de los beneficios, lo que otorga al descuento aplicado una importancia especial, o también el efecto rebote como externalidad positiva.

A lo largo del artículo, mediante una estructuración no del todo intuitiva, los autores presentan un elenco de alternativas para corregir esta peculiaridad que es la inequidad intergeneracional en las evaluaciones de vacunas: generaciones de hoy pagando, generaciones futuras asumiendo el beneficio. Entre estas soluciones se manejan, entre otros, conceptos, la aplicación de descuentos diferentes a costes y a efectos de salud.

A pesar de que la conceptualización expuesta por los autores, así como sus propuestas consiguientes, exigen del lector una cierta preparación en la materia, se aprecia la solidez de los planteamientos, calan-

do el mensaje de que es necesario revisar los métodos de descuento en vacunas para disponer de evaluaciones de calidad.

Quizás las reflexiones planteadas son hoy por hoy prematuras, ya que parece existir un problema previo: la necesidad de más rigor metodológico por parte de los analistas, ya sea por falta de experiencia o de formación académica en la materia, o por falta de hábito. Como apunta O'Mahony, "los analistas deben no sólo seguir la guía actual e informar de cómo se llevó a cabo el descuento, sobre todo en el caso del descuento diferencial, sino también tratar de desarrollar una comprensión de su razón de ser" (1). En la misma línea, Ultsch señala la falta de rigor técnico en la materia, tras realizar una revisión sistemática de guías, métodos y toma de decisiones: "debido a la complejidad y las incertidumbres en torno a la vacunación, es esencial la transparencia en la documentación tanto de las evaluaciones económicas como del posterior proceso de toma de decisiones".

Jordi Gol-Montserrat

Investigación, Fundación Gaspar Casal.

(1) O'Mahony JF, Newall AT, van Rosmalen J. Dealing with Time in Health Economic Evaluation: Methodological Issues and Recommendations for Practice. *Pharmacoeconomics*. 2015 Jun 25.

(2) Ultsch B, Damm O, Beutels P, Bilcke J, Brüggjenjürgen B, Gerber-Grote A, Greiner W, Hanquet G, Hutubessy R, Jit M, Knol M, von Kries R, Kuhlmann A, Levy-Bruhl D, Perleth M, Postma M, Salo H, Siebert U, Wasem J, Ole Wichmann O. Methods for Health Economic Evaluation of Vaccines and Immunization Decision Frameworks: A Consensus Framework from a European Vaccine Economics Community. *Pharmacoeconomics*. pp 1-18, 17 October 2015.

Los medicamentos especializados pueden ofrecer valor pese a su alto coste

Chambers JD, Thorat T, Pyo J, Chenoweth M, Neumann PJ.

Despite High Costs, Specialty Drugs May Offer Value For Money Comparable To That Of Traditional Drugs. Health Aff (Millwood). 2014;33(10):1751-60.

Contexto

Los “medicamentos especializados” (specialty drugs) son una reciente denominación para fármacos clasificados como de elevado coste, alta complejidad y/o manejo complejo. La mayoría de los fármacos especializados aprobados actualmente utilizan biotecnología avanzada y requieren una administración y supervisión especial. Su alto coste abre interrogantes sobre su valor real y las posibilidades de financiarlo por los sistemas de salud.

Objetivo

Evaluar las mejoras de salud y los costos incrementales asociados con medicamentos especializados y tradicionales en relación con el tratamiento estándar previo.

Método

Se compara el valor de 58 fármacos especializados y 44 tradicionales aprobados por la FDA en el período de 1999-2011 frente a los tratamientos preexistentes. Las ganancias en salud son medidas en años de vida ajustados por calidad o AVAC y el aumento del gasto incluye tanto el coste de los medicamentos como otros relacionados con la asistencia (ej. hospitalizaciones) durante el período de tiempo de estudio. Para cada medicamento, se realizaron búsquedas en la base de datos PubMed de estudios coste-utilidad publicados en inglés. Ante estudios con diferentes compradores, se seleccionó la intervención más eficaz disponible en el momento de la aprobación. Se excluyeron estudios fuera de indicación; con comparadores no considerados apropiados y se clasificaron los estudios según su fuente de financiación siendo los no financiados por la industria los incluidos en el análisis. Cuando existen múltiples AVAC y costes incrementales pertenecientes a pacientes de diferentes poblaciones u horizontes temporales se incluye un promedio. Cuando un fármaco se

asoció con múltiples estudios, se calcula una estimación global de ganancia de AVAC y costos incrementales aplicando un peso igual a cada estudio. Se utilizan precios registrados convertidos a dólares estadounidenses actualizados a 2013.

Resultados

Se encuentran mayores ganancias con los medicamentos especializados (0.183 frente a 0.002 AVAC) con mayores costes adicionales (\$ 12.238 frente \$ 784). Los dos tipos de fármacos tenían rentabilidad comparable. Treinta y dos fármacos en el conjunto de datos (31 por ciento, 26 y 39 para especializados y tradicionales respectivamente) se estimaron que eran similares o menos eficaces que los existentes (0 AVAC incrementales o negativos). Se identifican una serie de medicamentos que ofrecen beneficios sustanciales para la salud. Catorce de los medicamentos especializados (24,1 por ciento) y dos medicamentos tradicionales (4,5 por ciento) ofrecieron más de medio AVAC (seis meses de esperanza de vida ajustada por calidad). De los quince medicamentos con mayores costos incrementales, cinco se asociaron con proporciones de menos de \$100.000 por AVAC y dos con proporciones menores de \$ 50.000 por AVAC (próximos a umbrales de referencia reconocidos). Otros seis se asociaron con proporciones de más de \$ 250.000 por AVAC.

Conclusión

El estudio sugiere que aunque los medicamentos especializados suelen tener costes más altos que los tradicionales tienden a otorgar mayor valor. No sorprende al tratarse de alternativas terapéuticas para enfermedades con necesidades no bien cubiertas como el cáncer o enfermedades neurodegenerativas.

Financiación: Tufts Medical Center.

Correspondencia: jchambers@tuftsmedicalcenter.org

COMENTARIO

Los altos costes de los medicamentos biotecnológicos cada vez son más trasladados a pacientes y contribuyentes a través de primas más altas por sus seguros, copagos o impuestos comprometiendo la equidad. La información que disponemos para tratar de evaluar su valor real muchas veces es incompleta o poco representativa de la práctica habitual. Estudios como el que comentamos pone de manifiesto las dificultades metodológicas para este tipo de evaluaciones con conclusiones difícilmente interpretables sin conocimiento clínico. Datos rigurosos de efectividad disponibles a gran escala permitirían una evaluación más precisa de los beneficios y la adopción temprana de tratamientos prometedores incentivando la innovación realmente disruptiva. La inversión en infraestructura necesaria para la obtención continua de estos datos es una barrera que limita su aplicación en la práctica bajo la perspectiva cortoplacista que impera. Sin poder evaluar el valor de forma precisa difícilmente podremos desarrollar modelos de asignación de precios que se relacionen bien con lo dispuesto a pagar pese a la capacitación técnica cada vez más desarrollada de las agencias com-

petentes. No obstante, con la información disponible actual, existe margen de mejora a corto y medio plazo estableciendo reglas claras, mayor transparencia y con un diálogo temprano que incluya también a ciudadanos y profesionales. Con estas directrices será inevitable reorientar la innovación hacia aquella que aporte mayor valor añadido (*first in class*) tomando umbrales de eficiencia para la realidad de cada país.

Diego Malón Giménez

Oncólogo Médico,
Hospital Universitario de Fuenlabrada.

(1) Peiró S. La incorporación de nuevos medicamentos al SNS: innovación, accesibilidad y sostenibilidad. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2015;17(1):5-6.

(2) García J, del Llano J, del Diego J, Recalde J. Aportación de los “Real World Data (RWD)” a la mejora de la práctica clínica y del consumo de recursos de los pacientes. Ed. Fundación Gaspar Casal. Madrid 2014. ISBN: 978-84-697-1273-3. Depósito Legal: M-27096-2014.

Curso Académico 2015-2016



27

MADS

**Máster en Administración y Dirección de
Servicios Sanitarios**



75 ECTS

Fecha Inicio: 26 de febrero 2016



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

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

Demasiadas colonoscopias

Kruse GR1, Khan SM, Zaslavsky AM, Ayanian JZ, Sequist TD.

Overuse of Colonoscopy for Colorectal Cancer Screening and Surveillance. J Gen Intern Med. 2015; 30(3):277-83.

Objetivo

Medir el sobreuso de la colonoscopia en el cribado y vigilancia de cáncer colorectal (CCR) en adultos de riesgo medio.

Diseño

Estudio de cohortes retrospectivo usando los datos de una base electrónica de pacientes, de una compañía con 17 ambulatorios en Massachusetts. Los participantes tenían entre 50 y 65 años de edad sin antecedentes familiares de cáncer o adenomas colorectales a los que se había realizado una colonoscopia de cribado entre 2001 y 2010.

Resultados

La principal medida de resultado fue el tiempo transcurrido hasta la siguiente colonoscopia de cribado o vigilancia y los predictores de sobreuso de colonoscopia (definido como la realización del examen más de un año antes del recomendado en las guías).

Se seleccionaron 1.429 adultos con, al menos una colonoscopia entre 2001 y 2010, de los que a 871 se les realizó otra adicionalmente durante un periodo de seguimiento de 6 años. La mayoría de las de cribado (88%) y muchas de vigilancia (49%) repetidas en el periodo de estudio son representantes de sobreuso. El tiempo hasta la siguiente colonosco-

pia tras el cribado dependió del hallazgo (no pólipo, 6,9 años de mediana IQR 5,1-10; pólipo hiperplásico 5,7 (IQR 4,9-9,7); adenoma de bajo riesgo 5,1 años, IQR:3,3-6.; adenoma de alto riesgo: 2,9 años, IQR:2,0-3,4, $p < 0.001$).

En el modelo de regresión logística, la recomendación del endoscopista para acortar el periodo de cribado se asoció con el sobreuso (OR 6,27, 95% CI:3,15-12,50) y con la colonoscopia de vigilancia (OR 13,47, 95% CI:6,61-27,46). En el modelo multinivel, la variación en el sobreuso se relacionó significativamente con el endoscopista que realizó el estudio previo.

Conclusiones

El sobreuso del cribado y vigilancia es frecuente y debería ser monitorizado por los sistemas de salud. La variabilidad en las recomendaciones del endoscopista debe ser una diana para reducirlo.

Financiación: National Cancer Institute.

Conflicto de interés: Los autores se declaran exentos.

Correspondencia: gkruse@mgh.harvard.edu

COMENTARIO

En España se diagnostican al año unos 31.000 nuevos casos de CCR, periodo durante el que mueren 14.000 pacientes. Es la neoplasia más común en la suma de ambos sexos (la tercera en hombres y la segunda en mujeres).

En España, prácticamente todas las CCAA han iniciado el cribado del CCR, aunque los grados de implantación son muy variables. Los programas siguen los criterios de la Guía Europea de calidad para el cribado de cáncer colorrectal (2) y se coordinan a través de la red de cribado de cáncer (www.cribadocancer.org).

En la actualidad, la estrategia está recomendada para el cribado de esta neoplasia en la población de riesgo medio son las pruebas de detección de sangre oculta en heces, la sigmoidoscopia flexible y la colonoscopia (1).

Un estudio de cohortes retrospectivo que incluye personas ≥ 50 años asintomáticas a las que se les realizó una colonoscopia de cribado y no se identificaron pólipos, muestra que el riesgo de CCR y de adenomas avanzados a los 5 años es extremadamente bajo (3). Además, a partir de un estudio de casos y controles se estima que la colonoscopia confiere un efecto protector durante 20 años o más (OR 0,26; IC del 95%: 0,16-0,40) (15). De acuerdo con estos resultados, se recomienda de manera conservadora un intervalo de 10 años entre colonoscopias negativas (1).

Una de las características que debe cumplir una técnica de cribado es ser coste-efectiva. El sobreuso descrito en este estudio podría reducir la eficiencia de la técnica, así como su coste-efectividad si consideramos los posibles efectos adversos derivados de la colonoscopia.

Aunque desconocemos la calidad de los registros y por tanto la validez del estudio, así como posibles sesgos del investigador la descripción de los resultados encontrados alertan del riesgo de sobreuso en los países con implantación de este cribado, aunque el sistema de aseguramiento de USA podría favorecerlo.

Soledad Benot López

Evaluación de Tecnologías Sanitarias,

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena.

(1) Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort J, et al. Guía de práctica clínica en prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol. 2009;717.e1-717.e58.

(2) Segnan N, Patnick J, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2010.

(3) Imperiale TF, Glowinski EA, Lin-Cooper C, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Five-year risk of colorectal neoplasia after negative screening colonoscopy. N Engl J Med. 2008;359:1218-24.

Diferentes modelos de gestión hospitalaria pública, similar eficiencia técnica

Herrero Tabanera L, Martín Martín JL, López del Amo González MP.

Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía.
Gac Sanit. 2015;29(4):274-81.

Objetivo y ámbito

Comparar la eficiencia técnica de los hospitales públicos del modelo tradicional INSALUD frente a la de las empresas públicas hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Tal evaluación es llevada a cabo en 28 hospitales de gestión tradicional integrados en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y cuatro empresas públicas hospitalarias; en total 32 hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Método

En una primera etapa los autores emplean el análisis envolvente de datos para calcular los índices de eficiencia técnica de los hospitales y el índice de Malmquist para calcular la evolución de la eficiencia por año, desde 2005 a 2008. Los *inputs* considerados son el número de camas, el número de profesionales equivalentes a tiempo completo y el gasto en bienes y servicios. Como *outputs* se toman las altas hospitalarias ajustadas por el índice de casuística y la actividad ambulatoria.

La segunda etapa del estudio lleva a cabo un análisis bivariado entre la eficiencia de los hospitales y su tipo de organización, midiéndose los resultados a través de calidad percibida por los pacientes.

Resultados

En síntesis, los resultados del estudio son, por una parte, leve variación en la calidad percibida a lo largo de 2005-2008, con una superioridad

sistemática en las empresas públicas; por otra parte, la convergencia entre ambos modelos producida por un incremento de la eficiencia técnica de los hospitales de modelo tradicional acompañado de un decrecimiento de la misma en las empresas públicas.

Discusión

Entre las posibles causas de la superioridad de las empresas públicas se apuntan el marco laboral más flexible y los mayores grados de libertad en la gestión presupuestaria y financiera. La convergencia de ambos modelos no se puede explicar a partir de los datos y metodología del estudio, pero los autores presentan su hipótesis al respecto planteando que la mejora en eficiencia en los hospitales tradicionales puede deberse a la adquisición de las fórmulas organizativas empleadas en las empresas públicas, mientras que la disminución de eficiencia de las empresas públicas se pueden haber producido por las rigideces del marco político y la actuación conjunta en algunas situaciones entre los dos tipos de hospitales.

Financiación: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: jmartin@ugr.es

COMENTARIO

La creciente variabilidad en los modelos de gestión sanitaria –motivada en parte por la descentralización del Sistema Sanitario y la transferencia de las competencias en esta materia a las Comunidades Autónomas– ha generado un debate en torno a la idoneidad de las diferentes fórmulas organizativas. Por otra parte, la última y aún reciente crisis económica internacional ha puesto en valor las políticas sostenibles el uso racional de los recursos, destacando la eficiencia como el eje de referencia para evaluar las políticas sanitarias.

Los autores del artículo plantean por tanto un tema de relevancia y que además es pertinente, dado que ha pasado suficiente tiempo como para que los diferentes modelos puedan evaluarse. Los métodos empleados en el estudio para la medición de la eficiencia técnica son los más comúnmente aceptados, pero que tienen limitaciones, lo cual supone un reto técnico para los expertos en evaluación económica.

Una de las cuestiones que está recibiendo mayor atención en la evaluación de la eficiencia en Sanidad es la medición de los resultados finales en salud. Dado que estos se hallan sujetos a la influencia de un mayor número de variables que los resultados intermedios, la obtención de una medida de eficiencia en el sentido estricto es compleja. El trabajo de Herrero Tabanera y cols. sugiere la consideración de determinados *outputs*, algunos de los cuales pueden ser un buen punto de partida al respecto.

Por otra parte, la agregación de los conceptos que se tienen en cuenta

para calcular la eficiencia impiden, a priori, una comparación pormenorizada de las estructuras o modelos que se desean evaluar. Las hipótesis planteadas por los autores para explicar las diferencias en los modelos hospitalarios evaluados deberían ser contrastadas, pero, en todo caso, una de las reflexiones en torno a los resultados presentados es la necesidad de establecer los límites en el margen de mejora de los modelos tradicionales dado el marco legal y organizativo en que se desenvuelven. Esta pregunta es relevante para aquellos agentes decisores que realmente se plantean la posibilidad de innovaciones organizativas o, si se quiere, de reformas realmente serias de nuestra Sanidad. Y quizá más relevante, y también inspirado por la discusión de los autores en torno a los resultados de su estudio, es el planteamiento de la evaluación de la eficiencia y comparación de hospitales en un marco de integración interniveles. Se supone que la eficiencia ya no se podrá atribuir, en los modelos de integración, a un solo hospital o servicio; es decir, que la comparabilidad de modelos hospitalarios a través del estudio de su eficiencia necesitará un rediseño de las metodologías empleadas por los expertos.

Pedro García Fernández

Escuela de Ingenieros Industriales, Universidad Politécnica de Madrid.

María Luisa Martín del Burgo Carrero

Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Métodos de ajuste de riesgo basados en diagnóstico como principal herramienta de control del gasto farmacéutico

Vivas-Consuelo D, Usó-Talamantes R, Trillo-Mata JL, Méndez-Valera P.

Methods to control the pharmaceutical cost impact of chronic conditions in the elderly. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2015;15(3):425-37. doi:10.1586/14737167.2015.1017564. Epub 2015 Feb 23.

Contexto

En poblaciones cada vez más longevas, con múltiples enfermedades crónicas, se hace complicado implementar políticas de contención del gasto, intentando conseguir que se administre una combinación adecuada de medicamentos al menor coste. Se requiere de mecanismos de control estructurados dentro de los sistemas de información que minimicen los problemas relacionados con la medicación (PRM), que faciliten la prescripción adecuada en personas de edad avanzada y que permitan realizar comparaciones entre pacientes con características de salud similares, a través de ajustes por factores de riesgo.

Objetivo

Mostrar una visión global de los diferentes métodos de control del gasto farmacéutico existentes en pacientes polimedados de edad avanzada y que actúan sobre cuatro grandes áreas interrelacionadas: comorbilidad, polifarmacia, sistemas de ajuste de riesgo e intervenciones para reducir la prescripción inadecuada y los PRM.

Método

Se realiza un análisis descriptivo del aumento de los costes por comorbilidad y polifarmacia utilizando una base de datos con información de 5 millones de habitantes en la Comunidad Valenciana: edad, sexo, enfermedades crónicas, número de tratamientos, número de PRM y categoría clínica dentro del sistema de agrupación poblacional Clinical Risk Group (CRG). Por otro lado, se realiza una revisión sistemática de la literatura publicada sobre los métodos de control del gasto farmacéutico: herramientas de ayuda en la prescripción electrónica, sistemas de ajuste de riesgo e intervenciones dirigidas a disminuir los tratamientos con medicamentos inapropiados.

Resultados

En el año 2014, en una población total de 4.743.844 pacientes, clasificada en los nueve estados de salud del CRG se observa que, a medida que au-

menta la combinación de múltiples enfermedades agudas o crónicas y situaciones clínicas en la misma persona aumenta el coste medio por paciente. Por otro lado, y como resultado de esta multimorbilidad, el número de tratamientos aumenta (polifarmacia) con el número de enfermedades crónicas y el nivel de gravedad de las mismas, observándose un mayor número de PRM en estos pacientes.

Dentro de las estrategias utilizadas para mejorar la eficiencia de la prescripción evitando los medicamentos inapropiados, y de forma indirecta controlar el gasto farmacéutico, se identifican:

–Aquellas que van dirigidas a mejorar la calidad de los tratamientos durante el proceso de prescripción, y evitar el aumento de medicación inapropiada (sistemas de apoyo a la decisión clínica).

–Aquellas que evalúan las prescripciones inadecuadas a través de revisiones posteriores (criterios de Beers, criterios STOPP/START...).

–Los métodos de ajuste de riesgo basados en: a) variables demográficas: indicador de gasto farmacéutico ambulatorio por paciente ajustado con las variables edad, sexo, copago y nacionalidad; b) información de consumo farmacéutico (recetas), estimando la prevalencia de las enfermedades; c) diagnósticos, que permiten clasificar cada individuo en un grupo de riesgo en función de sus características clínicas y demográficas, pudiendo establecer con la información que ofrece una predicción en el presupuesto en farmacia ajustado por morbilidad.

Conclusión

La multimorbilidad y la polifarmacia provocan un impacto negativo en la clínica, en los indicadores de salud y en los costes de atención primaria. Los sistemas de ajustes de riesgo basados en diagnósticos son útiles en el control del gasto farmacéutico, pero es todavía más efectiva la combinación de diferentes estrategias con el fin de mejorar la calidad de la prescripción, intervenciones multifacéticas que identifiquen la prescripción inadecuada en pacientes clasificados correctamente en base a sus características clínicas.

Financiación: Ninguna

Conflictos de interés: No se declaran.

COMENTARIO

El impacto de las enfermedades crónicas asociado a una mayor supervivencia de las personas, ha generado un incremento en el uso de recursos y consumo de fármacos. El 75% del coste de los medicamentos viene representado por las enfermedades crónicas, sobre todo en pacientes de edad avanzada (1), por lo que su estudio pasa a ser de importante relevancia para la mayoría de los países. A mayor edad, más enfermedades crónicas concomitantes, mayor número de medicamentos (polifarmacia), indicados, inapropiados, que causan efectos adversos, para tratar los efectos adversos, y finalmente mayor número de PRM. Son necesarias herramientas de ayuda y control antes, durante y después del proceso de prescripción de forma directa para mejorar la calidad de los tratamientos en los pacientes y de forma indirecta para controlar el gasto farmacéutico.

Dentro de las estrategias de control del gasto farmacéutico es muy importante estratificar la población a estudio en función de su condición de morbilidad y riesgo clínico, de forma que cada individuo se ubica en un grupo de riesgo que resume sus características históricas, clínicas y demográficas con variables de diagnósticos clínicos, procedimientos ambulatorios y hospitalarios, contactos o ingresos en el sistema sanitario, lugar y ocurrencia o recurrencia en el tiempo de cada acontecimiento clínico y edad (2). A partir de la estratificación se puede priorizar la gestión de determinados pa-

cientes, por ejemplo los clasificados en estados de salud con dos o tres enfermedades crónicas importantes, con un nivel de gravedad relevante y con una media de más de 6 medicamentos, o dirigir iniciativas en el ámbito de la planificación sanitaria, como la implantación de programas de cronicidad. Es necesario mencionar que todas las herramientas para el control del gasto requieren de un desarrollo en los sistemas de información sanitarios, con una historia clínica electrónica integrada, con registros de variables clínicas y de diagnóstico de elevada calidad, y con sistemas de alertas de diagnóstico y prescripción mantenidos y actualizados en el tiempo.

Mireia Cándel Molina

Farmacéutica de la Oficina de Formación en Uso Racional del Medicamento y PS.

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Generalitat Valenciana.

(1) Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *Jama* 1996;276(18):1473-9.

(2) Méndez P, Buigues L, Saurí I, Usó R, Trillo JL. Estrategias de la Conselleria de Sanitat para el uso racional del medicamento en la Comunitat Valenciana. De la teoría a la práctica. *Viure en salut* 101. 2014 Julio.

Telemedicina en Diabetes Mellitus y análisis masivo de datos: ¿puede mejorar el conocimiento del manejo clínico del paciente diabético?

López-Torres J, Rabanales J, Fernández R, López FJ, Panadés LL, Romero V.

Resultados de un programa de telemedicina para pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Gac Sanit.* 2015;29(1):55-58.

Objetivo

Analizar los efectos de un programa de Telemedicina sobre la percepción del estado de salud de los pacientes con diabetes tipo 2 menores de 65 años de edad incorporados al mismo.

Tipo de estudio

Estudio observacional, multicéntrico. El proyecto tiene una muestra limitada de 52 pacientes y un período de seguimiento de año y medio.

Ámbito

Consultas de 6 centros de atención primaria de la provincia de Albacete. La monitorización telemática recoge los registros informáticos sobre glucemia basal y emite recomendaciones sobre hábitos saludables relacionados con la enfermedad a los pacientes del estudio. Se analiza el estado de salud mediante escalas analógicas visuales y cuestionarios EQ-5D al principio y final del estudio.

Resultado

El estudio concluye que no existe una mejoría de los parámetros analíticos del control de la glucemia. Se comunica una mejora del estado de salud percibido con puntuaciones de 70,5+ 12,8 vs 62,8+ 15 p=0.02 y un 57,7% de pacientes satisfechos y del 38,5% muy satisfechos.

Conclusiones

La transmisión telemática de la información ha sido viable y satisfactoria y aunque no se ha relacionado con mejorías en el control de la glucemia sí encuentra mejoría en el estado de salud percibida por el paciente.

Conflictos de interés: Ninguno.

Correspondencia: jesusl@sescam.org

COMENTARIO

La diabetes mellitus afecta a un porcentaje aproximado del 5% de la población mundial y aunque es una enfermedad crónica con tratamientos altamente eficaces, la efectividad de los mismos no obtiene unos niveles de control de la glucemia aceptables. Muchos parecen ser los factores que influyen en la efectividad del control glucémico, como la adherencia al tratamiento, educación de los pacientes, cambios de los patrones de estilo de vida, etc. La telemedicina en sus más diversas modalidades ha sido evaluada como una técnica con potencial de mejora del control de la glucemia de los pacientes, obteniendo por el momento, en la mejor de las comunicaciones, discretas mejorías. El estudio presentado valora en una muestra discreta en tamaño pero centrada en nuestro medio, el impacto que la telemedicina puede aportar en la percepción del paciente sobre su estado de salud, encontrando mejorías en la actividad física y en el seguimiento de la dieta.

Aunque las diferentes modalidades de telemedicina evaluadas en la literatura no encuentran en muchos de los trabajos mejorías de los parámetros clínicos, las tecnologías de la información con toda probabilidad juegan un papel fundamental como herramienta de recogida de información que permita extraer conocimiento sobre los factores que puedan incrementar la efectividad de la atención sanitaria del paciente diabético.

Estudios con pequeñas muestras como este, aunque meritorios, son incapaces de demostrar las mejorías analíticas que otros estudios con mayor número de pacientes (más de 40.000) si han comunicado con anterioridad (1, 2). El manejo de los registros de todos los trabajos recogidos y de la información procedente de los dispositivos de telemedi-

cina permiten análisis de Datos Masivos (3). El Big Data relacionado con la diabetes y las posibilidades de análisis a partir de técnicas de "data mining" permitirán reconocer los factores fundamentales para el éxito de su manejo clínico, desvelando las características de los Datos de Vida Real (Real World Evidence) y específicamente todo lo que rodea la atención sanitaria real del paciente diabético (4, 5).

Luis Quecedo

Servicio de Anestesia, Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

(1) Levin K, Madsen JR, Petersen I, Wanscher CE, Hangaard J. Telemedicine diabetes consultations are cost-effective, and effects on essential diabetes treatment parameters are similar to conventional treatment: 7-year results from the Svendborg Telemedicine Diabetes Project. *J Diabetes Sci Technol.* 2013 May 1;7(3):587-95.

(2) Wakefield BJ, Holman JE, Ray A, Scherubel M, Adams MR, Hills SL, Rosenthal GE. Outcomes of a home telehealth intervention for patients with diabetes and hypertension. *Telemed J E Health.* 2012;18(8):575-9.

(3) Alison J. Dunkley, Danielle H. Bodicoat, Colin J. Greaves, Claire Russell, Thomas Yates, Melanie J. Davies. Diabetes Prevention in the Real World: Effectiveness of Pragmatic Lifestyle Interventions for the Prevention of Type 2 Diabetes and of the Impact of Adherence to Guideline Recommendations A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care.* 2014;37:6 1775-1776.

(4) García López JL, del Llano Senaris JE, del Diego Salas D, Recalde Manrique JM. Aportación de los "Real World Data (RWD)" a la mejora de la práctica clínica y del consumo de recursos de los pacientes. Fundación Gaspar Casal, 2014.

(5) Riccardo Bellazzi, Arianna Dagliati, Lucia Sacchi, Daniele Segagni. Big Data Technologies New Opportunities for Diabetes Management. *J Diabetes Sci Technol.* 2015.

Cómo conseguir que nos importen las desigualdades en salud: un paso imprescindible en la lucha por eliminarlas

Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C.

Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review. Milbank Q. 2015;93(2):392-437.

Objetivo

Sintetizar la evidencia recogida en la literatura académica y en la literatura gris en relación con la abogacía por la equidad en salud, y suministrar un cuerpo de conocimiento útil que ayude a promover políticas que reduzcan eficazmente las desigualdades.

Método

Revisión sistemática de la literatura. Los hallazgos se clasifican de acuerdo con seis dimensiones previamente definidas de la abogacía por la equidad en salud: 1) tipos de evidencia necesarios para abogar por la equidad en salud y formas de transferir el conocimiento a los procesos de toma de decisiones; 2) agentes defensores de la equidad en salud y sus objetivos; 3) mensajes; 4) argumentos adaptados a distintos puntos de vista políticos; 5) barreras (y facilitadores) de una labor de abogacía efectiva y exitosa; y 6) prácticas que aumentan la efectividad de los esfuerzos de defensa de la equidad en salud.

Resultados

Estrechar el contacto entre investigadores y decisores puede mejorar la incorporación de la investigación al proceso de toma de decisiones. Los profesionales sanitarios y las personas vulnerables, que son quienes tienen contacto directo con la privación, pueden ser muy persuasivos en los esfuerzos de defensa de la equidad. Los mensajes deben estar específicamente diseñados para el objetivo de abogacía. Las principales barreras

que dificultan que los esfuerzos de defensa de la equidad en salud sean eficaces son: la turbulenta situación económica y política actual, que ha generado una opinión pública tendente a culpar a las personas en situación más vulnerable de su enfermedad; el abordaje de la salud a partir de un enfoque básicamente biomédico; la falta de cooperación entre distintos sectores y el cortoplacismo político. Estas barreras pueden diluirse a través de acciones de largo plazo que contribuyan a fomentar la conciencia pública y la comprensión del marco de los determinantes de la salud, y a través de programas de formación de los profesionales sanitarios en las actividades de abogacía (contacto con las comunidades desfavorecidas).

Conclusiones

Hay poca evidencia sobre algunas de las dimensiones relevantes de la abogacía por la equidad en salud. Es necesaria más investigación, particularmente en relación con la aplicabilidad de los hallazgos fuera del mundo anglosajón. Las organizaciones de abogacía juegan un papel esencial en la defensa de la equidad en salud, dado el reto que supone tender puentes entre la sociedad civil, la investigación y la adopción de políticas.

Financiación: Unión Europea (7º Programa Marco 2007-2013).

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: l.farrer@eurohealthnet.eu

COMENTARIO

El texto se debe a un equipo de EuroHealthNet, red de agencias sin ánimo de lucro responsables de la salud pública en la Unión Europea. En él se recopilan reflexiones y consejos prácticos que deberían contribuir a que la defensa del principio de equidad en salud se traduzca en acciones eficaces. Algunas de las sugerencias que incluye el texto son de corto plazo y pueden adoptarse con relativa facilidad. Entre ellas se encuentran algunas pautas que se ofrecen a investigadores o académicos para favorecer una comunicación más fructífera con los políticos responsables de tomar las decisiones. Por ejemplo, una mayor contundencia en las recomendaciones de política. En demasiadas ocasiones, la tibieza propia del discurso científico sólo contribuye a amparar a los decisores en su inacción. También se destaca la importancia de la narrativa a la hora de influir, tanto sobre el lugar que ocupa en la agenda pública la preocupación por las desigualdades en salud, como sobre las medidas a adoptar para reducirlas. Un buen relato, una imagen impactante, un protagonista bien elegido, sobre todo si se ponen en juego en un momento propicio, pueden ser muy útiles en la defensa de la equidad en salud. De ahí la necesidad de complementar una investigación que hasta ahora ha sido fundamentalmente cuantitativa con los métodos propios de la investigación cualitativa (como pueden ser las historias de vida).

Las sociedades científicas y profesionales juegan un papel crucial en la

labor de abogacía, pues sirven de plataforma de transmisión de mensajes hacia los medios de comunicación y los decisores. Pero todavía tienen mucho que aprender de cómo transmitirlos eficazmente. Y también de cómo utilizar las redes sociales y otras nuevas formas de comunicación como palanca de movilización social. El problema, no obstante, no consiste únicamente en conectar de forma esporádica con ciudadanos y políticos, sino en cómo lograr que la lucha en pro de la equidad en salud se mantenga en la agenda en el medio y largo plazo, y los recursos destinados a ese fin no desaparezcan del presupuesto. La cuestión es que las barreras que, según el artículo, dificultan que en el largo plazo se desarrolle una labor de abogacía eficaz, no parece que vayan a derribarse fácilmente. En particular, la que se refiere al cambio de paradigma económico. A pesar de que algunas voces autorizadas han alertado de los peligros de la desigualdad, y han puesto sobre la mesa las reformas estructurales necesarias para reducirla (1), no se atisban indicios de la famosa refundación del capitalismo que se anunció con el estallido de la Gran Recesión. A falta de transformaciones importantes en el ámbito macro, habrá que seguir trabajando desde abajo para que la equidad en salud reciba la atención que merece.

Rosa Urbanos

Universidad Complutense de Madrid.

(1) Stiglitz JE. El precio de la desigualdad. Penguin Random House 2015.

El paradójico impacto de la contratación de investigadores en centros del Sistema Nacional de Salud

Rey-Rocha J, López-Navarro I, Antonio-García MT.

¿Es la contratación de investigadores rentable económicamente para los centros del Sistema Nacional de Salud? El caso del Programa Miguel Servet. *Med Clin (Barc)*. 2015;145(2):84-87.

Contexto

La investigación biomédica es una de las principales acciones estratégicas llevadas a cabo para generar resultados científicos y tecnológicos, tanto en centros de investigación como en hospitales, aunque en estos últimos se encuentra menos desarrollada.

Objetivo

Determinar el impacto económico que supone la contratación de investigadores a tiempo completo mediante el Programa "Miguel Servet" (MS) en los centros asistenciales y de investigación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Método

A partir de los datos disponibles de los contratos de investigación realizados a través del Programa MS, la muestra incluyó las convocatorias comprendidas entre 2002 y 2005. Se recabó información de la cuantía económica obtenida en los proyectos financiados de los investigadores que habían completado los 6 años de contrato. Para analizar el resultado económico derivado, se analizaron tres indicadores. El primero de ellos, el resultado neto, se obtuvo de la diferencia entre los ingresos para el centro receptor tras la incorporación del investigador del Programa MS y los costes derivados de la actividad de éste en el centro. Otro indicador, el resultado global, se calculó como la diferencia entre los ingresos por incorporar investigadores y el desembolso del propio centro para que estos permanezcan y desarrollen en él su actividad. Por último, se estudió cuál sería el resultado económico de no disponer el centro de cofinanciación de programas como el MS.

Resultados

El resultado neto resultó negativo para el 90,5% de los centros receptores de investigadores MS, ya que la inversión neta por investigador ascendió a unos 48.000€ por centro (8.000€ anuales). Así mismo, todas las comunidades autónomas obtuvieron un resultado neto deficitario. Sin embargo, el balance en el indicador global fue muy diferente, pues todos los investigadores aportaron un resultado global positivo, con un promedio de 290.000€ (48.300€ anuales), como resultado de la obtención de proyectos y contratos de investigación. Todos los centros participantes alcanzaron también un resultado global favorable, con un promedio de 300.000€ por investigador (50.000€ anuales), cantidad disponible por el centro para dedicar a contratar investigadores así como a la ejecución de la investigación. Finalmente, en el supuesto de que el centro tuviera que asumir la totalidad del contrato del investigador, un 36,5% de los contratos presentarían un resultado positivo, pues la financiación obtenida por los investigadores MS fue superior a la suma total de sus contratos.

Conclusiones

La aportación económica del Programa MS supone para los centros una reducida inversión neta, en tanto que el balance entre su aportación para la cofinanciación del contrato y los ingresos percibidos resulta positivo. Este estudio muestra en términos económicos cuál es la utilidad de la contratación de investigadores a tiempo completo en los centros del SNS, en las condiciones vigentes.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación.

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: jesus.rey@csic.es

COMENTARIO

La investigación en salud tiene como objetivo fundamental profundizar en el conocimiento de los problemas de salud para así establecer las líneas estratégicas encaminadas a su tratamiento y prevención. Cuantificar los resultados derivados de la investigación biomédica no siempre es sencillo, pues estos son múltiples y de muy diversa índole.

El presente estudio aporta los beneficios económicos de la investigación desde el punto de vista del centro receptor, valorando la diferencia entre los ingresos que reciben y los gastos que les supone la contratación de investigadores. Según los datos del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, 2004-2007, el 41% de los trabajos publicados por investigadores españoles corresponden al ámbito de la Salud (1). Los datos obtenidos arrojan información muy interesante sobre la rentabilidad económica de la investigación en los centros del SNS. Sin embargo, estos no son los únicos beneficios que aporta la investigación (2).

En primer lugar, los potenciales beneficios más relevantes son aquellos que afectan al paciente, ya que los hallazgos de la investigación biomédica pueden contribuir a mejorar su salud, su calidad de vida, la atención sanitaria recibida y que ésta sea lo más homogénea posible en los distintos centros. De estos no se aporta información. En otro sentido, la investigación proporciona beneficios para los profesionales sanitarios, en tanto que aporta mejora curricular y

en su formación continuada, puede abrir nuevas formas de actuación, optimizar la práctica clínica y la gestión sanitaria.

En última instancia, pero no menos importante, la investigación puede producir beneficios también en el propio sistema sanitario, ya que constituye una herramienta útil para la mejora de la eficiencia de los servicios prestados. En el estudio se anima a los responsables de la toma de decisiones a implantar estrategias que faciliten la realización de actividades I+D+i en el marco del SNS. Los puntos clave para incentivar la investigación en los centros sanitarios se podrían resumir en los siguientes: favorecer la consecución de financiación pública o privada, garantizar un uso eficiente de las infraestructuras necesarias, priorizar las líneas estratégicas de investigación en salud, promover la difusión de resultados y aumentar la producción científica, de forma que los resultados de la investigación puedan ser llevados con mayor facilidad a la práctica clínica. Un amplio campo aun por evaluar.

Silvia Fénix Caballero

Servicio Andaluz de Salud.

(1) Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, 2004-2007. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Noviembre 2003.

(2) Buitrago F. Impacto de la investigación en la práctica clínica del médico de familia/médico general. Jornada sobre investigación para una mejor clínica, gestión y reforma de la atención primaria en España, Madrid (España), 2009. Disponible: http://www.fcs.es/docs/jornadas/politica_sanitaria/Texto_Francisco_Buitrago.pdf

El liderazgo de la profesión enfermera en la atención sanitaria. Y su necesario refrendo

Knight KM, Kenny A, Endacott R.

Gaps in governance: protective mechanisms used by nurse leaders when policy and practice are misaligned. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:145. doi:10.1186/s12913-015-0827-y.

Problema

Las políticas y procesos de atención sanitaria se plantean sobre todo para el medio urbano, con escasa cabida para el área rural. Una dificultad de la ruralidad es que las enfermeras reciben llamadas telefónicas para asesoramiento y cuidados sanitarios y no solo, para la atención urgente. Ya en la década de los 90 se detectaron estas prácticas, hasta ahora poco evaluadas y escasamente apoyadas por los procesos de gobernanza, políticas y protocolos sanitarios. La gestión clínica, como piedra angular de la calidad asistencial, se considera un "paraguas" de este tipo de atención, pero su aplicación práctica en el entorno rural se enfrenta a una mayor complejidad: limitaciones de profesionales (aislados, con falta de formación continua, con contratación y retención complicadas y, envejecidos) y de acceso a otros recursos sanitarios, características de los pacientes, dificultad en la evaluación de resultados y cierta imposición de lo que es válido para el medio urbano.

La problemática se basa en conocer y reconocer los servicios enfermeros telefónicos, como una forma legítima de asistencia sanitaria conociendo su aportación a la calidad y seguridad asistencial, máxime cuando son prácticas respaldadas en el día a día por las directoras de enfermería rural, fuera de políticas organizativas.

Objetivo

Identificar y evaluar los procesos clínicos y las políticas sanitarias relacionadas con la atención telefónica enfermera, desde la experiencia de la atención sanitaria rural en Victoria-Australia, aportando los puntos de vista de las directoras de enfermería de los centros evaluados y, su percepción respecto a los factores que influyen en el desarrollo de estas prácticas.

Métodos

Investigación cualitativa planteada como estudio de casos en ocho centros de salud rural (cada centro, un caso) con entrevistas a sus directores de enfermería y, revisión de las políticas sanitarias de cada centro, valorando las percepciones directivas relacionadas con la normativa y experiencias de las llamadas telefónicas de usuarias/os para recibir atención. Los directivos fueron seleccionados previamente por su conocimiento, experiencia y liderazgo asistencial. Los centros rurales se seleccionaron por su ubicación, cartera de servicios ofrecida (incluyendo atención urgente), presencia de médicos y, existencia de atención telefónica a personas que la solicitan.

Resultados

La mayoría de las políticas revisadas ofrecen una escasa orientación para la gestión de la atención telefónica: ningún centro asegura documentar todas las llamadas (motivadas por evaluar necesidad de consulta presencial, gestión de ambulancia ante urgencias o consejos para atenciones de bajo riesgo). Las directoras de enfermería perciben de forma inadecuada tanto el contenido de políticas y normativas como de protocolos de asistencia. Cuando se han encontrado con estas situaciones de falta de gobernanza clínica, han tenido que proteger a las enfermeras rurales que realizan este tipo de atención sanitaria, que por su disposición a ayudar a la comunidad local y la limitación de presencia física de médicos, han generado una tensión entre la necesidad de establecer una política que satisfaga las necesidades comunitarias y, el cumplimiento asistencial.

Conclusiones

Políticas y procesos de gobernanza clínica coherentes y cohesionados para enmarcar la atención sanitaria telefónica en las áreas rurales, deben desarrollarse aún más y dar cabida a sus complejidades, desde el apoyo de mejores prácticas de cuidados y perfeccionando la calidad y seguridad asistencial. Ampliar la investigación con mayor muestra e incluyendo los mecanismos de protección utilizados desde las directivas enfermeras es necesario para evaluar el liderazgo clínico y determinar su potencial real de mejora de la calidad asistencial, así como su impacto en los resultados en salud de la población rural. La atención telefónica fuera de rigideces de procedimientos clínicos, ha conformado un área de liderazgo asistencial enfermero.

Conflicto de intereses:

No existe. No se ha recibido financiación alguna para este estudio.

Correspondencia: k.knight@atrobe.edu.au

COMENTARIO

Partiendo de un problema "australiano", en nuestro ámbito encontramos situaciones similares. Y aunque las grandes urbes concentran lenta e inexorablemente a la ciudadanía, potenciar mejores resultados de atención sanitaria a personas cada vez más complejas y en su entorno social, no exime ni al mundo rural ni al urbano.

Respalda la provisión de cuidados debe ensalzar el poco valorado liderazgo enfermero en la atención clínica. Investigaciones, barreras, facilitadores, recomendaciones, mejoras... son conocidas y, tal vez hay demasiadas. Retos como colaboración e integración eficaz, redefinición de límites profesionales o coherencia en el modelo de atención a personas con procesos complejos se hacen necesarios, los conocemos, pero ¡no los ponemos en marcha! Mientras, seguimos "fraccionando" la atención a los pacientes desde todas las profesiones: ¿quién habla sobre el liderazgo de la ciudadanía que "nos paga"? El interés es por y para los ciudadanos, aunque muchos no trabajamos por ello: las polémicas deberían ser estériles y centrarnos en debates sobre excelencia asistencial, gestión óptima de recursos, atención integrada (y, hasta sustitución (1) de forma interprofesional y compartida con la ciudadanía (que ya está aquí)...

Seguimos manteniendo barreras para una colaboración eficaz real, siempre con el riesgo de reducir el nivel de calidad de la atención sanitaria ofrecida. Si evaluamos hasta el coste-oportunidad de la derivación de nuestros impuestos a mejorar los cuidados y la calidad de vida, extraigamos objetivos e implementemos acciones de mejora (2)... pero ¿qué digo? Si todo esto ya es conocido por todos y cada uno de nosotros... ¿por qué no lo ponemos en práctica? La cooperación real es tan importante y más en esta época que cualquier acción de colaboración seguro que es positiva para la atención a los pacientes. Y no olvidemos, por favor, compartir...

Sergio García Vicente

Gerencia Departament de Salut Xàtiva-Ontinyent,
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

(1) Laurant MG et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD001271.

doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2

(2) Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014 Jan-Feb;24(1):79-89. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.007.

Obesidad: Navegando con mapas muy primitivos

Cawley J.

An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions.
J Health Econ. 2015;43:244-68.

Contexto

El de los países donde mejor se ha investigado, desde una perspectiva económica, las causas y consecuencias de la obesidad y donde más se ha valorado la efectividad de las políticas encaminadas a paliar el problema.

Material y métodos

Artículo de revisión de la amplísima literatura existente.

Conclusiones

Efecto modesto en el peso y la obesidad de las numerosas variables estudiadas: precio de los alimentos, tiempo de preparación de los alimentos, renta, educación, situación económica e influencia de colegas y compañeros. La magnitud, incluso el signo, de estos efectos varía según género, raza, edad y renta. No parece existir una causa de obesidad dominante; en su lugar, una variedad de factores contribuyen algo y diferentes variables económicas pueden ser relevantes según los grupos que se consideren.

Por el contrario, las consecuencias de la obesidad están claras: salarios más bajos (especialmente en mujeres incluso en rangos de normopeso) y

costes de atención sanitaria más elevados (especialmente derivados de la obesidad mórbida, IMC >35) que imponen externalidades en el resto de la sociedad, las cuales justifican una intervención del Estado. Más difícil resulta justificar la intervención del Estado por supuestos de comportamiento irracional aunque éstos se admitan mejor en niños.

Las investigaciones sobre los abordajes económicos dirigidos a prevenir o tratar la obesidad, sea información adicional sobre alimentos y menús, impuestos sobre alimentos de alto contenido calórico y poco valor nutricional, o incentivos financieros a la pérdida de peso, muestran unos efectos muy pequeños. Así, de la misma forma que no existe una causa única de obesidad tampoco se encuentra una solución mágica al problema; en su lugar, puede necesitarse una amplia panoplia de políticas para conseguir una rebaja substancial en la prevalencia de obesidad. Mucho queda por investigar acerca de cómo la información, los impuestos o los estímulos económicos pueden cambiar los comportamientos.

Financiación: Fundación Robert Wood Johnson.

Conflicto de interés: No consta.

Correspondencia: JHC38@cornell.edu

COMENTARIO

Como Juan Gérvas y Ricard Meneu destacaron (1): "Gracias a las 'vacas locas' los fumadores europeos dejaron de comer carne". La percepción, la aceptabilidad y la gestión de los riesgos son construcciones sociales derivadas de cómo cada colectividad configure lo particularmente indeseable. La alarma suscitada por el episodio de encefalopatía espongiiforme bovina fue mucho mayor que la que crea la epidemia silente de obesidad, la tercera mayor carga de enfermedad que la humanidad se auto-infringe tras el tabaquismo, la violencia armada y la guerra (2).

La revisión comentada reitera –en lo que hace diez años se conocía– lo publicado en GestClinSan (3); confirma, en cualquier caso, las limitaciones de las soluciones parciales. Revertir la epidemia de obesidad no supondrá necesariamente invertir algunas de sus factores contribuyentes, como la reducción del tabaquismo o el cambio tecnológico, que pueden considerarse globalmente beneficiosos. Tampoco bastarán medidas aisladas ni de talla única: Sólo múltiples intervenciones a cargo de gobiernos nacionales y locales, empresas, prensa, educadores, etc. adaptadas a grupos heterogéneos podrán, tras mucho 'ensayo y error' y más investigación, conseguir resultados. Ensayo y error porque las políticas no pueden esperar al asentamiento de la 'ciencia de la obesidad' basada en un conocimiento del comportamiento humano, racional e impulsivo, y de cómo las normas sociales lo configuran.

Cabe esperar prevención primaria y Salud-Educación en todas las políticas. Prevención primaria porque tres cuartas partes del crecimiento a largo plazo de la obesidad se describe por el desplazamiento a la derecha de la distribución del IMC y una cuarta parte por una mayor asimetría de la cola derecha. Salud-Educación en todas las políticas porque uno de los hallazgos más sólidos de la investigación sobre servicios sanitarios es el de que a mayor educación mejor salud así como mayor empleabilidad y salario, mayor eficacia política, participación más alta en actividades de voluntariado y confianza más elevada en otros miembros de la sociedad. La investigación existente sobre el nexo entre educación y obesidad muestra resultados

muy variados y los nulos efectos que obtiene la educación sobre la obesidad no puede descartarse sean debidos al cálculo de promedios que oculta diferencias muy significativas, y de signos opuestos, entre diferentes subgrupos. Cutler et al. (4) encuentran que la asociación entre educación y obesidad varía considerablemente entre países, lo que sugiere puede variar según región y cultura... e implica, sobre todo, que también para prevenir y tratar la obesidad importarán mucho las circunstancias de cada país: sus reglas de juego, su seguridad, su grado de desigualdad... ya que muy posiblemente no existirán unas 'leyes universales de la obesidad' pues no podrá ignorarse el papel central de las instituciones políticas y económicas en la distribución de la misma. Como dice Dani Rodrick, el mundo social se diferencia del mundo físico porque está hecho por el hombre (es maleable) y no puede pretender cartografiar el mundo, como en el cuento de Borges, a escala 1:1; la simplificación es necesaria. A diferencia de las ciencias naturales, la Economía avanza científicamente no mediante la sustitución de modelos viejos por otros mejores, sino ampliando la biblioteca de modelos. Se trata de aprender cómo funcionan causas y consecuencias de la obesidad y, después, averiguar cuáles son las más relevantes en un entorno particular.

Vicente Ortún

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

(1) Gérvas J, Meneu R. Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24(Supl 1):33-6.

(2) McKinsey Global Institute. Overcoming obesity: An initial economic analysis. Documento de debate, noviembre 2014.

(3) González López-Valcárcel B. La obesidad como problema de salud y como negocio. GestClinSan. 2005;7(3):83-7.

(4) Cutler D, Huang Wei, Lleras-Muney A. When does education matter? The protective effect of education for cohorts graduating in bad times. Soc Sci Med. 2015;127:63-73.

La Carga Global de la Enfermedad en la Transición Epidemiológica

GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet. 2015 Aug 27. pii: S0140-6736(15)61340-X.

Objetivo y método

El estudio de la Carga Global de Enfermedad (CGE) 2013, o *Global Disease Burden* (GBD) en lengua inglesa, pretende reunir todos los datos epidemiológicos disponibles utilizando un marco coherente de medición, métodos de estimación estandarizados, y las fuentes de datos transparentes para permitir comparaciones de la pérdida de la salud a través del tiempo y a través de las causas, grupos de edad y sexo, y países. Para generar medidas de resumen se utilizaron los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y la esperanza de vida sana (EVAS) que hacen posible evaluaciones comparativas de los amplios patrones epidemiológicos entre países y el tiempo. Estas medidas de resumen puede también ser utilizadas para cuantificar los componentes de variación en epidemiología que se relacionan con el desarrollo sociodemográfico. Se utilizaron los datos publicados por el GBD 2013, teniendo en cuenta la mortalidad en cada grupo etario, años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVPP) y los años vividos con discapacidad (AVD) para calcular los AVAD y EVAS para 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, y 2013 para 188 países.

Resultados

En todo el mundo, entre 1990 a 2013, la esperanza de vida al nacer aumentó en 6,2 años, desde 65, 3 años a 71. La EVAS al nacer aumentó en 5,4 años. Los AVAD totales cayeron un 3,6% (0 – 3.7 – 4), y las tasas de AVAD estandarizadas por edad por 100.000 personas en un 26,7%. El estado sociodemográfico explicó más de 50% de la varianza entre países y en el tiempo para diarrea, enfermedades infecciosas comunes; trastornos maternos; trastornos neonatales o deficiencias nutricionales; otras enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. Sin embargo, el estado sociodemográfico explicó menos de 10% de la varianza en las tasas de AVAD para las enfermedades cardiovasculares; respiratorias crónicas; cirrosis; diabetes, las urogenitales, sangre, y endocrino; y las lesiones no intencionales.

Financiación: Bill & Melinda Gates Foundation.

Conflicto de interés: Diversos declarados.

Correspondencia: cjm@uw.edu

COMENTARIO

El estudio de la CGE proporciona una herramienta para cuantificar la pérdida de salud que generan cientos de enfermedades, lesiones y factores de riesgo, por los que los sistemas de salud pueden y deben ser mejorados, así como que las disparidades puedan ser eliminadas. Con el fin de alinear los sistemas de salud con las poblaciones a las que sirven, las autoridades políticas primero deben comprender la verdadera naturaleza de los retos de salud de su país y cómo esos desafíos cambian a lo largo del tiempo. Ello significa ir más allá de la mera estimación de la prevalencia de una enfermedad, tal como el número de personas que presentan depresión, diabetes, cáncer de mama, etc. en una población. La investigación de la CGE incorpora tanto la prevalencia de la enfermedad, o factor de riesgo dado, como el daño relativo que causan. Las herramientas que estiman la CGE permiten a los decisores comparar los efectos de diferentes enfermedades, de diversa y dispar índole y, a continuación, utilizar esa información en un ámbito de país concreto.

Esta información y su análisis ayudarán en la toma de decisiones en torno a los retos de futuro, como el que supone la transición epidemiológica. En general la variación metodológica entre los estudios complica evaluar si las diferencias en las estimaciones de AVAD se deben a diferencias reales en salud de la población o si éstas son el resultado de las citadas diferencias metodológicas. Un punto fuerte de este estudio es la superación de estas deficiencias metodológicas, ya que estandariza y propone un enfoque basado en el cálculo de AVAD y EVAS.

En conclusión de los autores la salud mundial está mejorando. El crecimiento demográfico y el envejecimiento han elevado número de AVAD, pero las tasas brutas se han mantenido relativamente constantes, lo que demuestra que el progreso en la salud no significa un menor número

de demandas en los sistemas de salud. La idea de una transición epidemiológica en la que el aumento de estatus socio-demográfico conlleva un cambio en la carga de la enfermedad es útil, pero hay una enorme variación en la carga de la enfermedad que no está asociada con el estatus socio-demográfico. Esto pone de relieve la necesidad de que las evaluaciones de AVAD y EVAS (basado en el cálculo de AVPP y AVD) sean específicas de cada país, para así poder realizar de manera adecuada la toma de decisiones de política de salud y las acciones concomitantes derivadas de las mismas.

Es un reto para todo investigador (o grupo de investigadores) desarrollar procedimientos más detallados de armonización si cabe que los utilizados en el presente estudio, y directrices claras que aumenten la calidad metodológica y permitan una mayor comparabilidad de los estudios de CGE.

José Manuel Martínez Sesmero

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

(1) Mathers CD, Vos ET, Stevenson CE, Begg SJ. The burden of disease and injury in Australia. *Bull World Health Organ* 2001;79:1076-1084.

(2) Murray CJL, Lopez AD: The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.

(3) The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.

(4) Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

(5) Simons EA, Reef SE, Cooper LZ, Zimmerman L, Thompson KM. Systematic Review of the Manifestations of Congenital Rubella Syndrome in Infants and Characterization of Disability-Adjusted Life Years (DALYs). *Risk Anal.* 2014 Aug 12. doi:10.1111/risa.12263.

¡Precaución amigo conductor! Niños a bordo y malos humos

Vitória PD, Machado JC, Ravara SB, Araújo AC, Samorinha C, Antunes H, Rosas M, Becoña E, Precioso J.

Portuguese children's exposure to second-hand tobacco smoke in the family car.

Gaceta sanitaria. 2015;29(2):131-34.

Resumen

El objetivo de este estudio es conocer el grado de exposición al humo del tabaco de los niños portugueses durante su transporte en el automóvil familiar de algún miembro fumador. Para ello se realizó una encuesta por escrito a más de 3.000 niños con una edad aproximada de 9 años, repartidos en diferentes centros escolares del país luso. En dicho cuestionario, se preguntó por qué miembros de su familia eran fumadores (definiéndolos como frecuentes, ocasionales o no fumadores) y si estas personas fumaban en el interior del coche mientras ellos estaban presentes (permitiendo las respuestas de: a veces, siempre o nunca).

Los resultados del estudio mostraron que el 52% de los encuestados tenían al menos un miembro fumador en su familia y que la exposición al humo del tabaco en el coche familiar se daba en el 28,9% de los casos.

Entre los niños que comunicaron miembros de su familia fumadores, el porcentaje de exposición aumentaba hasta el 46,9%. Los niños con algún miembro fumador mostraron una exposición al tabaco hasta incluso cinco veces mayores que aquellos en las que sus familiares no fumaban. Dependiendo de los centros escolares esta cifra variaba entre las 2,32 a 7,12 veces más.

Estos hallazgos, en línea con otros ya publicados, encuentran niveles de exposición al humo del tabaco en menores de edad como consecuencia de su transporte en el automóvil familiar extremadamente frecuentes.

Financiación: Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: pvitoria@fcsaude.ubi.pt

COMENTARIO

Los resultados de este trabajo realizado entre niños de nuestro país vecino, con unas características socioeconómicas y culturales muy próximas a las nuestras, pueden ser fácilmente extrapolados a nuestro medio. El efecto nocivo sobre los niños que tiene el humo del tabaco –tanto su inhalación activa como pasiva– es ampliamente conocido, siendo esta población mucho más vulnerables debido a sus propias características fisiológicas (1). Además el efecto concentrador que tiene fumar en el interior de un habitáculo tan pequeño como el de un vehículo puede amplificar dichos perjuicios.

Desde un punto de vista tanto legal como de opinión de la sociedad, se tienen muy asumidas diversas medidas relacionadas con la exposición al tabaco, encaminadas a proteger la salud de los no fumadores y más aún si estos son menores de edad. Entre dichas medidas dirigidas a la población infantil, destacan la prohibición de la venta de tabaco –en cualquiera de sus formas comercializadas actualmente–, e incluso la prohibición de fumar en lugares públicos frecuentados por niños (colegios, guarderías, aulas de ocio infantil...).

Recientemente se presentaron los positivos resultados para la salud de nuestra sociedad derivados de la última modificación normativa sobre el tabaco, la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010 (2). La iniciativa más importante de dicha ley fue la extensión de la prohibición de fumar en cualquier tipo de espacio de uso colectivo, local abierto al público, que no estuviera al aire libre, e incluso a al-

gunos lugares abiertos y limitar lo que se entiende por espacio cubierto.

Resulta paradójico que aún en nuestro país estas medidas no se hayan ampliado al ámbito del automóvil familiar y más si cabe durante la presencia de menores. Quizás esta política pudiera entenderse como una violación de los derechos individuales de cada uno, sobre todo teniendo en cuenta el hecho de legislar en el ámbito privado de las personas (su propio vehículo). Sin embargo ya existen países pioneros que han legislado a este respecto, primando los derechos del menor, como puede ser Gran Bretaña el pasado mes de enero, país que se ha unido a otros como Australia, Sudáfrica y Estados Unidos. Lo que más destaca de este estudio portugués es la necesidad de una mayor educación sanitaria acerca de la exposición al humo del tabaco y sus efectos nocivos.

Pedro Gemio Zumalave

Servicio de Farmacia Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria).

(1) Öberg M, Jaakkola MS, Prüss-Üstün A, Schweizer C, Woodward A, Organization WH. Second-hand smoke: Assessing the burden of disease at national and local levels: World Health Organization; 2010.

(2) Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. In: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, editor. 2013.

GCS EN LA RED

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

¿Son útiles las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida para pacientes con enfermedades graves?

Austin CA, Mohottige D, Sudore RL, Smith AK, Hanson LC.

Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review.
JAMA Intern Med. 2015;175(7):1213-21.

Importancia

Las enfermedades graves deterioran el funcionamiento y son una amenaza para la supervivencia. Los pacientes que sufren estas enfermedades valoran la toma de decisiones compartida (TDC), sin embargo actualmente se dispone de pocas herramientas de ayuda para la toma de decisiones (HATD) que aborden las necesidades de estos pacientes.

Objetivo

Revisión sistemática para identificar y evaluar las HATD disponibles.

Método

Búsquedas en PubMed, CINAHL y PsychInfo (enero-1995 hasta octubre-2014) y estudios adicionales a partir de referencias y otras revisiones. Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados que evaluaran herramientas impresas, videos o webs para la planificación anticipada del cuidado o HATD para enfermedades graves. Se extrajeron datos y evaluó el riesgo de sesgo usando criterios GRADE. Cada herramienta se evaluó por su efecto sobre los resultados en los pacientes y accesibilidad.

Resultados

Diecisiete ensayos controlados aleatorizados evaluaron HATD en enfer-

medades graves. Casi todos fueron de calidad moderada a alta y mostraron que las herramientas mejoran el nivel de conocimiento del paciente en general y sobre las opciones de tratamiento. Las herramientas abordan la planificación anticipada del cuidado, cuidados paliativos y metas de la comunicación en el cuidado, alimentación en demencias, trasplante de pulmón en fibrosis quística y “decir la verdad” en el cáncer terminal. Cinco ensayos controlados aleatorizados muestran que las HATD mejoran el proceso de documentación en la planificación anticipada del cuidado, las decisiones clínicas y el tratamiento recibido.

Conclusiones

Los clínicos pueden utilizar las HATD para implicar a los pacientes con enfermedades graves en el proceso de TDC. Esta área de investigación está en fases tempranas y requiere de investigaciones futuras para desarrollar nuevas HATD para otros diagnósticos y decisiones claves en la práctica. Los servicios sanitarios deberían priorizar el uso de las HATD disponibles que están basadas en la evidencia científica y son eficaces.

Financiación: National Institute on Aging.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: aura_hanson@med.unc.edu

COMENTARIO

Habitualmente las personas con enfermedades graves, sus cuidadores y familiares tienen que afrontar decisiones complejas sobre su cuidado, siendo necesario considerar sus valores y preferencias. En este contexto se reconoce la importancia de una adecuada comunicación y el uso del modelo de toma de decisiones compartida (TDC). Esta nueva conceptualización de la relación profesional-paciente, en la que el profesional ofrece sus conocimientos técnicos y el balance riesgo-beneficio de las opciones, mientras que el paciente aporta el conocimiento personal sobre sus valores y preferencias, ha favorecido el desarrollo de herramientas de ayuda para la toma de decisiones (HATD). Las HATD surgen para favorecer este proceso de TDC, contribuyendo a informar, a partir de la mejor evidencia científica, a los pacientes y cuidadores, sobre las diferentes opciones disponibles, incorporando sus valores y preferencias en la TDC (1).

Los avances en esta área son crecientes y así lo demuestra esta revisión sistemática de Austin et al., sobre las HATD para mejorar la comunicación y el proceso de TDC con personas con enfermedades graves, en la que los autores identificaron 17 ensayos controlados aleatorizados de calidad moderada a alta. En general, los resultados muestran que estas HATD mejoran el conocimiento de los pacientes y los preparan mejor para participar en la TDC, incluyendo aspectos que abordan la planificación anticipada del cuidado, cuidados paliativos y metas de la comunicación en el cuidado, alimentación en demencias, trasplante de pulmón en fibrosis quística y “decir la verdad” en el cáncer terminal.

Sin embargo, existe poca información sobre el deseo de participación de estos pacientes en la TDC. ¿Quieren estar informados?, ¿están preparados para participar?, ¿están interesados en dialogar con los clínicos? La evidencia en otras condiciones médicas sugiere que una mayoría de pacientes desean estar informados, si bien un número no despreciable prefiere dejar la responsabilidad de las decisiones sobre su cuidado a los profesionales. La particularidades de la atención a las enfermedades graves puede añar

dir nuevos condicionantes, como que los pacientes (y profesionales) deseen evitar hablar sobre algunos temas si no ha habido previamente un diálogo sobre sus valores y preferencias (en fases iniciales cuando el paciente tenía mejor estado de salud), o que los profesionales no deseen aproximarse a los pacientes en esta fase tan avanzada por miedo a ser vistos como un fracaso para su “cura” o porque quizás todavía desean mantener la esperanza. En este sentido, ¿cuándo es el momento adecuado? Queda por demostrar si una intervención en fases tempranas, desde el momento del diagnóstico o en una fase más estable de la enfermedad pueda favorecer el diálogo y los resultados obtenidos.

A pesar de sus beneficios, este modelo y el uso de las HATD para las enfermedades graves está poco implementado en la práctica (2). Se requieren estudios que evalúen nuevas HATD para pacientes con otras enfermedades graves en los que se evalúe no solo las mejoras en el nivel de conocimiento de los pacientes (que ya ha sido ampliamente demostrado), sino cómo ese cambio en el conocimiento influye en la TDC, en la concordancia entre valores y preferencias de los pacientes y las decisiones tomadas, así como en la satisfacción con el cuidado.

Asimismo, algunos estudios sugieren que estas HATD podrían disminuir el uso inapropiado de recursos y la variabilidad en la práctica clínica, si bien la evidencia al respecto es muy limitada (3). Estas hipótesis requieren ser valoradas en profundidad en el ámbito de las enfermedades graves.

Lilisbeth Perestelo-Perez

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, REDISSEC.

(1) Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD001431.

(2) Jones J, et al. Shared decision making and the use of a patient decision aid in advanced serious illness: provider and patient perspectives. *Health Expect.* 2014.

(3) Walsh T, et al. Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. *BMJ.* 2014;348:g188.

Un marco para la implantación y mantenimiento de una evaluación del desempeño centrada en el paciente

Basch E, Spertus J, Dudley RA, Wu A, Chuahan C, Cohen P, et al.

Methods for Developing Patient-Reported Outcome-Based Performance Measures (PRO-PMs). Value Health. 2015;18(4):493-504.

Justificación

Los autores definen los “resultados informados por el paciente” como la información sobre el estado de salud en la condición clínica de cada paciente proporcionada directamente por éste, sin interpretación por el clínico u otra persona. Su uso para evaluar el desempeño busca estimular a los clínicos y a las organizaciones sanitarias a adoptar procedimientos que mejoren los resultados en salud experimentados por los pacientes.

Objetivo

Recomendar métodos que permitan medidas del desempeño basadas en los resultados en salud informados por el paciente: síntomas, estado funcional y calidad de vida relacionada con la salud.

Método

Se reunió un panel de expertos en evaluación del desempeño, en medidas de resultado informadas por pacientes, en investigación clínica, en investigación en servicios de salud, así como clínicos y representantes de pacientes. Este panel completó un análisis del entorno, buscando iniciativas que evaluaran el desempeño a través de los resultados comunicados por los pacientes, y una revisión de la literatura. Identificados los estudios donde se hacía uso de los resultados comunicados por el paciente para la evaluación del desempeño (PRO-PM), fueron identificados aquellos hallazgos clave de cada uno de ellos y las lecciones aprendidas tras su aplicación.

Resultados

De los 21.342 títulos identificados en la búsqueda bibliográfica, trece fueron seleccionados para determinar los hallazgos clave y las lecciones aprendidas.

Se seleccionaron nueve buenas prácticas para proporcionar justificación para usar un PRO-PM; describir el contexto; elegir una medida significativa para los pacientes; mostrar pruebas del análisis de sensibilidad; evaluar los datos perdidos; y finalmente, establecer un marco metodológico para la implementación de estas medidas. Se refieren cinco propósitos –no excluyentes– de los PRO-PM: Valoración de qué pacientes son apropiados, qué tratamiento concreto es apropiado para un paciente individual; valorar el impacto clínico y/o de gestión del autocuidado; dar apoyo a otras medidas de desempeño; valorar el proceso de uso de PROs en clínica.

Los autores plantean algunos retos: ¿cómo debería recogerse esta información?; ¿cuándo deberían realizarse las evaluaciones?; ¿quién debería revisar esta información?; ¿deberían implementarse acciones clínicas tras su reconocimiento?; ¿cómo maximizar el reclutamiento?; ¿cómo analizar los datos perdidos?; y, ¿cómo considerar la posibilidad de que aquellos pacientes más graves no comuniquen su situación?

Conclusiones

La identificación de buenas prácticas para el uso de los PRO en la evaluación del desempeño permite establecer un marco conceptual para el mantenimiento e implantación de una evaluación del desempeño centrada en el paciente.

Financiación: American Medical Association

Correspondencia: ebasch@med.unc.edu

COMENTARIO

Existe evidencia empírica que indica que el uso de incentivos basados sólo en objetivos de actividad puede tener efectos adversos (1). En cambio, diferentes experiencias demuestran cómo los incentivos basados en el desempeño tienen beneficios a corto plazo (2), que incluso permanecen en el tiempo aunque se promuevan otros indicadores de desempeño (3).

Entre los indicadores de resultados en salud, el uso de los comunicados por el paciente (PRO) para evaluar el desempeño, es poco frecuente. Los resultados comunicados por el paciente permiten reducir la brecha entre la información de los clínicos y la vivencia del paciente, conducen a una mejor comunicación y mejoran la satisfacción de los pacientes con los cuidados. Sin embargo, el uso de estos resultados en la práctica clínica habitual plantea barreras técnicas, sociales, culturales, legales y logísticas. Los médicos a menudo son reacios a utilizar PRO rutinariamente debido que temen que se sumará a su carga de trabajo, en lugar de hacerlo más eficiente y eficaz. Además, muchos médicos sostienen que no necesitan información adicional de los pacientes. Los pacientes generalmente aceptan estos procedimientos, aunque puede haber una tendencia a rehusar la participación; por lo que estas pérdidas de información precisan de evaluación para ajustar su peso en los resultados (4).

Entre las experiencias recogidas por los autores destaca la llevada a cabo por el *National Health Service* en Inglaterra y Gales por las similitudes con nuestro sistema sanitario público. Desde 2009, todos sus proveedores están obligados a recoger datos de resultados informados por los pacientes que han sido sometidos a cirugía de prótesis de cadera, de rodilla, cirugía

de varices y de hernia inguinal. Existen penalizaciones si no recogen más de un 50% de esa información, lo que ha condicionado una mejora en su registro, aunque no se han podido demostrar cambios favorables en los resultados en salud en todos los estudios (5).

El artículo permite identificar aquellos aspectos claves para el desarrollo de PROs que facilitan la evaluación del desempeño y remarcan experiencias que son buenos ejemplos de cómo se puede implantar un programa de pago por desempeño articulado sobre la visión de los pacientes y los resultados en salud que perciben.

José Luis García López

Subdirección Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

(1) Palmer KS, et al. Activity-based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PlosOne*. 2014;9(10):1-14.

(2) Harrison MU, et al. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ*. 2014 Nov 11;349:g6423.

(3) Kontopantelis E, et al. Withdrawing performance indicators: retrospective analysis of general practice performance under UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*. 2014 Jan 27;348:g330.

(4) Gomesa M, et al. Addressing missing data in patient-reported outcome measures (proms): implications for the use of proms for comparing provider performance. *Health Econ*. 2015 Mar 5. doi:10.1002/hec.3173.

(5) Gutacker N, et al. Should English healthcare providers be penalised for failing to collect patient-reported outcome measures? A retrospective analysis. *J R Soc Med*. 2015;108(8):304-316.

La joie de vivre

Manuel Arranz

Giuseppe Scaraffia

Los grandes placeres, trad. de Francisco de Julio Carrobles, Cáceres, ed. Periférica, 2015.

Lo eterno, en todo caso, es más bien un volante en un vestido que una idea.

Benjamin

Continuando con nuestro propósito de proporcionar lecturas gozosas a los lectores de *Gestión Clínica*, traemos en esta ocasión un librito singular, que hará las delicias de los lectores curiosos, y si no son curiosos, no son lectores, de título inequívoco: *Los grandes placeres*. Sí, han leído bien, grandes, no pequeños. Aunque en realidad más que de los grandes placeres de esta vida, el librito trata de los placeres de los grandes (*I piaceri dei grandi*), pero el traductor, con buen tino a nuestro juicio, ha preferido invertir los términos. *Y si no e vero e ben trovato*. Porque con los placeres sucede como con los vicios y las virtudes, que cuando son grandes y excesivos acaban convirtiéndose en pequeños y anodinos, o incluso en desaparecer (no desaparece la causa, pero el efecto ya no es el mismo), pero cuando son pequeños y sutiles, crecen y crecen hasta llegar a convertirse en la única razón de nuestra existencia. O casi. De vicios y de virtudes no es preciso que les hable, pues todo el mundo sabe que los grandes virtuosos son en el fondo, y a veces hasta en la superficie, grandes viciosos, y los grandes viciosos, grandes virtuosos disfrazados, o travestidos si lo prefieren. De manera que el librito en cuestión trata de los placeres de los grandes (y aquí grandes quiere decir fundamentalmente, aunque no únicamente, grandes escritores, no vayan a pensar en otras grandezas), pero también de pequeños y sencillos placeres como la comida, la bebida, el café, alojarse en un hotel, ir en bicicleta, los cruceiros, el chocolate, el champán, pasear... vamos, de cosas que todos solemos hacer a menudo sin considerarlas especialmente placeres (tal vez porque las hacemos a menudo) y que los grandes escritores, que son hombres como los demás, a veces incluso peores, también han practicado a menudo. Habrá anécdotas que ya conozcan y otras que echen de menos, pero, en conjunto, el librito es un delicioso catálogo de esas locuras que llamamos placeres y nos hacen más humanos. Digresión: Un gran hombre (o una gran mujer) no quiere decir un hombre (o mujer) buenos. Grande y bueno son dos adjetivos que juntos se pueden aplicar a muy pocas cosas y en muy pocas ocasiones. Y un hombre bueno es difícil de encontrar. Recuerdo que Auden, otro grande que no sale en este librito, pero que hubiera hecho sin duda un buen papel en el capítulo sobre la ebriedad, decía que uno de los pocos hombres grandes a quien le hubiera gustado conocer era a Verdi, otro grandísimo que tampoco sale en el librito. "En el caso de la mayoría de los hombres, me contento con disfrutar de su obra. Hay muy pocos que además me inspiren el deseo de haberlos conocido personalmente, y Verdi es uno de ellos", escribe en "*un genio y un caballero*". Fin de la digresión.

Entre 1905 y 1906, Matisse pintó su hoy celebrísimo cuadro *La joie de vivre*, título que hemos tomado prestado para esta reseña. Una colorida alegoría de algunos de los placeres de la vida, en la que a decir de los críticos de arte el tratamiento de la imagen está más ligado a las emociones del artista que a la propia realidad. Es posible. Le pasa a casi todo el mundo. El principio de la realidad es en realidad un fin, si me permiten una frase tan críptica como banal. Pero lo que yo me pregunto es por el estado de ánimo del pintor mientras pintaba un cuadro que había decidido llamar *La joie de vivre*, porque muy bien podía estar deprimido, o triste, o aburrido, o resentido, a fin de cuentas nadie le hacía mucho caso todavía, y parece que Matisse fue un individuo algo neurótico, y en cualquier caso no precisamente alegre. Y me lo pregunto porque sospecho que no hay una relación, digamos de causalidad, entre el estado de ánimo del creador (pintor, escritor, músico, poeta...) y la obra que crea. Por lo demás, las relaciones de causalidad suelen establecerse casi siempre *a posteriori*, cosa que da qué pensar. Puedo estar equivocado. "La alegría, dice el filósofo Clément Roset, es la condición necesaria, si no de la vida en general, al menos de una vida llevada de forma consciente y con conocimiento de causa, pues consiste en una locura que paradójicamente permite –y es la única que lo permite– evitar el resto de las locuras, mantenerse a salvo de la neurosis y de la mentira permanente". Claro que años más tarde, el mismo Clément Roset, en plena depresión, escribía: "El conocimiento de uno mismo es inútil y aburrido. Quien se examina a menudo no progresa nada en el conocimiento de sí mismo. Y cuanto menos se conoce uno, mejor se encuentra". Pero dejemos a los filósofos y sus benditas contradicciones, y sigamos con nuestros placeres.

Los placeres, grandes o pequeños, parecen en definitiva un buen tema. Uno puede abandonarse a ellos o bien escribir, o pintar, sobre ellos, una forma indirecta de abandonarse. Un tema que ha apasionado siempre a autores de todos los tiempos, y desde el principio de los tiempos, como se suele decir, aunque con el paso del tiempo los placeres hayan cambiado mucho, como también ha cambiado el arte, y como el arte también, hoy la mayoría de los placeres están al alcance de todo el mundo, de lo que supongo hay que felicitar. Tal vez la única diferencia entre grandes y pequeños placeres estribe sólo en la intensidad del propio placer, en la proporción, en la medida. Si beber es un placer, beber mucho puede fácilmente dejar de serlo, y así con el resto de placeres que dejo a su imaginación; aunque personalmente pienso que algunos placeres no se pueden dosificar, y que no hay nada más contrario al placer que la mesura y la moderación. Lo bueno, si breve, dos veces bueno, es una de las máximas más hipócritas y falsas que hay; la mayoría de los lugares comunes lo son, precisamente porque son comunes. O quizás, como dice el autor de este librito, y han dicho otros sabios antes que él, "los objetos del deseo existen sólo a distancia, y cuando se los alcanza no nos queda de ellos nada entre las manos". Peliagudo asunto éste. Aquí, como casi siempre pasa en que sale a colación el deseo y el placer, hay que hilar muy fino, y no confundir el hambre con las ganas de comer.

Seguramente todo el mundo sabe que Balzac no era precisamente muy limpio, un placer que compartió con la afición al café y a endeudarse. Aunque en materia de limpieza ha habido casos en la historia verdaderamente notables, algunos de los cuales, que rayan en lo escatológico, nos cuenta el autor en el capítulo "*Sucio*". Y la mayoría tenían amantes, "aunque a veces era necesario tomar precauciones", nos dice a renglón seguido. "Se dice que Shopenhauer era también pesimista sobre la utilidad del jabón". Aunque yo a Shopenhauer se lo perdono todo. Y la ebriedad, otro clásico placer, vulgarmente conocida como borrachera, ha hecho correr mares de tinta, mares de alcohol sería tal vez más exacto en este caso, entre escritores (sin querer quitarles mérito en este terreno a otros profesionales). Ya sé que puede parecer sospechoso que alguien encuentre placer en la mugre o en perder el conocimiento, pero en cambio nadie se extraña de que se lo encuentre en la limpieza o en el deporte. Si traigo este ejemplo a colación, me refiero a la mugre, cuando podía haber hablado del capítulo de la seda, del de los besos, o mejor aún, del de los senos, placeres nobles donde los haya, con muchos adeptos, y adictos también, es porque todos los placeres tiene su contrario, que tiene los mismos derechos a ser considerado un placer. En este librito hay algunos ejemplos, además del mencionado (dieta / glotonería; ebriedad / sobriedad; perro / gato) pero la vida está llena de ellos. Incluso, en algunas ocasiones, la misma persona puede encontrar placer en dos placeres antagónicos, alternativa, y, en muchos casos, simultáneamente.

Los cruceiros (¿sabían que Le Corbusier tuvo una aventura con Joséphine Baker en el *Lutecia*), el café, las deudas (hoy este placer está al alcance de todo el mundo), las flores (aunque no representan ya lo que representaban desgraciadamente), la fotografía, los jardines, que, como las flores, tampoco se encuentran en su mejor momento, los animales de compañía, la moda, los tatuajes, mirarse en el espejo... placeres algunos inocentes, aunque soy de la opinión que no hay placer inocente, y otros, como los últimos citados, algo sospechosos. Placeres unas veces de los propios autores y otras de sus personajes, lo que viene a ser casi lo mismo. Cada capítulo, 58 si no he contado mal, trata de un pequeño gran placer visto, o practicado, o sufrido, por algunos de los grandes escritores y otros grandes (algún actor, algún pintor, algún filósofo, algún arquitecto...) de cualquier época, aunque abundan más los ejemplos modernos, y con moderno me refiero al siglo XX, aunque no siempre, más bien casi nunca, lo fuese. ¿Que de qué escritores hablo? Hemingway, Maeterlinck, Bernanos, Céline, D'Annunzio, Gautier, Manzoni, Colette, Maupassant, Virginia Woolf, Sartre, Simone de Beauvoir, Fitzgerald, Joyce, Balzac, Benjamin, Baudelaire, Cocteau, Capote... y unos cuantos más, sí, yo también lo he observado, no hay ningún español, aunque no creo que sea por falta de ejemplos... y claro, también, del propio autor, Giuseppe Scaraffia, que aunque no nos confiese sus placeres, podemos fácilmente adivinarlos.

EDITORIALES

Las prestaciones sanitarias en los sistemas públicos. López-Casasnovas G.	1	3
La incorporación de nuevos medicamentos al SNS: innovación, accesibilidad y sostenibilidad. Peiró S.	1	5
Inversión pública y beneficios privados: a propósito de los nuevos antivirales de acción directa contra la hepatitis C. Pons JMV. .	2	39
Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad. Del Llano Señaris J.	3	79
Las implicaciones de la Asociación Transatlántica de Comercio e Inversión (TTIP) para la salud pública europea. Estupiñán Rome-ro FR.	3	81

ELEMENTOS PARA UN DEBATE INFORMADO

Nuevos medicamentos: ¿cuánto se innova? Campillo Artero C.	1	7
Trayectorias adaptativas en las decisiones de autorización, cobertura y precio de los nuevos medicamentos. Una aproximación cua-litativa centrada en los tratamientos oncológicos. Artells JJ, Campillo Artero C, Meneu R, Peiró S.	2	52
Los efectos sobre la productividad en la evaluación económica: ¿controversia metodológica o ideológica? Rovira J.	3	83

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

Gestionar el conocimiento clínico con píldoras digeribles. Marín I, resumen y comentario de: Del Fiol G, Workman TE, Gorman PN. Clinical questions raised by clinicians at the point of care. A systematic review. JAMA Intern Med. 2014;174(5):710-8. doi:10.1001/jamainternmed.2014.368	1	10
Formación médica continuada: anclada en la falta de orientación al cambio de prácticas. Romanos Rodríguez A, Cabanillas Moruno JL, resumen y comentario de: Légaré F, Freitas A, Thompson-Leduc P, Borduac F, Luconi, F, Boucher A, et al. The majority of accred-ited continuing professional development activities do not target clinical behavior change. Academic Medicine. 2015;90(2):197-202	1	11
Derivaciones entre hospitales: cooperación y mejora de calidad. Camprubí García J, resumen y comentario de: Lomi A, Mascia D, Vu DQ, Pallotti F, Conaldi G, Iwashyna TJ. Quality of care and interhospital collaboration: a study of patient transfers in Italy. Med Care. 2014;52:407-14	1	12
¿Deprescribimos? Protocolo para reducir polifarmacia inapropiada. García Gil, resumen y comentario de: Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, Gnjdic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34	2	43
La revisión de intervenciones interdisciplinares en unidades de hospitalización general reitera la necesidad de mejorar nuestros indicadores de resultados. Lorenzo Martínez S, resumen y comentario de: Pannick S, Davis R, Ashrafiyan H, Byrne BE, Beveridge I, Athanasiou T, Wachter RM, Sevdalis N. Effects of Interdisciplinary Team Care Interventions on General Medical Wards: A Systematic Review. JAMA Intern Med. 2015;175(8):1288-98	2	44
Los ensayos clínicos comparativos están mayormente patrocinados por la industria y sus resultados casi siempre favorecen al pro-motor. Catalá López F, resumen y comentario de: Flacco ME, Manzoli L, Boccia S, Capasso L, Aleksovska K, Rosso A, Scaiola G, De Vito C, Siliquini R, Villari P, Ioannidis JP. Head-to-head randomized trials are mostly industry sponsored and almost always favor the industry sponsor. J Clin Epidemiol. 2015;68(7):811-20	2	45
Tratamiento antirretroviral: mejores resultados con mayor adherencia y de más duración. Navarro Aznárez H, resumen y comenta-rio de: Boussari O, Subtil F, Genolini C, Bastard M, Iwaz J, Fonton N, et al. Impact of variability in adherence to HIV antiretroviral ther-apy on the immunovirological response and mortality. BMC Med Res Methodol. 2015;15:10	3	87
Sin baremo académico el maratón del médico especialista empieza con un "sprint". Lorusso N, resumen y comentario de: Dávila-Quintana CD, López-Valcárcel BG, Barber P, Ortún V. El baremo académico en el acceso a la formación médica especializada en España. Fund Educ Med. 2015;18(3):219-24	3	88

EFFECTIVIDAD: TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, EFECTOS ADVERSOS

Los cribados poblacionales: una prevención ilusoria. Romero Tabares A, resumen y comentario de: Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. Int J Epidemiol. 2015;44(1):264-77. doi:10.1093/ije/dyu140	1	13
Opioides y dolor crónico no oncológico: prudencia para equilibrar efectividad y riesgos. Villegas Portero R, resumen y comentario de: Chou R, Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: A systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med. 2015; 162(4):276-86. doi:10.7326/M14-2559	1	14
Muchos medicamentos de uso común en personas mayores se asocian a lesiones por caídas. Domínguez Camacho JC, resumen y comentario de: Kuschel BM, Laflamme L, Möller J. The risk of fall injury in relation to commonly prescribed medications among older people—a Swedish case-control study. Eur J Public Health. 2014; doi:10.1093/eurpub/cku120	1	15
Los algoritmos de autocuidado mejoran el control en los pacientes hipertensos. Gosalbes Soler V, resumen y comentario de: McManus RJ, Mant J, Hague S, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, et al. Effect of self-monitoring and medication self-titration on sys-tolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease. The TASMIN-SR randomized clinical trial. JAMA. 2014;312(8):799-808. doi:10.1001/JAMA.2014.10057	1	16
Disruptores endocrinos: cada vez más evidencia sobre sus efectos sobre la salud y sus consecuencias económicas. García Altés A, resumen y comentario de: Trasande L, Zoeller RT, Hass U, Kortenkamp A, Grandjean P, Peterson Myers J, DiGangi J, Bellanger M, Hauser R, Legler J, Skakkebaek NE, Heindel JJ. Estimating burden and disease costs of exposure to endocrine-disrupting chemicals in the European Union. JCEM. doi:http://dx.doi.org/10.1210/jc.2014-4324	2	46
Buenos resultados a largo plazo de la gastrectomía longitudinal en cirugía de obesidad, aunque no tan espectaculares. Bañuls Matoses A, resumen y comentario de: Golomb I, Ben David M, Glass A, Kolitz T, Keidar A. Long-term Metabolic Effects of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. JAMA Surg. 2015 Aug 5	2	47
La radioterapia mejora la supervivencia en cáncer de pulmón de mal pronóstico. Medina JA, resumen y comentario de: Slotman BJ, van Tinteren H, Praag JO, Knegjens JL, El Sharouni SY, Hatton M, et al. Use of thoracic radiotherapy for extensive stage small-cell lung cancer: a phase 3 randomised controlled trial. Lancet. 2015;385(9962):36-42	3	89
Tratamiento invasivo del ictus isquémico: más oportunidades de recuperación funcional. Gómez Tello V, resumen y comentario de: Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2015;372(1):11-20	3	90

Efectividad (y Coste-Efectividad) de las consultas de enfermería en atención primaria y especializada: complementarias y alternativas a las consultas médicas. López-Cepero Andrada J, resumen y comentario de: Martín-Misener R, Harbman P, Donald F, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. <i>BMJ Open</i> 2015;5:e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167	3	91
--	---	----

CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Interacción entre medicamentos y alcohol: un tema de seguridad a no olvidar en el momento de la prescripción. Martínez Pecino F, resumen y comentario de: Breslow RA, Dong C, White A. Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010. <i>Alcohol Clin Exp Res.</i> 2015;39(2):371-9	1	17
Reingresos no programados tras intervenciones quirúrgicas: un indicador de calidad controvertido. Aguiló Lucía J, resumen y comentario de: Merkow RP, Ju MH, Chung JW, Hall BL, Cohen ME, Williams MV et al. Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. <i>JAMA.</i> 2015;313:483-495. Doi:10.1001/jama.2014.18614	1	18
La desencaminada preocupación por el subtratamiento del cáncer de colon en edad avanzada. Borrás JM, resumen y comentario de: Kneuert PJ, Chang GJ, Hu CY et al. Overtreatment of Young Adults With Colon Cancer More Intense Treatments With Unmatched Survival Gains. <i>JAMA Surg.</i> 2015;150:402-9	2	48
La falibilidad del médico: "Errare humanum et medicum est". Balbuena Segura AI, Aranaz Andrés JM, resumen y comentario de: Hardeep Singh, Traber Davis Giardina, Ashley N. D. Meyer, Samuel N. Forjuoh, Michael D. Reis, Eric J. Thomas. Types and Origins of Diagnostic Errors in Primary Care Settings. <i>JAMA Intern Med.</i> 2013;173(6):418-425	2	49
El sobretratamiento de los pacientes ancianos con diabetes. Navarro Pérez J, resumen y comentario de: Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. <i>JAMA Intern Med.</i> 2015 Mar;175(3):356-62	2	50
No hay de qué preocuparse. Todo tiene su explicación, Rodríguez Artalejo, F, resumen y comentario de: Sanfélix-Gimeno G, Hurtado I, Sanfélix-Genovés J, Baixauli-Pérez C, Rodríguez-Bernal CL, Peiró S. Overuse and Underuse of Antiestrogenic Treatments According to Highly Influential Osteoporosis Guidelines: A Population-Based Cross-Sectional Study in Spain. <i>PLoS One.</i> 2015;10(8):e0135475	3	92
Uso de metodología cualitativa en la validación del Indicador de Seguridad del Paciente PSI. Aranaz Andrés JM, resumen y comentario de: Shin MH, Sullivan JL, Rosen AK, Solomon JL, Dunn EJ, Shimada SL, Hayes J, Rivard PE. Examining the Validity of AHRQ's Patient Safety Indicators (PSIs): Is Variation in PSI Composite Score Related to Hospital Organizational Factors? <i>Medical Care Research and Review</i> 2014;71(6):599-618	3	93
Una experiencia de implantación de las recomendaciones de "no hacer" del NICE en España. Lorenzo Lozano MC, resumen y comentario de: Martín S, Miñarro R, Cano P, Aranda JM. Resultados de la aplicabilidad de las "do not do recommendations" del National Institute for Health and Care Excellence en un hospital de alta complejidad. <i>Rev Calid Asist.</i> 2015;30(3):117-28	3	94

EVALUACIÓN ECONÓMICA, COSTES, PRODUCTIVIDAD

La inversión en investigación en tecnologías sanitarias puede revertir la práctica clínica y generar importantes retornos económicos. El caso del estudio WHI. Bermúdez Tamayo C, resumen y comentario de: Roth JA, Etzioni R, Waters TM, Pettinger M, Rossouw JE, Anderson GL, Chlebowski RT, et al. Economic return from the Women's Health Initiative estrogen plus progestin clinical trial: a modeling study. <i>Ann Intern Med.</i> 2014;160(9):594-602	1	19
El Estudio sobre la Distribución de Medicamentos en España: El durían sabroso compatible con el mal olor de la CNMC. Ortún V, resumen y comentario de: Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia. Estudio sobre el mercado minorista de distribución de medicamentos en España. Madrid: octubre 2015. http://www.cnmc.es/Portals/0/Ficheros/ Promocion/Informes y Estudios Sectoriales/2015/20151021_%20E_CNMC_003_15_Farmacologia_FINAL.pdf	2	51
A vueltas con la eficiencia del cribado de cáncer de pulmón: se mantiene la incertidumbre sobre su coste-efectividad. Trapero Bertrán M, resumen y comentario de: Black WC, Gareen IF, Soneji SS, et al. For the National Lung Screening Trial Research Team. Cost-effectiveness of CT Screening in the National Lung Screening Trial. <i>N Engl J Med.</i> 2014;371:1793-1802	3	95
Una revisión crítica del descuento temporal aplicado a la evaluación económica de los programas de vacunación. Gol-Montserrat J, resumen y comentario de: Jit M, Mibeí W. Discounting in the evaluation of the cost-effectiveness of a vaccination programme: A critical review. <i>Vaccine.</i> 2015;33(32):3788-94	3	96
Los medicamentos especializados pueden ofrecer valor pese a su alto coste. Malón Jiménez D, resumen y comentario de: Chambers JD, Thorat T, Pyo J, Chenoweth M, Neumann PJ. Despite High Costs, Specialty Drugs May Offer Value For Money Comparable To That Of Traditional Drugs. <i>Health Aff (Millwood).</i> 2014;33(10):1751-60	3	97

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Variaciones geográficas: prácticas diferentes entre países y desigualdad. El caso de la artroplastia de cadera. Espallargues Carreras M, Tebé Cordomi C, resumen y comentario de: Cookson R, Gutacker N, García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Christiansen T, Bloor K, Bernal-Delgado E. Socioeconomic inequality in hip replacement in four European countries from 2002 to 2009—area-level analysis of hospital data. <i>Eur J Pub Health.</i> 2015;25(Suppl1):21-7	1	20
La variabilidad en la prescripción de antibióticos va por médicos y países. Y tiene remedio. Palomo L, resumen y comentario de: Córdoba G, Volkert S, López-Valcárcel B, Bjerrum L, Llor C, Aabenhus R, Marjukka M. Prescribing style and variation in antibiotic prescriptions for sore throat: cross-sectional study across six countries. <i>BMC Family Practice.</i> 2015;16:7. DOI 10.1186/s12875-015-0224-y	1	21
Demasiada hospitalización y demasiada variación en las hospitalizaciones por condiciones crónicas. Briones E, resumen y comentario de: Thygesen LC, Christiansen T, García-Armesto S, Angulo-Pueyo S, Martínez-Lizaga L, Bernal-Delgado E on behalf of ECHO Consortium. Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. <i>Eur J Pub Health.</i> 2015;25(Suppl 1):35-43	1	22
Demasiadas colonoscopias. Benot López S, resumen y comentario de: Kruse GR1, Khan SM, Zaslavsky AM, Ayanian JZ, Sequist TD. Overuse of Colonoscopy for Colorectal Cancer Screening and Surveillance. <i>J Gen Intern Med.</i> 2015;30(3):277-83	3	99

GESTIÓN: INSTRUMENTOS Y MÉTODOS

Cuantificando el sobrediagnóstico en los programas de cribado de cáncer. Fernández Ajuria A, resumen y comentario de: Carter JL, Coletti RJ, Harris RP. Quantifying and monitoring overdiagnosis in cancer screening: a systematic review of methods. <i>BMJ.</i> 2015;350:g7773, doi:10.1136/bmj.g7773	1	23
---	---	----

Cómo evitar arruinarse a base de financiar fármacos costo-efectivos. Esquemas negociados de acceso para fármacos de alto precio y efectividad incierta. García Sempere A, resumen y comentario de: Ferrario A, Kanavos P. Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: a comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. <i>Soc Sci Med.</i> 2015;124:39-47	2	59
Esquemas de reembolso condicionado de fármacos, pago por éxito y tsunami presupuestario. García Sempere A, resumen y comentario de: Navarra A, Drago V, Gozzo L, Longo L, Mansueto S, Pignataro G, Drago F. Do the current performance-based schemes in Italy really work? "Success fee": a novel measure for cost-containment of drug expenditure. <i>Value Health.</i> 2015;18(1):131-6	2	60
Estrategias para mejorar la gestión de la demanda de pruebas a los laboratorios clínicos. Carratalá Calvo A, Rodríguez Borja A, resumen y comentario de: Fryer AA, Smellie WS. Managing demand for laboratory tests: a laboratory toolkit. <i>J Clin Pathol.</i> 2013 Jan;66(1):62-72	2	61
La aplicación del "Lean Management" en las organizaciones sanitarias. García Vicente S, resumen y comentario de: Andersen H, Røvik KA, Ingebrigtsen T. Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. <i>BMJ Open</i> 2014;4:e003873. doi:10.1136/bmjopen-2013-003873	2	62
Diferentes modelos de gestión hospitalaria pública, similar eficiencia técnica. García Fernández P, resumen y comentario de: Herrero Tabanera L, Martín Martín JL, López del Amo González MP. Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía. <i>Gac Sanit.</i> 2015;29(4):274-81	3	100
Métodos de ajuste de riesgo basados en diagnóstico como principal herramienta de control del gasto farmacéutico. Cándel Molina M, resumen y comentario de: Vivas-Consuelo D, Usó-Talamantes R, Trillo-Mata JL, Méndez-Valera P. Methods to control the pharmaceutical cost impact of chronic conditions in the elderly. <i>Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.</i> 2015;15(3):425-37. doi: 10.1586/14737167.2015.1017564. Epub 2015 Feb 23	3	101
Telemedicina en Diabetes Mellitus y análisis masivo de datos: ¿puede mejorar el conocimiento del manejo clínico del paciente diabético? Quevedo L, resumen y comentario de: López-Torres J, Rabanales J, Fernández R, López FJ, Panadés LI, Romero V. Resultados de un programa de telemedicina para pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. <i>Gac Sanit.</i> 2015;29(1): 55-58	3	102

POLÍTICA SANITARIA

Biotechnología. O como el sector farmacéutico ha encontrado la forma de seguir innovando y generar valor. Hidalgo Vega A, resumen y comentario de: Evens R, Kaitin K. The evolution of biotechnology and its impact on health care. <i>Health Affairs.</i> 2015;34(2):210-9	1	24
Baja innovación y creatividad y altos costes de los fármacos para el tratamiento del cáncer. Malón Giménez D, resumen y comentario de: Tito Fojo T, Mailankody S, Lo A. Unintended consequences of expensive cancer therapeutics. The pursuit of marginal indications and a me-too mentality that stifles innovation and creativity. The John Conley Lecture. <i>JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.</i> 2014;140(12):1225-36. doi: 10.1001/jamaoto.2014.1570	1	25
Demoras en la retirada de medicamentos con excesiva mortalidad. ¿Pasarán muchos años, muchos más? García Ruiz AJ, García Agua Soler N, resumen y comentario de: Onakpoya IJ, Heneghan CJ and Aronson JK. Delays in the post-marketing withdrawal of drugs to which deaths have been attributed: a systematic investigation and analysis. <i>BMC Medicine.</i> 2015;13:26. DOI 10.1186/s12916-014-0262-7	1	26
Los pacientes españoles minusvaloran aspectos clave de la atención primaria. Rico A, resumen y comentario de: Schäfer W, Boerma W, Murante A, Sixma H, Schellevis F, Groenewegen P. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. <i>Bulletin World Health Organization.</i> 2015;93:161-8	1	27
La transparencia en las políticas públicas: El CPB holandés. López Casasnovas G, resumen y comentario de: Zoutman FT, Jacobs B, Jongen ELW. Redistributive Politics and the Tyranny of the Middle Class. Erasmus University Rotterdam/CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Research 2015. http://people.few.eur.nl/bjacobs/SWW.pdf	2	63
Los expertos de la OMS atribuyen demasiada fuerza a las recomendaciones de sus informes. Briones E, resumen y comentario de: Alexander PE, Berob L, Montori VM, Britog JP, Stoltzfush R, Djulbegovic B, Neumanna I, Ravel S Guyatt G. World Health Organization recommendations are often strong based on low confidence in effect estimates. <i>J Clin Epidemiol.</i> 2014;67:629-634	2	64
Cómo conseguir que nos importen las desigualdades en salud: un paso imprescindible en la lucha por eliminarlas. Urbano R, resumen y comentario de: Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review. <i>Milbank Q.</i> 2015;93(2):392-437	3	103
El paradójico impacto de la contratación de investigadores en centros del Sistema Nacional de Salud. Fénix Caballero S, resumen y comentario de: Rey-Rocha J, López-Navarro I, Antonio-García MT. Es la contratación de investigadores rentable económicamente para los centros del Sistema Nacional de Salud? El caso del Programa Miguel Servet. <i>Med Clin (Barc).</i> 2015;145(2):84-87	3	104
El liderazgo de la profesión enfermera en la atención sanitaria. Y su necesario refrendo. García Vicente S, resumen y comentario de: Knight KM, Kenny A, Endacott R. Gaps in governance: protective mechanisms used by nurse leaders when policy and practice are misaligned. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2015;15:145. doi:10.1186/s12913-015-0827-y	3	105

POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA

Sedentarismo: un factor de riesgo de enfermedades crónicas y mortalidad, independiente de la actividad física. Torró García Morato C, resumen y comentario de: Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, Alter DA. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults. A systematic review and meta-analysis. <i>Ann Intern Med.</i> 2015;162:123-32	1	28
Caminar en grupo y sus beneficios para tener una vida mejor y más larga. Llanos Méndez A, resumen y comentario de: Hanson S, Jones A. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. <i>Br J Sports Med.</i> 2015, doi:10.1136/bjsports-2014-094157	1	29
El uso de la evaluación económica en las iniciativas de salud en todas las políticas. Hernández Aguado I, resumen y comentario de: Pinto AD, Molnar A, Shankardass K, O'Campo PJ, Bayoumi AM. Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia. <i>BMC Public Health.</i> 2015;15:1350. doi:10.1186/s12889-015-1350-0	1	30
Correr era de cobardes; hoy de conscientes. Ortún V, resumen y comentario de: Gebel K, Ding D, Chey T, Stamakis E, Brown W, Bauman A. Effect of Moderate to Vigorous Physical Activity on All-Cause Mortality in Middle-aged and older Australians. <i>JAMA Internal Med.</i> 2015;175(6):979-7	2	65
Relación causal riqueza-obesidad. Malas noticias para las obesas pobres. González López Valcárcel B, resumen y comentario de: Au N, Johnston DW. Too much of a good thing? Exploring the impact of wealth on weight. <i>Health economics</i> 2015;24:1403-21	2	66

El cáncer de mama fue más frecuente en las mujeres cuyas madres tenían mayores concentraciones de DDT cuando estaban embarazadas de ellas. Porta Serra M, resumen y comentario de: Cohn B, La Merrill M, Krigbaum NY, Yeh G, Park JS, Zimmermann L, Cirillo PM. DDT Exposure in Utero and Breast Cancer. <i>The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism</i> 2015;100:8,2865-72	2	67
Obesidad: Navegando con mapas muy primitivos. Ortún V, resumen y comentario de: Cawley J. An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions. <i>J Health Econ.</i> 2015;43:244-68	3	106
La Carga Global de la Enfermedad en la Transición Epidemiológica. Martínez Sesmero JM, resumen y comentario de: GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. <i>Lancet</i> 2015 Aug 27. pii: S0140-6736(15)61340-X	3	107
¡Precaución amigo conductor! Niños a bordo y malos humos. Gemio Zumalave P, resumen y comentario de: Vitória PD, Machado JC, Ravara SB, Araújo AC, Samorinha C, Antunes H, Rosas M, Beçoña E, Precioso J. Portuguese children's exposure to second-hand tobacco smoke in the family car. <i>Gaceta sanitaria</i> 2015;29(2):131-34	3	108

EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LOS PACIENTES

Expectativas de los pacientes: es bueno tener fe, aunque quizá no sea suficiente. Romero Tabares A, resumen y comentario de: Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. <i>JAMA Intern Med.</i> 2015;175(2):274-286. doi:10.1001/jamainternmed.2014.6016	1	31
¿Son útiles las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida para pacientes con enfermedades graves? Perestelo-Pérez L, resumen y comentario de: Austin CA, Mohottige D, Sudore RL, Smith AK, Hanson LC. Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. <i>JAMA Intern Med.</i> 2015;175(7):1213-21	3	109
Un marco para la implantación y mantenimiento de una evaluación del desempeño centrada en el paciente. García López JL, resumen y comentario de: Basch E, Spertus J, Dudley RA, Wu A, Chuahan C, Cohen P, et al. Methods for Developing Patient-Reported Outcome-Based Performance Measures (PRO-PMs). <i>Value Health.</i> 2015;18(4):493-504	3	110

REDEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD

Detección oportunista del deterioro cognitivo: sobrediagnóstico, etiquetado y daño están servidos. Márquez Calderón S, resumen y comentario de: Kadamkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Luppá M, Luck T, Jessen F et al, for the Study of Aging, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe) Study Group. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: Results of the German AgeCoDe Study. <i>Ann Fam Med.</i> 2014;158-65. doi:10.1370/afm.1596	1	32
---	---	----

INVESTIGACIONES QUE HICIERON HISTORIA

10 lecciones para la valoración de tecnologías todavía plenamente vigentes. Gol Freixa J, del Llano Señaris JE, resumen y comentario de: Eisenberg JM. Ten lessons for evidence-based technology assessment. <i>JAMA.</i> 1999;282(19):1865-9	1	33
---	---	----

A SU SALUD

In vino veritas. Arranz M.	1	34
El derecho a disentir. Periodismos, historia, literatura. Arranz M.	2	68
La joie de vivre. Arranz M.	3	111

ÍNDICE DE AUTORES

Aguiló Lucia J, 18	García López JL, 110	Martínez Sesmero JM, 107
Aranaz Andrés JM, 49, 93	García Ruiz AJ, 26	Medina JA, 89
Arranz M, 34, 68, 111	García Sempere A, 59, 60	Meneu R, 52
Artells JJ, 52	García Vicente S, 62, 105	Navarro Aznárez H, 87
Balbuena Segura AI, 49	Gemio Zumalave P, 108	Navarro Pérez J, 50
Bañuls Matoses A, 47	Gol Freixa J, 33	Ortún V, 51, 65, 106
Benot López S, 99	Gol Montserrat J, 96	Palomo L, 21
Bermúdez Tamayo C, 19	Gómez Tello V, 90	Peiró S, 5, 52
Briones E, 22, 64	González López Valcárcel B, 66	Perestelo-Pérez L, 109
Cabanillas Moruno JL, 11	Gosalbes Soler V, 16	Pons JMV, 39
Campillo Artero C, 7, 52	Hernández Aguado I, 30	Porta Serra M, 67
Camprubí García J, 12	Hidalgo Vega A, 24	Quecedo L, 102
Cándel Molina M, 101	López i Casasnovas G, 3, 63	Rico A, 27
Catalá López F, 45	López-Cepero Andrada J, 91	Rodríguez Borja E, 61
Carratalá Calvo A, 61	Lorenzo Lozano MC, 94	Rodríguez Artalejo F, 92
Domínguez Camacho JC, 15	Lorenzo Martínez S, 44	Romanos Rodríguez A, 11
Espallargues Carreras M, 20	Lorusso N, 88	Romero Tabares A, 13, 31
Estupiñán Romero FR, 81	del Llano Señaris J, 33, 79	Rovira J, 83
Fénix Caballero S, 104	Llanos Méndez A, 29	Tebe Cordomi C, 20
Fernández Ajuria A, 23	Malón Jiménez D, 25, 97	Torro García Morato C, 28
García-Agua Soler N, 26	María Borrás J, 48	Trapero Bertrán M, 95
García Altés A, 46	Marín I, 10	Urbanos R, 103
García Fernández P, 100	Márquez Calderón S, 32	Villegas Portero R, 14
García Gil M, 43	Martínez Pecino F, 17	

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