

Número coordinado por Fernando Rodríguez-Artalejo y Vicente Ortún

Editoriales	
Interfaz entre política sanitaria y evaluación de tecnologías	43
¿Por qué es necesario un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en España?	45
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
El impacto de la Atención Primaria en Europa	48
Autogestión en Atención Primaria: la solución no deseada	49
La atención primaria de orientación comunitaria contribuye significativamente a la salud de la población	50
La atención integrada (primaria-hospital) disminuye la morbilidad de la insuficiencia cardíaca	51
Persiste el “techo de cristal” en la medicina	52
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Las revisiones sistemáticas merecen más crédito del que reciben: a propósito de la prevención del dolor por inyección de propofol	53
Cuando no funciona el cribado para el riesgo cardiovascular elevado en la población general	54
Un avance para grupos seleccionados de pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica	55
El cribado de hepatocarcinoma, ni en pacientes de alto riesgo	56
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Utilidad del porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo para monitorizar la calidad de la atención obstétrica	57
Profesión e industria: lazos que nos guían hacia una población bajo la mirada médica	58
Evaluación económica, eficiencia, costes	
Medicamentos: precios, eficiencia y globalización	59
La carga económica de la insuficiencia cardíaca crónica	60
Utilización de servicios sanitarios	
Si el otro hospital cae lejos, mejor lo malo conocido... ¿Pero sólo en Holanda?	61
Reducir las hospitalizaciones potencialmente prevenibles requiere centrarse en la coordinación de cuidados	62
Gestión: Instrumentos y métodos	
Repensando el papel de los incentivos en la donación de sangre	63
Los cuidados paliativos tempranos, además de ser adecuados, también pueden ser eficientes	64
Pago por resultados en salud (P4P): más revisiones pero todavía sin resultados concluyentes	65
Política sanitaria	
Vida después de la muerte (de la patente)	66
La parcelación de la atención primaria	67
Políticas de salud y salud pública	
Igualdad de oportunidades: la responsabilidad individual y la responsabilidad colectiva	68
La generosidad y duración de los subsidios de desempleo no es la mejor forma de mitigar el impacto de la crisis en los suicidios	69
Invertir en la primera infancia, garantía de un porvenir más saludable	70
La tasa de desempleo se asocia a la tasa de suicidios en hombres en edad de trabajar en Europa. En las mujeres no está tan claro	71
Para un desplazamiento al trabajo saludable, caminar, pedalear o incluso usar el transporte público	72
Cambios en el patrón de consumo de alcohol en España	73
Arte y salud	
La salud y el arte de nuestros días. Un recorrido azaroso	74
El resto es literatura	
El libro soñado, o Querer ser otro	78

Editor

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

Editores asociados

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

Juan del Llano Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

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

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

Consejo de redacción

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

Consejo editorial

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

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

Interfaz entre política sanitaria y evaluación de tecnologías

**Vicente Ortún y
Fernando Rodríguez-Artalejo**

Saber es una cosa. Aplicar ese conocimiento otra distinta. Es casi la historia del mundo. Unos países adoptaron rápidamente las innovaciones derivadas de la primera revolución industrial (Reino Unido, Estados Unidos, Alemania, Francia...), otros, en cambio (China, Japón, Imperio Otomano...) no lo hicieron. La adopción temprana de innovaciones está detrás de los aumentos de la productividad que permiten la mejora del bienestar de los países... aunque, todo hay que decirlo, los indicadores tipo producto nacional bruto están muy lejos de medir el bienestar. No consideran ni el deterioro del capital físico en que la humanidad se desarrolla ni las mejoras en el capital humano.

En el caso de la sanidad, al tratarse de innovaciones que casi nunca reducen costes, hay que regular su proceso de introducción y difusión pues de lo contrario sólo estarían disponibles para los que pudiesen pagar por ellas. Esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar (EB) crea, tanto en sistemas sanitarios Bismarck como Bevan, una insensibilidad al precio por parte de pacientes y profesionales y obliga tanto a alguna reforma estructural como a alguna mejora institucional (en nuestras reglas de juego) si queremos mantener la solvencia sanitaria que justifica su deseabilidad por parte de la población. En esos dos cambios centramos estas líneas.

Se considera innovación a la generación de un bien o servicio de valor comercial y, en ausencia de mercado, apreciado por las personas. La innovación puede referirse a productos o servicios (robots quirúrgicos, historia clínica electrónica...), procesos (listados de comprobación, procesos de integración asistencial...) u organizaciones (Aravind, Kaiser...). La innovación, con frecuencia disruptiva de prácticas existentes, no necesariamente está basada en el conocimiento científico como Inditex, Cirque du Soleil, Ikea, el container o la paleta atestiguan. Su velocidad de difusión es muy variable: 260 años para la profilaxis del escorbuto, fulgurante para el éter anestésico y más lenta para el ácido carbólico antiséptico (1). Nos continuamos preocupando mucho de saber cosas nuevas mientras dejamos de aplicar lo que ya sabemos, orientado investigación y financiación de la misma al margen de lo que ya se sabe (2).

La industria farmacéutica y, en general, la industria proveedora del sector sanitario, con alta inversión en I+D, necesita fijar precios por encima del coste marginal, con el objetivo de obtener unos beneficios que estimulen la innovación futura (eficiencia dinámica). Las patentes permiten a las empresas farmacéuticas fijar precios por encima del coste marginal (ausencia de eficiencia estática). Incluso contando en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) hay que comparar pérdidas actuales de AVAC por dificultades de acceso con eventuales pérdidas futuras originadas por la no aparición de futuras innovaciones, ausente el motivo de beneficio que las espolea (3).

En el terreno sanitario se sabe cómo valorar el impacto de las tecnologías (4). Hacerlo, por otra parte, como en Australia, Canadá, Reino Unido o Suecia ha pasado a ser el 'factor de sostenibilidad' de una atención sanitaria financiada públicamente. En España existen ocho agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (AETS en el Instituto de Salud Carlos III, AQUAS en Cataluña, OSTEBa en el País Vasco, AETSA en Andalucía, SESCO en Canarias, UETS-ALE en Madrid, IACS en Aragón, y AVALIAT en Galicia) que trabajan en red y, con presupuestos públicos, realizan informes no vinculantes sobre medicamentos, dispositivos, guías clínicas y organización sanitaria además de detectar tecnologías emergen-

tes. Las 8 agencias producen numerosas evaluaciones y revisiones con una difusión mejorable a los escenarios clínicos y un impacto en las decisiones de política sanitaria desconocido (5). El proceso de evaluación de las 8 agencias españolas está falto de estandarización y transparencia si lo comparamos con el de las agencias de los cuatro países antes citados. Una mayor colaboración europea, un EuroNICE, parece conveniente.

La reforma estructural: Financiación selectiva para establecer la cartera de servicios, pagando por lo que socialmente interesa

Debe implantarse el análisis coste-beneficio generalizado tanto de inversiones públicas en infraestructuras como de cartera de servicios financiada públicamente. Podría incluso establecerse una moratoria de dos años a la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos, y excluir aquello que países más ricos que España, con EB más consolidados y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.

Establecer una *cartera de servicios* como se pretende requiere, sobre todo, voluntad de otorgar independencia al órgano –alguno o el conjunto de los múltiples existentes– que con criterios científicos de coste-efectividad (e impacto en el PIB) decida sobre la misma. Por otra parte, basta, de momento, con ir 'copiando' de países (Reino Unido, Alemania, Francia, Canadá, Suecia, Australia...) con tradición en el empleo de criterios de eficacia comparada y coste-efectividad en las decisiones de financiación y fijación de precios.

Pagar por lo que interesa

Los precios regulados pueden orientar hacia la innovación que sanitaria y socialmente interesa. *If you pay for it, they will build it*. Por su importancia en la configuración de las políticas industriales y sanitarias en un país no estrictamente puntero como España conviene pararse un momento a examinar el argumento de que "la disminución de beneficios de la industria suministradora desincentiva la I+D+i". Lo que globalmente es cierto –los beneficios proporcionan la capacidad y el estímulo para invertir en I+D– no tiene necesariamente una traducción país a país en el sentido de que se realizará más I+D en los lugares en los que se obtengan los mayores beneficios; la decisión de localizar las actividades de investigación y desarrollo en un país determinado depende más del atractivo de una zona geográfica (calidad-precio de sus científicos y universidades) que de los beneficios que en la misma se obtengan. Al menos así debería ser: independencia entre nivel de precios (y beneficios) en una zona respecto a I+D localizado.

Dos tipos de innovaciones interesan especialmente: Las que ahorran costes (menos del 0,5% de las innovaciones en Sanidad) y las que ofrecen grandes mejoras adicionales en cantidad y calidad de vida en función de los costes incrementales respecto a las tecnologías existentes. El ahorro de costes requiere innovación organizativa y en proceso. La innovación

más conveniente en producto, el segundo tipo de innovación que interesa, tal vez pueda estimularse con medidas como las que se plantean en el Reino Unido, donde se ha substituido el control de beneficios de la industria farmacéutica por un sistema de regulación del precio basado en el valor aportado, o sea, en la utilidad terapéutica comparada con los tratamientos ya disponibles (*value based pricing* y *value based assessment*).

Resumiendo, conviene pagar por lo que interesa. A los proveedores de servicios sanitarios capitativamente para fomentar la integración asistencial y, cuando se pueda, según resultados en salud. A los innovadores con unos precios regulados que orienten la innovación hacia la creación de valor en términos de cantidad y calidad de vida ganadas.

La mejora institucional: Mejor gobierno público

Sólo un Estado eficaz que facilite el tipo de instituciones transparentes e imparciales propio de países como los escandinavos o muchos centro-europeos permitirá que España salga fortalecida de la crisis. No habrá mejor gestión sanitaria pública sin un mejor gobierno público, concepto éste que se define y mide (6) pero que, sobre todo, resulta crucial en el desempeño de los países. En el camino a recorrer tienen importancia equivalente el *qué* y el *cómo*, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés, y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

Entre todas estas condiciones, probablemente las más relevantes son la transparencia y el rendimiento de cuentas. Por un lado, harán que se tomen decisiones mejor fundamentadas y, por otro, permitirán que los que las tomen puedan explicarse mejor. A menudo se critican decisiones razonables porque quien las critica desconoce todos los determinantes de la decisión. Por tanto, la transparencia y el rendimiento de cuentas también permitirán que los mejores decisores reciban crédito por ello.

¿Qué aspectos deben ser conocidos por todos? Las evidencias científicas que orientan la decisión, los recursos disponibles que la hacen posible, y los valores que la alientan. Estos tres tipos de variables no son independientes pues, por ejemplo, los recursos y los valores interaccionan con las evidencias. Un tema candente que ilustra este y otros aspectos, que se deben compartir con el conjunto de la sociedad, es la financiación del nuevo medicamento frente a la infección por el virus de la hepatitis (7), que se acaba de asumir por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España. Entre las evidencias clave está el tipo de pacientes que, según los ensayos clínicos, podrían beneficiarse de este medicamento, y el número de estos pacientes existentes en España. Sin embargo, la cuestión central a resolver no es qué pacientes podrían beneficiarse sino cuál es la magnitud del beneficio en cada tipo de pacientes y cuántos deben recibir el medicamento ahora, porque si no lo reciben la gravedad de la infección impedirá que se beneficien en el futuro o el beneficio será menor. Por ejemplo, el tratamiento de este fármaco en un paciente precirrótico infectado será mayor que en uno ya cirrótico, porque aunque se controle la infección por el virus la cirrosis es irreversible. El problema es que el número de pacientes con infección por el virus y sin cirrosis es muy grande. Este asunto es aún más relevante pues en los próximos años se comercializarán nuevos medicamentos frente al mismo problema, posiblemente con mayor eficacia y seguridad y, dada la competencia creciente, a menor precio. Por tanto, hay también un buen grupo de pacientes que podrían esperar a recibir tratamientos mejores y más eficientes en un periodo de tiempo relativamente corto.

Las evidencias científicas no resuelven todas las incertidumbres, pues no se sabe exactamente cuáles son los pacientes que de forma impredecible deben recibir la medicación (o los límites de las características clínicas pueden ser difusas), tampoco se conoce exactamente el número de pacientes en cada estadio de la enfermedad, y tampoco hay certezas sobre el tiempo hasta la comercialización de los nuevos medicamentos y el precio de los mismos. En la interpretación de la información disponible y en la toma de decisiones juegan un papel fundamental los recursos existentes (si hay muchos recursos no habrá que afinar tanto en quienes serán los pacientes a tratar o cuánto esperar a hacerlo), y los valores, es decir lo que la gente quiere. Estos valores se expresan mediante la presión de asociaciones de pacientes y sociedades científicas, el tratamiento del problema en los medios de comunicación, el compromiso de un país apoyando la innovación etc. Curiosamente, los valores también se pueden “trabajar” poniendo en manos de los agentes sociales la mejor información disponible. Por último, junto a estos tres tipos de variables, hay que incluir consideraciones sobre la factibilidad de la medida y su contrario (¿nos podemos permitir política y socialmente que un país moderno como España no incluya estos medicamentos en el SNS?, que también es una cuestión de valores), la sostenibilidad de la medida y su equidad, presente y futura (¿cómo afectará la financiación de este medicamento a la incorporación de otras innovaciones para estos y otros pacientes?). Probablemente no haya una sola solución correcta a la cuestión de qué pacientes con hepatitis C, cuántos, y a qué precio tratar (tras la oportuna negociación) en este momento. Pero la transparencia libera a los decisores de la presión de acertar; basta con que fundamenten o razonen la decisión tomada, que será una de entre varias razonables.

Por último, hay bastantes decisiones que se toman de forma transparente, ya que se han fundamentado y hecho explícitos sus determinantes a las partes inmediatamente interesadas. Sin embargo, puede fallar el proceso de difusión y acceso a la información a sectores sociales más amplios, ya que esto requiere recursos específicos. Por ello, la voluntad de ser transparente ha de acompañarse de los recursos necesarios para “organizar la transparencia”.

Referencias

- (1) Gawande A. Slow ideas. *The New Yorker*, 29 julio 2013.
- (2) Catalá-López F, Belda FJ. Las revisiones sistemáticas merecen más crédito del que reciben: a propósito de la prevención del dolor por inyección de propofol. Comentario de C Habre et al. *Gest Clin San*. 2014;16(3):53.
- (3) Martos F, García-Agua N, García-Ruiz A. Medicamentos: Precios, eficiencia y globalización. Comentario de P Danzon et al. *Gest Clin San*. 2014;16(3):59.
- (4) Del Llano J, Campillo J (dirs). *Health Technology Assessment and Health Policy Today: A Multifaceted view of their Unstable Crossroads*. Madrid: Springer Healthcare, 2014.
- (5) Del Llano J. What health technology assessment system do we really need? In Del Llano J, Campillo J (dirs). *Health Technology Assessment and Health Policy Today: A Multifaceted view of their Unstable Crossroads*. Madrid: Springer Healthcare, 2014;109-129.
- (6) Rothstein B, Teorell J. Defining and measuring quality of government. En S Holmberg y B Rothstein (eds.): *Good Government: The Relevance of Political Science*. Cheltenham: Edward Elgar, 2012.
- (7) Brennan T, Shrank W. New expensive treatments for hepatitis C infection. *JAMA* 2014;312:593-4.

¿Por qué es necesario un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en España?

José Luis Ayuso-Mateos

Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. CIBERSAM. Instituto Investigación Sanitaria Princesa

En España, el suicidio es la principal causa externa de mortalidad en el conjunto de la población. En 2012 fallecieron por suicidio 3.539 personas, un 11,3% más que el año anterior. La tasa de suicidios se situó en 7,6 por cada 100.000 personas (11,8 en los hombres y 3,4 en las mujeres). Es la tasa más alta desde 2005. Entre las personas de 25 a 34 años, el suicidio fue la primera causa de muerte (17,8% del total). Estos datos debieran hablar por sí mismos y justificar la necesidad de una priorización de su abordaje en nuestro país. Sin embargo la relevancia de estos crudos datos epidemiológicos de mortalidad se ha visto desplazada en el ámbito científico, y en los medios de comunicación, por el debate en torno a la posible relación de la crisis económica con el aumento de la incidencia del suicidio en nuestro país (1) (2) (3). Mientras seguimos debatiendo sobre si los números suben o bajan de un año a otro, la realidad de las cifras que periódicamente nos proporciona el Instituto Nacional de Estadística nos debe dejar muy pocas dudas sobre la importancia del problema y la necesidad de abordarlo ahora.

En Mayo de 2013, la 66ª Asamblea General de la Salud, con el refrendo de los representantes de Ministerios de Salud de 194 países miembros reunidos en Ginebra, adoptó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. En el mismo, se establece como uno de los objetivos a conseguir en los países que lo suscriben, una reducción de las tasas de suicidio en un 10% para el año 2020 tomando como referencia las cifras de 2012 o 2013. Con la tendencia evolutiva de las tasas de suicidio en los últimos años en nuestro país, es dudoso que este objetivo se pueda cumplir si no hay una acción específica para abordar el problema.

Nuestro país ha demostrado que es posible tener un impacto marcado en poco tiempo sobre la mortalidad por otras causas con la implementación adecuada de las políticas, las directrices y los programas necesarios. Tenemos un ejemplo reciente de resultados exitosos de la Estrategia nacional de Seguridad Vial, que ha conseguido una reducción espectacular del 60% de las muertes por accidentes de tráfico en nuestro país en los últimos 8 años. Se fundamenta en un abordaje multisectorial bajo el liderazgo de la Dirección General de Tráfico con participación de muchos sectores, incluido el Ministerio de Sanidad. Para ilustrar el éxito de esta acción baste recordar que en 2012 los fallecidos por accidentes de tráfico continuaron con su senda descendente. En concreto, fallecieron 1.915 personas, un 9,5% menos que en 2011. La gráfica ilustra la dispar evolución en nuestro país de las principales causas de muerte entre los varones de entre 15 y 44 años. Si nuestra sociedad está consiguiendo una reducción significativa y prolongada en el tiempo en el número de fallecidos por SIDA y accidentes de tráfico, debiéramos ser capaces de intentar hacer algo similar con los fallecidos por suicidio.

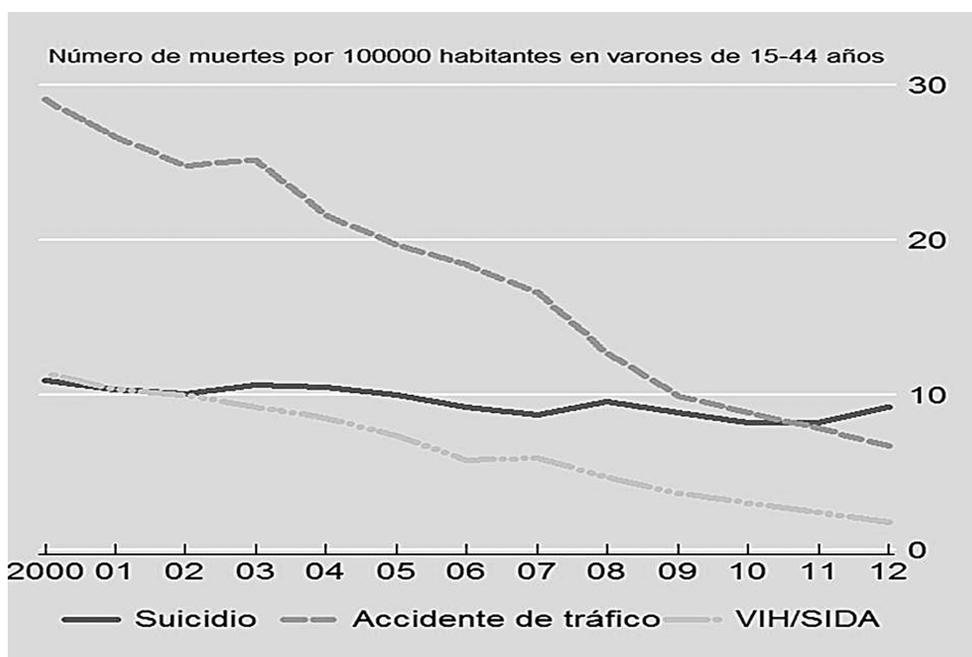
El abordaje del suicidio a nivel poblacional no es sencillo. El suicidio tiene un origen multifactorial en el que tienen un peso importante las enfermedades mentales pero en el que intervienen muchos otros factores médicos, individuales, del entorno inmediato del sujeto y contextuales. Para su adecuada prevención es necesario actuar en esferas tan distintas como el tratamiento de los sujetos con conducta y/o ideación suicida, la reducción del acceso a los medios para cometer el suicidio, la protección y vigilancia de los individuos en riesgo, la identificación e intervención temprana en los trastornos mentales y el reflejo en los medios de comunicación de las noticias relacionadas con el suicidio (4) (5). Ya el informe sobre suicidio de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud

del año 2002 reflejó que España era uno de los países europeos que en ese momento carecía de un plan de acción a nivel nacional centrado en la prevención del suicidio. Para paliar en parte esta carencia, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (6), estableció entre sus tres objetivos generales, uno que contemplaba específicamente la prevención del suicidio, concretamente el número 2: "Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general", así como en el objetivo específico 2.3: "Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo". Asimismo, estableció la siguiente recomendación: "Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: centros docentes, instituciones penitenciarias, y residencias geriátricas". Además, dentro de los indicadores propuestos en la Estrategia para evaluar la eficacia de la estrategia preventiva, se incluían dos directamente relacionados con el suicidio, la tasa de altas por autolesiones y la tasa de mortalidad por suicidio.

Trascurridos 7 años desde que se estableció, esta Estrategia Nacional de Salud Mental, aun siendo un marco adecuado para un planteamiento general de la atención a la salud mental en nuestro país, se ha demostrado como claramente insuficiente de cara a reducir el peso que la mortalidad por suicidio supone en nuestra población.

Para conseguir un abordaje eficaz del problema se necesita una estrategia nacional integral multisectorial de prevención del suicidio que bajo el liderazgo de los responsables sanitarios nacionales involucre a los distintos sectores gubernamentales y sociales que deben estar involucrados en el amplio rango de acciones a realizar. En nuestro contexto cabría mencionar entre los sectores, además del sanitario, que debieran estar implicados, el educativo, los medios de comunicación, la justicia, los responsables de la regulación laboral, los servicios sociales, las entidades religiosas y las asociaciones de familiares y de pacientes, entre otros. En los últimos años son muchos los países que han desarrollado esfuerzos específicos liderados por sus Sistemas Nacionales de Salud, para conocer la situación del suicidio y analizar la efectividad y eficiencia de diferentes intervenciones, con el fin explícito de instaurar protocolos de actuación y políticas específicas de acción. Sirvan como ejemplo algunas de las iniciativas más ambiciosas, como la de Australia y Nueva Zelanda, donde se han puesto en marcha políticas activas de prevención del suicidio, reflejadas tanto en acciones y planes nacionales desarrollados por organismos públicos, como en la existencia de redes de investigación financiadas con fondos públicos y privados, y el establecimiento de organizaciones y asociaciones dedicadas al asesoramiento, apoyo y ayuda de familiares (7). Hoy en día son ya 28 los países con un plan nacional o plan de acción para la prevención del suicidio, 13 de ellos en Europa.

El desarrollo de una estrategia nacional específica de prevención del suicidio en España no solo destacaría el alcance y la magnitud del problema sino que también reconocería claramente que el abordaje de las conductas suicidas deben considerarse como una prioridad en nuestro sistema sanitario. Además visualizaría el compromiso del país en el abordaje del problema. Un Plan Nacional de Prevención del Suicidio proporcionaría unas directrices claras respecto a las actividades de prevención del suicidio que se han demostrado eficaces y sobre aquellas sobre las que no hay evidencias que justifiquen su implementación.



Además permitiría identificar los diferentes agentes que deben participar en las actividades de prevención y asignarles responsabilidades específicas para el desarrollo de las mismas. Debería identificar cuáles son las lagunas existentes en la legislación actual, en la provisión de servicios y en la recolección de datos que pueden suponer barreras para el desarrollo de las actividades de prevención a implantar en nuestro país.

Lejos de ser un documento genérico de intenciones, el Plan debiera indicar específicamente los recursos humanos y económicos necesarios para la implementación de las intervenciones y debiera delinear también las actividades necesarias para conseguir la sensibilización general respecto al problema y sus vías de solución. Un Plan Nacional como el que se ha puesto en marcha en diversos países de nuestro entorno, propondría un marco sólido para la monitorización y la evaluación del problema y de la eficacia de las intervenciones propuestas en el mismo para su abordaje. El suicidio consumado y las conductas suicidas dependen de una compleja interacción entre factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales. Por ello la extrapolación de los hallazgos obtenidos en estudios sobre la epidemiología y la intervención en las conductas suicidas llevados a cabo en otros países con estructuras poblacionales y socioeconómicas, así como sistemas de cobertura sanitaria y social muy distintos al nuestro, es siempre problemática. Por ello es imprescindible contar con un análisis riguroso y una evaluación adecuada de las distintas iniciativas que en el campo de la prevención y de la intervención se han llevado a cabo en nuestro país en distintos ámbitos en los últimos años. Un Plan Nacional de prevención del suicidio debiera incluir la hoja de ruta general para la agenda de la investigación a desarrollar en nuestro país en torno a la conducta suicida y su abordaje en nuestro medio.

Correspondencia: JL Ayuso-Mateos. Centro Colaborador de la OMS para Docencia e Investigación en Servicios de Salud Mental. Facultad de Medicina. C./ Arzobispo Morcillo, 4. 28029-Madrid. joseluis.ayuso@uam.es

Referencias

- (1) López Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health* 2013;23(5):732-6.
- (2) Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord* 2014;163:1-9.
- (3) Ayuso-Mateos JL, Barros PP, Gusmao R. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013;382(9890):391-2.
- (4) While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379(9820):1005-12.
- (5) Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van AC, Coyne JC, McDaid D, et al. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health* 2009;9:428.
- (6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: 2007.
- (7) New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health; 2003.

VISITA EL BLOG DE GCS

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

1989-2014

25

AÑOS
FORMANDO
PARA EL CAMBIO

Curso Académico 2014-2015

26

MADS

Master en Administración
y Dirección de Servicios Sanitarios

75 ECTS

Fecha Inicio: 27 de febrero 2015



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

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

El impacto de la Atención Primaria en Europa

Kringos DS, Boerma W, Zee J, Groenegen P.

Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*. 2013;4:686-94.

Marco

Es clásico considerar los servicios sanitarios en niveles de complejidad según la concentración de recursos, y separar un primer nivel (atención primaria, AP) de un segundo y tercer nivel (atención hospitalaria). La organización lógica reserva la atención hospitalaria para las situaciones y casos que justifican la aplicación de medidas de gran consumo de recursos, y asigna a una AP fuerte el resto de actividades. ¿Hasta qué punto esta organización logra un impacto positivo en salud, y a qué coste?

Objetivo

Valorar el impacto de la AP en los países europeos.

Tipo de estudio y métodos

Se trata de un estudio ecológico del impacto de la AP en 31 países europeos. Resume la tesis doctoral de Kringos (1). Como variables independientes se utilizan cinco dimensiones de la fortaleza de la AP: estructura (regulación, financiación y personal), accesibilidad (oferta, citas, aceptabilidad), continuidad (lista de pacientes, historia clínica electrónica, tiempo de consulta), coordinación (multidisciplinariedad y relación con especializada y salud pública) y resolutivez (cartera de servicios, técnicas médicas). La elección y "calibración" de estas variables se realiza mediante revisión bibliográfica y colaboración de expertos dentro del proyecto europeo Monitor de la Actividad de la AP en Europa. Las variables dependientes incluyen varios indicadores de resultados: 1/ hospitalizaciones potencialmente evitables por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes; 2/ satisfacción con la AP; 3/ gasto sanitario total y tasa de crecimiento; 4/ años de vida potencialmente perdidos por diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias; y 5/ desigualdades por nivel educativo en salud autopercibida. Para su medición se utilizan datos de la OCDE, la OMS y Eurostat para 2006-2009. La metodología consiste en estimar correlaciones y regresiones bivariadas, incluyendo una variable de control por cada regresión. Las variables de control son: para los indicadores de resultado 1/, las camas per cápita y la prevalencia de asma, EPOC y diabetes; para los 3/, el PIB per cápita y su crecimiento en 2000-2009; para los 4/, el porcentaje de población fumadora, con sobrepeso o hipertensión; y para el 5/, la inequidad en la prevalencia de obesidad y tabaquismo.

Resultados

La Figura 2 del artículo incluye correlaciones bivariadas sin ajuste por variables de control. De las 65 estudiadas, 7 son significativas ($p < 0,1$). La accesibilidad se asocia a menores hospitalizaciones por diabetes; la continuidad a menor inequidad en salud; la coordinación a menos años perdidos por enfermedades respiratorias; y la resolutivez a un menor crecimiento del gasto, menores hospitalizaciones por asma, y menos años perdidos por enfermedades cardiovasculares. La magnitud de las asociaciones varía entre 0,36 y 0,52. Se comentan también las regresiones bivariadas con variables de control incluidas en el apéndice del artículo. Todas las correlaciones se mantienen, menos una (resolutivez y hospitalizaciones por asma); y aparecen dos nuevas asociaciones, entre la estructura de la AP y dos indicadores de resultados: los años de vida perdidos por enfermedades cardiovasculares y el gasto en 2009. Este último resultado contrasta con la correlación entre ambas variables, de -0,01 y no significativa.

Financiación: Comisión Europea y NIVEL.
Conflictos de interés: No declaran ninguno.
Correspondencia: d.s.kringos@amc.uva.nl

COMENTARIO

Ha transcurrido más de una década desde la última evaluación empírica comparada del impacto de una AP fuerte en Europa (2), que cubría 18 países y tan sólo resultados en mortalidad. El artículo es por ello el primero en evaluar de modo comparado y conjunto el impacto de una AP fuerte en toda Europa sobre aspectos críticos del sistema como el gasto sanitario y su evolución, las hospitalizaciones evitables, las desigualdades en salud o la satisfacción con la AP. El trabajo es ambicioso y riguroso y se basa en un análisis empírico amplio y sensato que permite demostrar el impacto positivo de varias dimensiones independientes de una AP fuerte sobre la sanidad y la salud. Coincide en ello con trabajos previos que fijaron las bases de la fortaleza de la AP a través de unos pocos criterios claros y consensuados: 1/ cobertura universal con regulación gubernamental, 2/ distribución de los recursos según necesidades de la población, 3/ oferta de servicios muy variados y 4/ bajos o inexistentes copagos (2) (3). En este trabajo se amplían los indicadores de la fortaleza a casi un centenar; aunque para cerca de la mitad sólo se dispone de evaluaciones subjetivas de un número reducido de expertos (1). Ello lleva a que el listado de países con una AP fuerte sea en algunos casos discrepante al obtenido en trabajos previos (1) (2). Otro problema es que la asociación entre AP fuerte y mayor gasto se basa en un coeficiente de regresión de magnitud baja (0,153), en ausencia de correlación entre variables o evidencia gráfica de la bondad del ajuste. El análisis agregado lleva además a maquillar grandes problemas como el desmantelamiento de la AP en Reino Unido (4), con el abandono de la clínica por los médicos generales titulares, dedicados al "negocio"; la contratación de médicos y de enfermeras para cumplir con indicadores de rendimiento (y de pago); y la agrupación de listas de pacientes personales en una lista global del centro de salud (5).

Ana Rico

Científica Titular, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Juan Gervas

Médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid.

(1) Kringos D. The strength of primary care in Europe, Utrecht (The Netherlands); NIVEL/Utrecht University, 2012. URL: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>.

(2) Macincko J Starfield B Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. HSR.2003;38:831-65.

(3) Starfield B. Primary care, an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):20-6.

(4) Jones R. Dismantling general practice. Br J Gen Pract. 2007;57:860-1.

(5) Spence D. We are all business people now. BMJ 2014;348:g1322.

Autogestión en Atención Primaria: la solución no deseada

Tamborero G, Esteva M, March S, Guillén M.

Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. Aten Primaria. 2014 (en prensa).

Antecedentes y objetivos

La Atención Primaria (AP) se encuentra desde hace unos años en situación de crisis y una de las propuestas, ya clásicas, para revertir la situación es dotar de mayor autonomía de gestión a los profesionales. Sin embargo no conocemos realmente si la actitud de éstos es favorable a esa mayor autonomía que implica asumir mayores responsabilidades e incluso riesgos. Este trabajo tiene como objetivo valorar los conocimientos, percepciones, expectativas y actitudes de los profesionales de AP de Mallorca sobre la autonomía de gestión.

Método

Estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario ad hoc, anónimo, distribuido de forma online, a los profesionales de AP de Mallorca (n=1097) durante junio-julio del 2013.

Resultados

Tasa de respuesta: 49,8% (546/1.097), 71% mujeres, 47,3% médicos, con una experiencia media en AP de 19 años.

Las principales competencias que se atribuyen a un centro con autonomía de gestión (CAG) son: capacidad de organización interna (87,5%), de

selección del personal (81,1%), de homogenización de las actuaciones clínicas (77,7%), de gestión de los incentivos (77%), elección del hospital de referencia (63,7%) y aumento de la oferta de servicios (62,9%).

Los futuros CAG se prevén con unos profesionales motivados e implicados (72,6%), resultados eficientes (66%), mayor calidad asistencial (59,4%) y mejor formación (52,8%).

Los principales requisitos de los CAG son disponer de directores capacitados (92,6%), sistemas de asignación presupuestaria adecuados (87,5%) y contratos de gestión adecuados (86,1%).

El 56,9% dicen estar dispuestos a incorporarse en un CAG, pero sólo 26,1% creen que su equipo de AP (EAP) está dispuesto a incorporarse.

Prefieren que los CAG dependan de la Administración el 62,7%, están dispuestos a renunciar al régimen estatutario el 16%, y un 27,4% estaría dispuesto a asumir un riesgo económico que pueda suponer una variabilidad de sus ingresos de más de un 20%.

Conclusión

Aunque más de la mitad de los profesionales manifiestan interés personal en incorporarse a un CAG, la disposición para asumir determinados compromisos (renuncia al régimen estatutario, riesgo económico) es bastante inferior.

COMENTARIO

En la actual situación de crisis-parálisis de la AP uno de los elementos que se consideran claves como vía de solución es la de dotar a los profesionales con más autonomía organizativa, mayor participación e implicación real en los resultados. Sin embargo bajo esta idea de la autonomía de gestión se pueden cobijar diversas visiones. Desde el “que me dejen organizarme y elegir a sustitutos e interinos”, hasta las entidades de base asociativa (EBA), desarrolladas en Cataluña, que gestionan directamente todo el presupuesto y tienen un riesgo económico ligado a sus resultados.

Las respuestas obtenidas en este artículo, presumiblemente aplicables a las otras comunidades autónomas (CCAA), ponen de manifiesto que la mayoría de profesionales quieren el modelo del “que me dejen...” pero manteniendo el estatus de empleado público asalariado con plaza en propiedad. Lo “bonito” de las EBAs pero en entorno “funcionario”.

Existe actualmente una amplia variabilidad en cuanto al grado de autonomía organizativa real que tienen los coordinadores/directores de los EAP en las diferentes CCAA. Así, mientras en algunas se mantiene la aberración de que las agendas de los profesionales se diseñan y gestionan en las gerencias (patognomónico de incompetencia gerencial), en otras la capacidad es máxima. Sin embargo, en la práctica, esta capacidad no suele ejercerse, funcionando más cómodamente por instrucciones externas que por criterios propios.

La gran mayoría de los participantes señalan que el requisito más importante de los CAG es disponer de directores capacitados, pero la realidad dista mucho de ser así. Sea por falta de formación, por falta de

herramientas, por falta de ilusión... los coordinadores/directores de EAP juegan a menudo un papel que se acerca más al de “ama de llaves” del centro de salud que al de líder del equipo.

Los autores del artículo comentan en la discusión la posibilidad de que hayan participado los profesionales más sensibilizados y motivados por la autogestión, y por tanto sesgados hacia un mayor interés en la autonomía de gestión y a la asunción de riesgo. Si en esta situación obtenemos los resultados ya comentados, ¿cuál debe ser la realidad del conjunto de profesionales?

La funcionarización de nuestros profesionales y equipos tiene una elevada prevalencia y cualquier cosa que pueda modificar esa situación no es bien aceptada. Parece muy razonable pensar que unos elevados niveles de autonomía de gestión o autogestión puedan ser una solución a la situación actual de nuestra AP, siempre que incluya beneficios y riesgos, y esto último no forma parte de los cambios que la mayoría de los profesionales están dispuestos a aceptar. De hecho se prefiere mantener la dependencia de la Administración.

Así pues, los niveles “mínimos” de autonomía organizativa (organización autónoma de puertas adentro, gestión de algunos aspectos del presupuesto y cierta implicación en los resultados), son deseados por la mayoría de los profesionales y deberían ser de obligado cumplimiento en todos los EAP.

La Autogestión (con mayúscula) puede ser una solución deseable, pero no parece ser, por el momento, una solución deseada.

Josep Casajuana Brunet

Médico de Masllorenç y Rodonyà. EAP Alt Camp Est. Institut Català de la Salut. Tarragona.

La atención primaria de orientación comunitaria contribuye significativamente a la salud de la población

Rasella D, Harhay M O, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML.

Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;348:g4014.

Objetivos

Evaluar el impacto del Programa de Salud Familiar de Brasil (PSF), el mayor programa de atención primaria de salud en el mundo, sobre la mortalidad por enfermedades circulatorias (cardio y cerebrovasculares) desde el año 2000 al 2009.

Material y métodos

Estudio ecológico de diseño mixto longitudinal mediante modelos de regresión binomial junto con datos de panel y especificación fija de los efectos, analizando los datos de 1.622 municipios brasileños con estadísticas vitales de calidad. La variable independiente principal fue la cobertura media del programa en los años precedentes, con valores que van de ninguna (0%) incipiente (<30%) intermedia (30-69%) o consolidada ($\geq 70\%$). Se calcularon para cada municipalidad las tasas de mortalidad estandarizadas por edad anuales por las causas del grupo de cerebrovasculares, isquémicas y otras formas de enfermedades cardíacas incluidas en la lista nacional de enfermedades susceptibles a la atención ambulatoria, que durante el período de estudio supusieron el 40% del total de defunciones.

Resultados

A mayor cobertura por el PSF menor mortalidad por enfermedades susceptibles a la atención ambulatoria cerebro y cardiovasculares, asociación negativa observada en los datos crudos y se mantiene al ajustarlos por factores de confusión demográficos, sociológicos o económicos. La razón de tasas que mide el eventual efecto de la cobertura consolidada del PSF sobre la mortalidad cerebrovascular fue del 0'82 (IC al 95% entre 0'79 y 0'86) y del 0'79 (0'75-0'80) sobre la mortalidad cardiovascular, alcanzando valores de 0'69 (0'66 a 0'73) y de 0'64 (0'59 a 0'68) respectivamente si la cobertura consolidada había durado ocho años o más. En cambio la cobertura del PSF no mostró asociación con la tasa de mortalidad por accidentes que se empleó como control.

Conclusiones

Los programas integrales de base comunitaria pueden contribuir a disminuir la morbimortalidad cardiovascular en países en desarrollo.

Financiación: National Council for Scientific and Technological Development. Correspondencia: davide.rasella@gmail.com

COMENTARIO

El PSF, iniciado en 1994, ha experimentado una notoria expansión. En 2011 estaba presente en el 95% de las 5.564 municipalidades de Brasil con una cobertura del 53% de la población. Entre sus actividades destacan las de promoción de la salud y las de prevención primaria de los factores de riesgo cardiovasculares, que básicamente llevan a cabo trabajadores sanitarios mediante intervenciones comunitarias y visitas domiciliarias. Una iniciativa que se ha asociado también a la reducción de la mortalidad infantil (1).

En los diez años analizados, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares –incluidas entre las susceptibles a la atención ambulatoria en los 1.622 municipios seleccionados– se ha reducido en una tercera parte, pasando de 40'1 por cien mil en 2000 a 27'0 en 2009; y todavía ha sido mayor, casi un 45%, la reducción experimentada por la mortalidad cardíaca que ha pasado de 23'3 a 12'9. Reducción que muestra un gradiente (dosis-respuesta) según el grado de cobertura del PSF, de manera que por ejemplo, siendo la razón de tasas de mortalidad cardíaca ajustada de 1 en los municipios sin cobertura, es del 0'92 en los que tienen una cobertura incipiente; del 0'81 en los de cobertura intermedia y del 0'75 en los de cobertura consolidada. Y todavía se reduce al 0'64 cuando la cobertura era mayor del 70% durante los últimos 8 años del análisis.

Una disminución que se ha producido a la vez que aumentaba el número de actividades comunitarias y de visitas domiciliarias y consultas ambulatorias las cuales muestran a su vez también un gradiente según la cobertura. Y también el número de médicos por mil habitantes que se ha doblado pasando de 0'43 a 0'86, es decir de un médico por cada 2.418 habitantes a uno por cada 1.162. La mortalidad por accidentes ha aumentado un 12%, lo que los autores interpretan como un indi-

cio del impacto real del PSF puesto que su prevención no sería susceptible a las intervenciones preventivas del programa.

Los mismos autores reconocen que dado el tipo de diseño los resultados están expuestos a una potencial falacia ecológica y tampoco quedan exentos de posibles sesgos de confusión no controlados como las mejoras en los tratamientos de las enfermedades cardiovasculares, la regulación alimentaria o la política antitabaco que, por cierto, es la única de ámbito general que se ha modificado durante el período del estudio. La reducción de la pobreza, del analfabetismo y de la proporción de viviendas insalubres ha podido jugar también un papel determinante y depende de políticas específicas como la denominada Bolsa de Familia que forma parte de la estrategia gubernamental Brasil sin Miseria (2, 3). Una estrategia que requiere la implicación del sistema sanitario en la promoción y la protección de la salud comunitaria, basada en una atención primaria relevante en el conjunto del sistema sanitario tal como ya va a hacer diez años demostraba Bárbara Starfield (4).

Andreu Segura Benedicto

Médico de Salud Pública. Profesor asociado. Departament de Ciències Experimentals i de Salut. Universitat Pompeu Fabra.

(1) Quino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, 2009;99:87-93.

(2) Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013;382:57-64.

(3) Monteiro LO, Pellegrini A, Solar O, Rigoli F, Malagón L, Castell-Florit P, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. Published online October 16, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X).

(4) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary care to health Systems and Health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.

La atención integrada (primaria-hospital) disminuye la morbimortalidad de la insuficiencia cardiaca

Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, Badosa N, Cladellas M, Ferré S, Bruguera J. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol* 2014;67:283-93.

Antecedentes y objetivos

Diferentes ensayos clínicos han demostrado la eficacia de la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) en el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) pero se desconoce su efectividad. Se evalúa la factibilidad y eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la gestión de pacientes con IC en un área integral de salud de 309.345 habitantes, en un entorno de práctica real.

Métodos

El programa está centrado en el profesional de enfermería con participación de atención primaria y hospitalaria, e incorpora elementos del Chronic Care Model, según las recomendaciones de GPC: capacitación de pacientes mediante promoción de la autogestión y la autoeficacia; atención más proactiva, con intervenciones de enfermería (especializada en IC/ gestoras de casos) y cardiólogos especializados en IC; servicios de atención de la salud flexibles con acceso abierto a los pacientes (e.g., hospitales de día); herramientas de toma de decisiones por enfermeras y médicos de familia (algoritmos basados en GCP); y nuevas tecnologías, como la telemedicina (integración de la historia clínica electrónica entre cuidadores).

Se incluyó a todos los pacientes ingresados por IC como diagnóstico principal y dados de alta vivos en todos los hospitales de Cataluña de 2005 a 2011

(n=56.742); se comparó la mortalidad y los reingresos entre los pacientes del área de salud integrada Barcelona Litoral Mar incluidos en el programa (n=2.083) y los de las demás áreas no incluidos en el mismo (n=54.659).

Resultados

Se incluyeron 56.742 pacientes. Se produjeron 181.204 hospitalizaciones y 30.712 defunciones en el periodo 2005-2011. En los análisis ajustados, los pacientes expuestos al programa, respecto los de las otras áreas sanitarias, tuvieron menor riesgo de muerte (hazard ratio = 0,92 [intervalo de confianza (IC) 95%, 0,86-0,97]), de reingreso clínicamente relacionado (hazard ratio = 0,71 [IC 95%, 0,66-0,76]) y de rehospitalización por IC (hazard ratio = 0,86 [IC 95%, 0,80-0,94]). El impacto positivo en la morbimortalidad fue más notorio en el periodo de consolidación del programa.

Conclusiones

La implantación de un programa multidisciplinario para la gestión de la IC que integra hospital y atención primaria es factible y se asocia a una reducción significativa de la morbimortalidad.

Financiación: Ninguna.

Correspondencia: josepcomin@gmail.com.

COMENTARIO

Alrededor de 1-2% de la población adulta padece IC llegando a más del 10% en mayores de 70 años. Su prevalencia aumenta con la edad. En los próximos 10 años se espera en España un aumento de 1,5 millones de personas mayores de 64 años, pasando del 17% actual al 22%. Por ello la IC aumentará su frecuencia en los próximos años.

Se han propuesto distintos modelos para abordar las enfermedades crónicas, como el *Chronic Care Model* o el *Kaiser Permanente*. Entre las nuevas propuestas destaca la atención integrada, la gestión de casos o el uso de las tecnologías de información y comunicación (TICs).

La coordinación asistencial puede definirse como la "concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada" (1). En una reciente revisión sistemática (2) sobre el impacto de la atención integrada en enfermedades crónicas como la IC (12 estudios), diabetes (7 estudios), enfermedad respiratoria crónica (7 estudios) y asma (5 estudios), se encuentran resultados positivos, incluyendo reducción de ingresos y reingresos hospitalarios, mejor adherencia terapéutica y calidad de vida. Algunos muestran también reducciones en costes. Otro programa similar en España, en pacientes con cardiopatía isquémica, también ha obtenido resultados positivos (3).

Otras medidas incluidas en el programa de Comín et al. son la gestión de casos o la telemedicina. La telemedicina es la prestación de servicios de salud a distancia empleando las TICs. En otro metanálisis (4), incluyendo 33 estudios publicados de 2001 a 2012, 26 incluyeron programas de telemedicina y 7 gestión de casos. Sobre un total de 7.530 pacientes, estos programas redujeron la mortalidad por todas las causas, las hospitalizacio-

nes por IC y la duración de la hospitalización por IC. Además, mostraron mayor eficacia entre los pacientes con estadios más avanzados según la *New York Heart Association* (NYHA).

Puede concluirse que el trabajo de Comín-Colet J et al. ha demostrado la factibilidad de la aplicación de programas integrados en pacientes con IC en nuestro sistema sanitario, en práctica clínica real. Se puede considerar que existe suficiente evidencia para generalizar la atención integrada a pacientes con IC. Para ello es preciso reorientar los circuitos de trabajo y las vías clínicas. Dicha coordinación requiere mejorar el intercambio de información, donde la historia clínica única electrónica es una necesidad, acordar el ejercicio de las competencias de cada profesional de manera diferencial (incluyendo medicina y enfermería) y "optimizar y complementar las intervenciones sin que se produzcan duplicidades de servicios para maximizar los resultados en salud".

Domingo Orozco Beltrán

Dpto. Medicina Clínica.

Universidad Miguel Hernández.

(1) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

(2) Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, et al. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *Int J Qual Health Care* 2011;26:561-70.

(3) Ruescas-Escolano E, Orozco-Beltrán D, Gaubert-Tortosa M, et al. El estudio PRO-PRESE: resultados de un nuevo modelo organizativo en atención primaria para pacientes con cardiopatía isquémica crónica basado en una intervención multifactorial. *Aten Primaria* 2014;46 Suppl 3:10-5.

(4) Xiang R, Li L, Liu SX. Meta-analysis and meta-regression of telehealth programmes for patients with chronic heart failure. *J Telemed Telecare* 2013;19:249-59.

Persiste el “techo de cristal” en la medicina

Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C.

Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century?
Gac Sanit. 2014;28:363-8.

Objetivo

Analizar el avance de las mujeres en comparación con los hombres en la medicina y analizar si el avance jerárquico difiere del avance en su reconocimiento profesional en el período 1996-2008.

Métodos

Estudio retrospectivo en el Hospital Clínic de Barcelona mediante el análisis de datos relativos a posición temporal y permanente, jerarquía, carrera profesional, especialidad, edad y sexo de los médicos.

Resultados

La proporción de mujeres y hombres entre residentes fue superior a 1 durante el período de estudio. Finalizada la residencia, la proporción de mujeres dobla la proporción de hombres entre posiciones médicas temporales. Menos del 50% de las mujeres en comparación con el 70% de los hombres logra posiciones médicas permanentes. La proporción de mujeres y hom-

bres entre posiciones permanentes no jerarquizadas y jerarquizadas desciende gradualmente desde 0.5 hasta llegar a menos de 0.2. A pesar de que más del 50% de residentes son mujeres, ellas alcanzan el grado de consultor 25% menos que sus colegas masculinos. En 2008, el último año del estudio, un tercio de las mujeres (10,9%) en comparación con los hombres (29,5%) alcanzó el grado de consultor senior ($p < 0.0001$).

Conclusiones

Diferencias significativas en posiciones médicas entre hombres y mujeres configuran el fenómeno conocido como “tuberías con fugas”, que consiste en un número desproporcionado de mujeres que llegan a posiciones médicas principales. El potencial de la feminización médica no se alcanzará sin esfuerzos de mejora ambiental continua en la medicina hospitalaria.

Financiación: Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR) de la Generalitat de Catalunya.

Correspondencia: parriza@clinic.ub.es

COMENTARIO

Más mujeres en la profesión médica, muchas más, pero persiste el “techo de cristal”, las dificultades para tener contratos fijos, alcanzar puestos jerárquicos o avanzar en la carrera profesional.

Con frecuencia este “techo de cristal” se ha atribuido a las dificultades de las mujeres para compaginar la vida laboral y la familiar en un contexto, como el español, con un modelo de familia tradicional en el que las mujeres continúan siendo las responsables principales del trabajo doméstico y familiar, a los hombres se les atribuye el rol de persona sustentadora económica principal del hogar y existen pocos recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes. Además, las políticas de conciliación de vida laboral y familiar, que parten de este modelo de familia tradicional y promueven estrategias como el trabajo a tiempo parcial o los largos permisos de maternidad, no hacen sino perpetuar la situación por cuanto que son las mujeres las que se acogen fundamentalmente a estas medidas.

Sin embargo, además de la división sexual del trabajo, las diferencias de género en la profesión médica, y en el mercado laboral en general, se explican también por la socialización de género y las desigualdades en el acceso al poder y los recursos. Por ejemplo, aunque a menudo se ha atribuido la segregación horizontal del mercado de trabajo –hombres y mujeres con distintas ocupaciones y sectores masculinizados o feminizados– a las diferencias de género en la educación, con los hombres más propensos a estudiar materias técnicas con la correspondiente selección profesional (1), algunos estudios han hecho hincapié en los poderosos estereotipos sociales que disuaden a las mujeres de los estudios científicos o técnicos a partir de edades tempranas (2). Esta socialización de género, que comienza desde el nacimiento en la familia, continúa en la escuela, en las instituciones y en la comunidad en general, está también relacionada con la diferente elección de las especialidades médicas según el sexo –¿libre o condicionada por el orden social de género?– así como con las distintas actitudes y aptitudes de hombres y mujeres en el desarrollo de la profesión médica, que se

mencionan en el artículo de Arrizabalaga et al., que son coherentes con la división sexual del trabajo: ellas deben cuidar; ellos tienen que triunfar en el ámbito profesional.

La segregación vertical, que se refiere a la escasa representación de las mujeres en ocupaciones de alto estatus y su sobrerrepresentación en las de bajo estatus refuerza los efectos negativos de la segregación horizontal. Esta segregación vertical se explica en buena medida por prácticas de discriminación. Se ha señalado que las mujeres, en particular aquellas que son madres, tienden a ser vistas como menos fiables, menos promocionables y merecedoras de salarios iniciales más bajos (3). Esta discriminación se evidencia de manera clara en un estudio experimental en el que se distribuyeron de manera aleatoria dos currículos idénticos –solo se diferenciaban en que uno de ellos era de un hombre y el otro de una mujer– entre 127 investigadores e investigadoras universitarias para la selección de una persona como responsable de un laboratorio. Sin diferencias de sexo, ni edad, ni carrera universitaria, las personas evaluadoras consideraron al aspirante masculino como más competente, mejor para contratarlo, le atribuyeron un mayor salario inicial y se mostraron más dispuestas a formarlo (4). Discriminación pura y dura. Les recomiendo leer la experiencia de Ben Barres, profesor de la Universidad de Stanford, a quien le costó mucho que su talento fuera reconocido como se merecía. Parece que le ayudó su cambio de sexo, pasar de ser mujer a hombre. Es su testimonio en Nature (2). Para reflexionar...

Lucía Artazcoz

Universitat Pompeu Fabra y Agència de Salut Pública de Barcelona.

(1) Blackburn R. Gendered Occupations: Exploring the Relationship between Gender Segregation and Inequality. *Int Sociol.* 2006;21:289-315.

(2) Barres B. Does gender matter? *Nature.* 2006;442:133-6.

(3) Correll S, Benard S, Paik I. Getting a Job: Is There a Motherhood Penalty? *Am J Sociol.* 2007;112:1297-339.

(4) Moss-Racusin C, Dovidio J, Brescoll V, Graham M, Handelsman J. Science faculty's subtle gender biases favor male students. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2012;109:16474-9.

Las revisiones sistemáticas merecen más crédito del que reciben: a propósito de la prevención del dolor por inyección de propofol

Habre C, Tramèr MR, Pöpping DM, Elia N.

Ability of a meta-analysis to prevent redundant research: systematic review of studies on pain from propofol injection. BMJ. 2014;348:g5219.

Objetivo

De acuerdo con las conclusiones de una revisión sistemática con metaanálisis publicada en 2000 sobre intervenciones para prevenir el dolor por inyección de propofol y que proporcionó una agenda de investigación para orientar futuros estudios sobre el tema, se examina si a) los ensayos clínicos publicados posteriormente mejoraron su calidad en diversos aspectos relevantes (p.ej., métodos de cegamiento, generación de información pediátrica, elección de la intervención más eficaz como comparador); b) el número de nuevos estudios publicados cada año ha disminuido y c) los diseños de los estudios que citaban la revisión diferían de las que no la citaban.

Material y métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática que comparara los ensayos clínicos 'viejos' (publicados antes e incluidos en la revisión publicada en 2000) con los ensayos 'nuevos' (publicados después). Se realizaron búsquedas en Medline, Cochrane, Embase y otras fuentes hasta enero de 2013. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que examinaran cualquier intervención para prevenir el dolor de la inyección por propofol llevada a cabo en humanos.

Resultados

Se seleccionaron 136 estudios 'nuevos' (19.778 pacientes). En comparación con los 56 estudios 'viejos' (6.264 pacientes), la proporción con cegamiento óptimo aumentó del 10,7% al 38,2% (diferencia de 27,5%, IC95%:

16,0%-39,0%), y también la proporción que utiliza la intervención más eficaz como comparador: 12,5% al 27,9% (diferencia de 15,4%, 4,0%-26,9%). La proporción de estudios pediátricos aumentó del 5,4% al 12,5%, aunque no de manera significativa (diferencia de 7,1%, -1,0%-15,2%; $p=0,141$). El número de nuevos estudios publicados cada año fue mayor (mediana del número/año: 12 (rango 7-20) vs 2,5 (0-9); $p<0,001$). El 72,8% de los nuevos estudios cita la revisión y presenta diseños similares a los ensayos que no la citan. Sólo el 36,0% de los nuevos ensayos se consideraron clínicamente relevantes (por utilizar la intervención más eficaz como comparador y/o se incluye a población pediátrica).

Conclusiones

El impacto de la revisión sistemática publicada en 2000 sobre el diseño de la investigación posterior fue bajo. Hubo una mejora en la presentación de métodos de cegamiento y una tendencia hacia un aumento en la proporción de ensayos pediátricos. La intervención más eficaz fue elegida más a menudo como comparador pero permaneció utilizada marginalmente. El número de ensayos publicados por año no disminuyó. Debería fomentarse el uso de las revisiones sistemáticas para informar un diseño más racional y ético de los ensayos clínicos y mejorar así la relevancia de cualquier nueva investigación.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: MRT es autor de la revisión publicada en 2000 que se menciona en este trabajo.

Correspondencia: celine.habre@hcuge.ch

COMENTARIO

En 2000, se publicó una amplia revisión sistemática y metaanálisis que examinó la eficacia de intervenciones para prevenir el dolor local que causaba la inyección intravenosa de propofol (agente de corta duración utilizado para la inducción rápida de la anestesia) (1). Por aquel entonces, se concluyó que la intervención más eficaz era administrar una pequeña dosis de lidocaína en la misma vena ocluyendo el retorno venoso momentáneamente antes de administrar propofol y que, aunque otras alternativas también fueron eficaces, no demostraron una eficacia similar a esta. También se puso de manifiesto que algunos aspectos metodológicos de los estudios eran mejorables, que había una falta de datos en población pediátrica y se cuestionaba la necesidad de realizar ensayos adicionales.

En el estudio de Habre et al. se lleva a cabo una evaluación rigurosa del impacto que tuvo la publicación de la revisión del año 2000. Todo parece indicar que: a) el número de ensayos publicados por años no ha disminuido desde la publicación de la revisión; b) a pesar de presentar una agenda de investigación clara, la revisión sistemática tuvo poca influencia en el diseño de nuevos ensayos; c) el número de ensayos que podría haber tenido un impacto clínico en la práctica clínica (por aportar mejoras respecto a los trabajos anteriores) se mantuvo baja.

Hay un considerable despilfarro en todas las fases del ciclo de la investigación clínica (2): planteando preguntas irrelevantes y/o que ya tienen respuesta, aplicando métodos inadecuados, pasando por una

mala presentación del conociendo generado y/o una difusión incompleta de las investigaciones. Las revisiones sistemáticas y metaanálisis, cuando se llevan a cabo de manera adecuada y detallada, suelen servir para ayudar en la toma de decisiones clínicas. También pueden servir para identificar carencias metodológicas y lagunas en la literatura existente, y deberían servir para guiar a investigadores (y a las agencias que financian investigación) a evaluar la necesidad y pertinencia de los nuevos estudios. Sin embargo, como se pone de manifiesto en este trabajo, aun existe un importante margen de mejora al respecto. Sin duda, este tipo de investigaciones merecen más crédito del que reciben (3).

Ferrán Catalá-López

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Madrid.

F. Javier Belda

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Valencia.

(1) Picard P, Tramèr MR. Prevention of pain on injection with propofol: a quantitative systematic review. *Anesth Analg*. 2000;90:963-9.

(2) Ioannidis JP, Greenland S, Hlatky MA, et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet*. 2014;383:166-75.

(3) Ansari MT, Moher D. Systematic reviews deserve more credit than they get. *Nat Med*. 2013;19:395-6.

Cuando no funciona el cribado para el riesgo cardiovascular elevado en la población general

Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C.

Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. BMJ. 2014 Jun 9;348:g3617.

Objetivo

Estudiar el impacto a nivel de la población de un cribado sistemático de factores de riesgo para la cardiopatía isquémica acompañado de consejos sobre el estilo de vida.

Diseño

El Inter99 es un ensayo clínico aleatorizado y controlado en población de Copenhague, que aleatorizó 59.616 ciudadanos de 30 a 60 años a recibir intervención (11.629) o pertenecer al grupo control (47.987). Solo el grupo de intervención fue invitado a un examen para identificar riesgo cardiovascular elevado y estilos de vida poco saludables. En ese caso, se procedía a un asesoramiento personalizado (cuatro veces en cinco años) sobre tabaquismo, dieta y actividad física. Se remitió al médico de cabecera cuando se requería tratamiento farmacológico. El análisis fue del tipo "intención de tratar". Tras 10 años de seguimiento, la incidencia de cardiopatía isquémica, de ictus, de un resultado combinado de ambos y la mortalidad se obtuvieron de registros nacionales.

Resultados

6.091 (52,4%) personas en el grupo de intervención aceptaron participar en el cribado. 3.642 participantes (60%) presentaron alto riesgo y 608

más recibieron consejo sobre estilos de vida. 3.163 participantes (595 del grupo intervención y 2.568 del grupo control) murieron en el período de seguimiento de 10 años. No se observó ninguna diferencia significativa entre los grupos de intervención y control en cardiopatía isquémica (riesgo relativo –RR– e intervalo de confianza del 95% 1,03[0,94-1,13]), en ictus (RR 0,98[0,87-1,11]), en el resultado combinado (RR 1,01[0,93-1,09]) ni en mortalidad total (RR 1,00[0,91-1,09]) tras ajustar por edad y sexo.

Conclusión

Un programa de intervención basado en la comunidad con cribado para la detección de riesgo de cardiopatía isquémica e intervención de estilo de vida individualizado a lo largo de cinco años no tuvo ningún efecto en la población sobre la incidencia de cardiopatía isquémica, de accidente cerebrovascular o sobre la mortalidad después de 10 años.

Financiación: Danish Research Councils, Health Foundation, Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment, Copenhagen County, Danish Heart Foundation, Ministry of Health and Prevention, Association of Danish Pharmacies, Augustinus Foundation, Novo Nordisk, Velux Foundation, Becket Foundation, and Ib Henriksens Foundation. Correspondencia: torben.joergensen@regionh.dk

COMENTARIO

Llama la atención ver cómo estos resultados se alinean con el escaso impacto en la salud poblacional de los chequeos médicos genéricos, llevados a cabo de forma sistemática a modo de cribado que muestra un meta-análisis Cochrane al respecto (1). En contraste, los cribados para cáncer, que detectan enfermedad establecida y dan lugar a acciones terapéuticas recortadas sí han demostrado una clara utilidad. Los cribados para factores de riesgo cardiovascular, debemos saber, sí logran mejorar los marcadores intermedios de riesgo, en particular en los sujetos de muy alto riesgo (2), e incluso la misma intervención Inter99 tuvo éxito sobre sus factores objetivo.

La prevención de enfermedades crónicas se puede hacer bien modificando sus factores de riesgo en la población globalmente, bien identificando mediante cribado los sujetos de alto riesgo para tratarlos intensamente (3). Un cribado es razonable si la enfermedad tiene un período latente, la prueba diagnóstica es específica, sensible y aceptable para la población y existe tratamiento o acción preventiva eficaz.

La enfermedad cardiovascular tarda muchos años en manifestarse pero las herramientas actuales para su predicción no son precisas para el rango intermedio de riesgo, que desafortunadamente da lugar a la mayor parte de la carga de enfermedad. Inter99 consideró y trató al 60% de su muestra como de alto riesgo lo que con toda seguridad implica un valor predictivo positivo bajo. Similar hubiera sido intervenir sobre todos los invitados al cribaje. Desde la epidemiología cardiovascular se investigan pruebas más informativas, que se basen por ejemplo en la enfermedad subclínica (4). El tercer criterio para el cribaje también es débil ya que no existen estrategias eficaces para un cambio perdurable en estilos de vida. Los mejores instrumentos disponibles

para el cambio conductual consiguen mejoras modestas y su efecto se extingue progresivamente tras finalizar los programas de intervención. Estimo que el valor de este trabajo no radica en descartar la estrategia de localizar y tratar a aquellos con muy alto riesgo, sino en desenfatar la responsabilidad individual sobre el riesgo cardiovascular que se sufre, puesto que el individuo tiene un control limitado sobre el mismo y está influido por múltiples factores culturales, sociales, laborales e incluso de oferta comercial. No basta con programas de asesoramiento recortados en el tiempo para mejorar la salud de la población. Éstos deben acompañarse de acciones a nivel social y de políticas económicas y sanitarias, como la prohibición de fumar en lugares públicos, la mejora del entorno vital y la oferta de una dieta saludable a un precio asumible. La estrategia integral debe regir el camino de la prevención cardiovascular (3).

Martín Laclaustra Gimeno

Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

Epidemiology Department. St. Louis University. Missouri. USA.
Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).

(1) Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e7191.

(2) Si S, Moss JR, Sullivan TR, et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014;64:e47-53.

(3) Cooney MT, Dudina A, Whincup P, et al.; SCORE Investigators. Re-evaluating the Rose approach: comparative benefits of the population and high-risk preventive strategies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:541-9.

(4) Fernández-Ortiz A, Jiménez-Borreguero LJ, Peñalvo JL, et al. The Progression and Early detection of Subclinical Atherosclerosis (PESA) study: rationale and design. *Am Heart J* 2013;166:990-8.

Un avance para grupos seleccionados de pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica

Gerhard Hindricks, Milos Taborsky, Michael Glikson, et al., for the IN-TIME study group.

Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial. Lancet 2014;384:583-90.

Introducción y objetivo

El objetivo del ensayo IN-TIME es analizar si la telemonitorización de parámetros fisiológicos y técnicos de estos dispositivos y la intervención derivada de ella podrían disminuir la morbimortalidad de los pacientes.

Diseño del estudio

Ensayo aleatorizado en pacientes con IC de al menos 3 meses de evolución, en clase funcional II-III de la NYHA, fracción de eyección $\leq 35\%$ y con indicación de implantación de un dispositivo tipo DAI o CRT-D. La variable principal de resultado se definió como el empeoramiento a los 12 meses de seguimiento bajo el análisis de intención de tratar, de un score que incluyó muerte por cualquier causa, hospitalización por IC, empeoramiento en la clase funcional de la NYHA y el empeoramiento subjetivo valorado por cada paciente.

Resultados

La edad media fue de 65.5 años, 81% fueron varones, la media de la fracción de eyección fue de 28%, el 88% completaron el estudio y fallecieron el 6%. Los pacientes en telemonitorización presentaron una media de 4 alarmas anuales, 2,1 contactos anuales con los investigadores y 3,13

visitas al año para el grupo de telemonitorización y 2,86 para el grupo control.

Al final del estudio, el 18,9% de los pacientes con telemonitorización y el 27,2% del grupo control presentaron un empeoramiento del score clínico ($p=0,013$), fundamentalmente debido a una menor mortalidad en el grupo de telemonitorización (3,4% telemonitorización vs 8,7% en el grupo control, ($p=0,004$)). La mortalidad por causa cardiovascular fue del 2,7% en telemonitorización y 6,8% en el grupo control ($p=0,012$). No hubo diferencias en ingresos por IC, cambio en la clase de la NYHA y la valoración subjetiva del paciente. El análisis de subgrupos mostró consistencia en el beneficio de la telemonitorización excepto en los pacientes con historia de fibrilación auricular, que mostraron un mayor beneficio.

Conclusiones

La telemonitorización basada en dispositivos (DAI y TRC-D) en pacientes con IC sistólica mejora significativamente su evolución clínica, es practicable y debe incorporarse a la práctica clínica.

Financiación y conflictos de interés: Biotronik SE & Co. KG, Berlin, Germany.

Correspondencia: gerhard.hindricks@medizin.uni-leipzig.de

COMENTARIO

Los clínicos tenemos ciertas inquietudes o reservas sobre la telemonitorización en pacientes con IC. Estas dudas se relacionan con los resultados de los estudios recientemente publicados, con la selección de los pacientes que podrían beneficiarse y con su implementación en la práctica clínica. Aunque un metanálisis indicó un beneficio claro sobre la mortalidad y reingresos de pacientes con IC que reciben telemonitorización externa (1), dos ensayos realizados a gran escala publicados recientemente tuvieron resultado neutro (2, 3). Los ensayos realizados con telemonitorización con dispositivos implantables no han mostrado beneficios pero no existen experiencias previas suficientes en pacientes portadores de DAI o TRC-D.

El estudio de Hindricks y cols. aborda importantes dudas que se plantean en la práctica clínica. En relación a la eficacia, se demuestra como la telemonitorización automática, sin necesidad de intervención por parte del paciente, es eficaz en disminuir la mortalidad. Aunque no se consigue demostrar la reducción de otras variables finales de trascendencia clínica (ingresos y estancias hospitalarias, empeoramiento de la clase funcional) o relevantes para los pacientes (empeoramiento subjetivo) y no queda suficientemente aclarado como puede explicarse este hecho, la valoración global es positiva. La implementación en la práctica clínica podría ser más fácil de lo que inicialmente podría pensarse ya que la media de intervenciones por paciente fue baja.

Por otra parte, deben puntualizarse algunos aspectos que delimitan la aplicabilidad de estos resultados a nuestro trabajo diario. En primer lugar, se dirige a pacientes en los que se indica un dispositivo ventricular, que lógicamente deben cumplir los criterios definidos en las guías de práctica clínica, pero que en la actualidad suponen una baja proporción de casos de IC. Estos programas se dirigirían a pacientes con

edad por debajo de la media de la población con IC y, en el estudio revisado, destaca su baja mortalidad en el seguimiento. Segundo, se hace necesario rediseñar los servicios que atienden a estos pacientes, fundamentalmente las unidades de arritmias y de Cardiología para incluir en su rutina diaria el análisis de la monitorización de los pacientes y la gestión de las alarmas e incidencias que puedan presentar. Afortunadamente el estudio analizado demuestra que esta tarea puede llevarse a cabo sin una sobrecarga excesiva, pero sí requiere un diseño y organización específico de los servicios. Tercero, serán necesarios 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. Por último, será también necesario hacer un análisis de costes de este tipo de atención considerando el personal entrenado que se requiere, la tecnología necesaria y los beneficios obtenidos.

En conclusión, este estudio aporta buenas noticias para pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca sistólica moderada-grave y supone un avance claro en el manejo de esta enfermedad que afecta a la calidad de vida y supervivencia de muchas personas.

Carlos Rodríguez-Pascual

Servicio de Geriátría, Complejo Hospitalario de Vigo.

(1) Pandor A, Gomersall T, Stevens JW, et al. Remote monitoring after recent hospital discharge in patients with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Heart* 2013;99:1717-26.

(2) Sarwat I, Chaudhry, MD, Jennifer A, et al. Telemonitoring in Patients with Heart Failure. *N Engl J Med* 2010;363:2301-9.

(3) Koehler F, Winkler S, Schieber M, et al. Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Investigators. Impact of remote telemedical management on mortality and hospitalizations in ambulatory patients with chronic heart failure: the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Study. *Circulation* 2011;123:1873-80.

El cribado de hepatocarcinoma, ni en pacientes de alto riesgo

Devan Kansagara, Joel Papak, Amilara S. Pasha, Maya O'Neil, Michele Freeman, Rose Relevo et al.

Screening for hepatocellular carcinoma in chronic liver disease. A systematic review.

Ann Intern Med. 2014;161:261-9.

Marco

Los veteranos de las guerras de Estados Unidos tienen una organización sanitaria peculiar dependiente del *Department of Veterans Affairs*. Se les presta atención en un sistema de financiación y provisión pública. Es decir, con médicos asalariados que no son dueños de los medios de producción. Este sistema sanitario, insólito para la cultura de Estados Unidos, no es menor pues presta atención a casi 25 millones de estadounidenses (a los propios veteranos y a sus familiares). Además, este sistema sanitario es probablemente el mejor de Estados Unidos en cuanto a calidad. Buena muestra es el texto que se comenta, un intento de poner orden en el uso del cribado de hepatocarcinoma (recomendado, por ejemplo por la *American Association for the Study of Liver Diseases*). Tal práctica se impone en la rutina diaria pues se demostró el uso de tecnología de la imagen en el año previo en el 56% de los 25.000 pacientes veteranos con cirrosis y/o hepatitis crónica atendidos en *Veterans Affairs* en 2013 (1).

Objetivo

Analizar las ventajas e inconvenientes del cribado de hepatocarcinoma en pacientes de alto riesgo (en presencia de enfermedad hepática crónica como cirrosis y hepatitis crónica). Se puso énfasis en determinar el efecto en la mortalidad de diferentes intervalos de cribado.

Tipo de estudio y métodos

Los autores revisaron las bases MEDLINE, PsycINFO, el Registro Cochrane de Ensayos Clínicos, el Registro Cochrane de Revisiones Sistemáticas y ClinicalTrials.gov hasta abril de 2014. A la búsqueda automática sumaron un manual a partir de las referencias de las revisiones sistemáticas, el consejo de expertos y otras fuentes. Se seleccionaron sólo publicaciones en inglés en que constara la palabra "cribado" y fueran ensayos clínicos o estudios observacionales con pruebas específicas (ultrasonografía, TAC, resonancia magnética nuclear y/o determinación de alfafetoproteína) para diagnosticar precozmente hepatocarcinoma en pacientes con enfermedad crónica hepática pero sin síntomas ni signos de tal cáncer. En todos los estudios debían constar los datos de un grupo de comparación, sin cribado. Se precisaba, también, contar con la edad, sexo y gravedad de la afectación hepática. Se puso énfasis en los estudios que valoraban la frecuencia del cribado y los potenciales daños del mismo. Siete investigadores revisaron el material seleccionado y si alguno consideraba un trabajo para ser incluido en la revisión, otro investigador lo confirmaba. Se resumieron los datos clave, como tipo de diseño, objetivos, tamaño de la población, sexo, edad, raza-etnia, tipo de enfermedad hepática y gravedad de la misma en los pacientes, criterios de inclusión y exclusión en los participantes, método y frecuencia del cribado, años de duración y frecuencia del mismo. Dos revisores independientes determinaron la calidad de cada estudio, con los criterios de la Colaboración Cochrane, y además graduaron la "fuerza de los resultados" teniendo en cuenta la validez interna del estudio. La heterogeneidad clínica impidió realizar un meta-análisis.

Resultados

Las revisiones electrónica y manual permitieron localizar 13.801 referencias, de los que 286 resultaron relevantes. Finalmente fueron 22 los estudios que cumplieron con los criterios de selección. De estos, 4 eran ensayos clínicos (2 permitían valorar intervalos de cribado) y 18 estudios observacionales. Los ensayos clínicos se centraron fundamentalmente en pacientes chinos con hepatitis crónica B, cribados con ultrasonografía y determinación de alfafetoproteína y todos ellos demostraron el diagnóstico de cánceres de menor tamaño en los pacientes cribados. El estudio de mejor calidad demostraba la ausencia de impacto en la mortalidad. Tampoco tuvo impacto en la misma el uso de diferentes intervalos de cribado (entre 3 y 12 meses). En los estudios observacionales el cribado demostró en general el diagnóstico de cánceres menores, mayor posibilidad de intervención curativa (cirugía y/o trasplante) y menor mortalidad. Tales ventajas desaparecieron en aquellos estudios en que se controlaron los sesgos de adelanto diagnóstico (*lead time bias*) y de duración de la enfermedad (*length time bias*). Ningún estudio valoró los posibles daños del cribado, ni psicológicos ni de sobrediagnóstico. En una revisión sistemática se tuvieron en cuenta los efectos adversos del uso del contraste en el TAC y en la resonancia magnética nuclear (se dieron en el 13-25% de los pacientes).

Financiación. US Department of Veterans Affairs. Quality Enhancement Research Initiative. Correspondencia: kansagara@ohsu.edu

COMENTARIO

Este trabajo permite concluir, con los autores, que no hay datos para pronunciarse sobre el fundamento científico del cribado del hepatocarcinoma en pacientes de alto riesgo (con cirrosis y/o hepatitis crónica). El mayor ensayo clínico es de baja calidad y realizado con pacientes chinos afectados mayoritariamente por hepatitis B crónica. Los demás estudios no permiten llegar a resultados concluyentes ni "de peso". No se conoce la historia natural del hepatocarcinoma ni se puede valorar el beneficio de las técnicas curativas para el mismo, aplicadas precozmente en estos pacientes. No se han podido analizar los daños del cribado. Los estudios de coste-efectividad no son concluyentes, pero en una revisión sistemática se concluía justificando el cribado anual con ultrasonografía si la incidencia era mayor del 1,5-3,5% anual. En conjunto, los datos sugieren no fomentar el cribado en estos pacientes con enfermedad crónica hepática sino permitir que los clínicos decidan en cada caso con énfasis en los que tengan enfermedad de menor gravedad para que sean posibles las técnicas curativas (cirugía y/o trasplante). En todo caso se recomienda la vigilancia estrecha de los daños del cribado. Y el tener en cuenta la alternativa de los nuevos tratamientos de la hepatitis C.

Juan Gérvas

Médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España.

(1) Atkins D, Ross D, Kelley M. Acting in the face of uncertainty. *Ann Intern Med.* 2014;161:300-1.

Utilidad del porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo para monitorizar la calidad de la atención obstétrica

Librero J, Peiró S, Belda A, Calabuig J.

Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:315-326.

Introducción y objetivo

El incremento en la incidencia de la intervención de cesárea y las variaciones entre diferentes regiones y hospitales ha motivado la inclusión del porcentaje de cesáreas como indicador de calidad y eficiencia de la atención obstétrica. Aún así, este indicador es limitado para comparar hospitales con distinta capacidad para atender la complejidad en los partos. Este estudio explora el indicador de cesárea en partos de bajo riesgo y analiza su variabilidad y su correlación con el indicador convencional (porcentaje de cesáreas sobre el total de partos).

Método

Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyen todos los partos (214.611) atendidos en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana (2005-2010). La información se obtiene a partir de los diagnósticos y procedimientos codificados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Se delimita un subgrupo de bajo riesgo: mujeres menores de 35 años, sin embarazo múltiple, sin antecedentes de cesárea, gestación entre 37 y 41 semanas, feto en presentación cefálica y peso entre 2.500 a 3.999 gramos.

Se describe la frecuencia de los factores de riesgo, el porcentaje de cesáreas para todos los partos (indicador crudo), y el volumen y características de los partos de bajo riesgo para cada hospital. A continuación se analiza la variabilidad entre hospitales para ambos indicadores. Finalmente se valora la homogeneidad interna del indicador de bajo riesgo, para averiguar si se mantienen diferencias de riesgo que puedan afectar las comparaciones entre hospitales.

Resultados

El análisis del total de partos muestra una gran variabilidad en la mayoría de factores de riesgo y variación discreta en la edad media materna, el tiempo medio gestacional y el peso medio de la criatura. El 58,4% de los partos se identifican como de bajo riesgo, con una edad media materna inferior, y edad media gestacional y peso de la criatura discretamente superior. El porcentaje de cesáreas en este subgrupo es de 11,9% (12,33 puntos porcentuales menor que el global). Los estadísticos de variabilidad muestran una mayor dispersión con el indicador de bajo riesgo. En cuanto a la probabilidad de cesárea en las mujeres de bajo riesgo, se observa una importante discrepancia entre hospitales, no explicable por el azar. Se obtiene una elevada correlación entre el indicador global y el indicador de bajo riesgo, y las diferencias entre hospitales sobre las variaciones en el riesgo de cesárea individual se mantienen con este indicador.

Discusión

Más de la mitad de los partos se identifican como de bajo riesgo y se observa más variabilidad que con el indicador global. Este hallazgo sugiere una mayor sensibilidad del indicador de bajo riesgo para identificar hospitales con comportamientos diferenciados, lo cual es importante para monitorizar la actividad de los servicios obstétricos. La elevada correlación de este indicador con el indicador global apoya que se puedan identificar con más exactitud los hospitales con mayor tendencia a practicar cesáreas.

Financiación: Ayuda de investigación de la Fundación Mapfre (convocatoria 2010).

COMENTARIO

Es importante poder monitorizar la atención obstétrica mediante indicadores de calidad apropiados que permitan comparar diferentes hospitales sin estar expuestos a limitaciones que invaliden las conclusiones que se deriven.

El porcentaje de cesáreas continúa siendo ampliamente estudiado como indicador de calidad obstétrica. En este sentido, se han desarrollado diferentes métodos para su clasificación en el intento de ajustar las comparaciones entre diferentes centros, regiones o países. Las clasificaciones existentes para ajustar las comparaciones entre diferentes centros, regiones o países se pueden distribuir en cuatro grandes grupos según clasifiquen por indicación, por grado de urgencia, según las características de las mujeres u "otros tipos" (1). En este trabajo se presenta un indicador basado en características de la mujer que determinan un nivel de riesgo. A diferencia de otros trabajos (2), en este estudio se analiza el comportamiento del indicador "porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo" obteniendo una elevada correlación con el indicador global de cesáreas y mostrando su resistencia ante la presencia de otras covariables que no modifican el efecto del hospital. Dicho de otra forma, este indicador ayudaría a identificar aquellos hospitales con una mayor tendencia a realizar cesáreas en las mujeres que no presentan los riesgos obstétricos que se identifican con este instrumento.

La construcción del indicador, y su descripción en este trabajo, suponen una fortaleza en cuanto a que se ha elaborado basándose en información disponible en el CMBD y que se registra de forma exhaustiva en la mayoría de hospitales públicos. La consideración de bajo riesgo se ha elaborado identificando factores objetivos que permiten homogeneizar fácilmente el subgrupo de mujeres, independientemente de las características del hospital donde se atiende el parto. En términos prácticos, y dada la accesibilidad a la información necesaria para el cálculo del indicador, se puede considerar como una opción válida para monitorizar el porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo. Por último, si tenemos en cuenta las potenciales consecuencias negativas, tanto en términos de salud como de coste económico, que tiene realizar intervenciones no necesarias, se podría afirmar que es de especial interés conocer el comportamiento de este indicador en hospitales de nuestro entorno.

Ramón Escurió

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.
Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

(1) Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, Merialdi M. Classifications for Cesarean Section: A systematic review. *PLoS One*. 2011 Jan 20;6(1):e14566. doi:10.1371/journal.pone.0014566.

(2) Colais P, Fantini MP, Fusco D, Carretta E, Stivanello E, Lenzi J, Perucci CA. Risk adjustment models for interhospital comparison of CS rates using Robson's ten group classification system and other socio-demographic and clinical variables. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012 Jun 21;12:54. doi:10.1186/1471-2393-12-54.

Profesión e industria: lazos que nos guían hacia una población bajo la mirada médica

Moynihan RN, Cooke GPE, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP.

Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: A cross-sectional study of common conditions in the United States. PLoS Med. 2013,10(8):e1001500,doi:10.1371/journal.pmed.1001500.

Contexto y objetivo

Existen abundantes pruebas del impacto que las relaciones entre los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica tiene en la investigación, formación, práctica y elaboración de guías de práctica clínica (GPC). El Institute of Medicine ha recomendado que se evite o minimice la participación de profesionales con conflictos de intereses en la elaboración de GPC.

Este estudio se propone identificar los cambios en las definiciones o dinteles diagnósticos que se realizan en las GPC sobre problemas de salud frecuentes, y describir los conflictos de intereses declarados por los miembros de los paneles implicados.

Método

Los autores definieron una lista de problemas de salud frecuentes, partiendo de varias listas previas. Posteriormente, identificaron las publicaciones más recientes de paneles que tomaban decisiones sobre la definición o el diagnóstico de los problemas de salud seleccionados. Para ello, realizaron una revisión basada en Medline, National Institutes of Health y National Guideline Clearinghouse. Se incluyeron las publicaciones entre 2000 y abril de 2013 que se habían generado en una organización reconocida de Estados Unidos, y que incluían decisiones sobre definición y/o criterios diagnósticos. De cada problema de salud, se seleccionó la publicación más reciente (salvo en hipercolesterolemia y asma donde se consideró de interés seleccionar dos publicaciones en cada caso, de paneles diferentes).

De cada publicación seleccionada, extrajeron información sobre los cambios propuestos en las definiciones o criterios diagnósticos, la justificación de los mismos, la mención de potenciales daños derivados (sobrediagnóstico, sobretratamiento, medicalización, etc.) y la declaración de intereses de los autores. Además, se realizó una valoración sobre el sentido de los cambios propuestos: hacia ampliar o reducir el espectro de la enfermedad.

Resultados

Se seleccionaron 16 publicaciones recientes sobre 14 problemas de salud. Se consideró que el impacto de los cambios propuestos iba en el sentido de ampliar el espectro de la enfermedad en 10 casos, en el sentido de reducirlo en 1 caso (anemia en enfermedad renal crónica), y no estaba claro en los 5 restantes. Los cambios en el sentido de ampliar el espectro de la enfermedad eran de tres tipos: creación de pre-enfermedad (hipertensión, Alzheimer), bajada del umbral para el diagnóstico (hipercolesterolemia-2002, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, depresión, reflujo gastroesofágico), y propuesta de un método diagnóstico distinto o más precoz (artritis reumatoide, esclerosis múltiple, infarto de miocardio, hipercolesterolemia-2012). Los cambios se justificaron en base a la necesidad de estandarizar los criterios diagnósticos o porque existían nuevas evidencias sobre los riesgos en personas que antes no se consideraban enfermas. Seis publicaciones incluyeron alguna mención a posibles daños derivados de los cambios en la definición de la enfermedad, pero ninguna incluyó una valoración rigurosa de los mismos. El 75% de los miembros de los paneles declararon relaciones con la industria, con una media de 7 compañías por persona. 12 paneles habían sido dirigidos por profesionales con relaciones con la industria. En la ma-

yoría de los casos, los lazos eran con compañías activas en el área terapéutica de interés.

Conclusión

Muchos de los cambios propuestos recientemente en la definición o diagnóstico de problemas de salud frecuentes, van en el sentido de ampliar el espectro de la enfermedad y por tanto, aumentar el número de personas "enfermas". Son propuestos por grupos de profesionales que en su mayoría tienen intereses económicos ligados a la industria, y no se acompañan de una valoración de los posibles daños en la vida de las personas.

Fuente de financiación: NHMRC (National Health and Medical Research Council) Screening and Test Evaluation Program.

Conflicto de intereses: Los autores declaran intereses relacionados con el trabajo en instituciones profesionales o gubernamentales, y en el ámbito de la prevención del sobrediagnóstico. No se declaran intereses ligados a la industria.

Correspondencia: raymoynihan@bond.edu.au

COMENTARIO

Queda patente que los organismos que elaboran guías (sociedades médicas, organismos gubernamentales y otros de "reconocido prestigio") siguen haciendo caso omiso de las recomendaciones del Institute of Medicine de evitar o al menos minimizar la participación de profesionales con relaciones económicas con la industria farmacéutica en la elaboración de GPCs (1). Y si la mayoría de los profesionales implicados en la elaboración de guías tiene lazos económicos con la industria: ¿cómo se puede confiar en las recomendaciones de las GPCs para orientar la práctica médica?, ¿cómo se puede creer que no están influidas por esos lazos (como abogan muchos profesionales)?

Es preocupante la falta de autocrítica en la mayor parte de la profesión médica mientras asistimos a la continua ampliación de los criterios diagnósticos de diversos problemas de salud, a las cada vez más frecuentes recomendaciones de hacer diagnóstico precoz de múltiples enfermedades, al etiquetado de niños y adultos con nuevos nombres de síndromes y pre-enfermedades, y un largo etcétera. No se trata sólo de la imposible sostenibilidad económica de esta ampliación de la población puesta bajo la atención médica, es necesario preguntarse por las consecuencias para la vida de las personas.

Sin autocrítica no hay cambio. Y sin cambio, la profesión médica y en especial las sociedades profesionales, se están jugando su credibilidad y prestigio ante la población.

Soledad Márquez Calderón

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

(1) Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. Summary. Washington (D.C.): Institute of Medicine. National Academies of Science, 2009.

Medicamentos: precios, eficiencia y globalización

Danzon P, Towse A, Mestre-Ferrándiz J.

Value-Based Differential Pricing: Efficient prices for drugs in a global context. Health Econ 2014; published online. DOI: 10.1002/hec.3021.

Introducción

La industria farmacéutica, con alta inversión en I+D, necesita fijar precios por encima del coste marginal, con el objetivo de obtener unos beneficios que estimulen la innovación futura (eficiencia dinámica). Las patentes permiten a las empresas farmacéuticas fijar precios por encima del coste marginal (ausencia de eficiencia estática). Lamentablemente para la industria, cuando los enfermos pagan de su bolsillo, los precios por encima del coste marginal reducen el consumo. Los seguros consiguen mitigar este efecto, elevando los niveles de consumo hasta un nivel cercano al que tendrían si el precio fuera igual al coste marginal. Por último, como la innovación tiene efectos en todo el planeta, cabe analizar como influye la fijación global de precios.

Objetivo

Analizar, a nivel teórico, los efectos derivados de los problemas en la fijación de precios de los medicamentos en los distintos de países.

Método

Análisis económico de carácter teórico. Los países se dividen diferenciando entre los que tienen seguro universal (provisto por el estado) y los que no, y dentro de este segundo grupo se trabaja sobre diferentes hipótesis de pago de medicamentos, a través de seguros privados o directamente del bolsillo del consumidor (paciente). Se intenta conocer las posibilidades de alcanzar la eficiencia dinámica y la estática en la fijación de precios en los distintos escenarios planteados anteriormente y, adicionalmente, cómo afectan estos precios a los consumidores, según el nivel de ingresos.

Resultados

Los resultados teóricos indican que en países donde no hay un seguro universal, las empresas pueden fijar unos precios más coherentes con la eficiencia dinámica. Pese a esto, en aquellos países donde el consumidor paga de su bolsillo existen imperfecciones del mercado que dificultan nuevamente la fijación de precios. Además, el estudio muestra que, bajo ciertas condiciones, todos los países con seguro universal, pueden lograr precios eficientes dinámicamente y cercanos a los precios eficientes estáticamente. En los casos donde no existe seguro universal, también el mercado tiene que ser capaz de obtener precios eficientes, pero sólo en caso de que los consumidores estén muy bien informados y que las compañías aseguradoras puedan llevar a cabo estrategias de discriminación de precios tanto dentro de los países como entre ellos, basándose en las diferencias de ingresos.

Conclusión

Las patentes, los seguros en países industrializados y el alto grado de inversiones en I+D dificultan en gran medida la fijación óptima de precios de los medicamentos. Aunque, obviamente, las empresas productoras se ven beneficiadas donde no hay un financiador universal, este es el único caso en que nadie se queda fuera del sistema. Se recomienda investigar sobre el diseño de sistemas, para países con ingresos medios y bajos,

que faciliten la competencia y la fijación de precios y permitan el acceso financiero a medicamentos a las personas con menos recursos.

Financiación: Eli Lilly Inc.'s Project on Fair Prices for Pharmaceuticals.

Conflicto de Intereses: Declaran no tener.

Correspondencia: danzon@wharton.upenn.edu

COMENTARIO

Resulta preocupante que una industria tan importante como la farmacéutica, se encuentre con tantas dificultades para fijar unos precios que garanticen eficiencia estática y dinámica. La industria farmacéutica es un eslabón vital del entramado sanitario. El hecho de que en países sin cobertura universal, la fijación de precios sea más sencilla para las empresas, tampoco nos debe llevar a engaño. En estos países pasa algo mucho peor, hay gente sin cobertura, que se queda fuera del sistema, que muere por una simple gripe por no tener medios para acceder a tratamiento. Y, pese a que este problema se reduce con los seguros privados, que 'facilitan el acceso', siguen dejando a muchos ciudadanos fuera del sistema. La consecución de la eficiencia dinámica requiere replantear los estímulos a la innovación socialmente interesante. La sanidad, como bien preferente, debe estar garantizada, al menos hasta cierto punto, para todos los ciudadanos (1, 2).

Al final, en sanidad, los indicadores puramente económicos pasan a segundo plano cuando hay un indicador tan vigoroso como es la muerte de personas. El diseño de sistemas sanitarios eficientes debe ser una prioridad para las autoridades de cualquier país, pero este sistema debe, en cualquier caso, priorizar en la accesibilidad al sistema independientemente de la capacidad económica de cada ciudadano (3). Poner en un escalafón superior el hecho de garantizar el acceso al sistema es crucial. Estados Unidos es el mejor ejemplo de fijación de precios en un mercado libre de medicamentos. En este país, a diferencia de Europa, son tus medios, y no tu condición de ser humano, los que te permiten ir a un hospital y ser tratado de una dolencia o una enfermedad. Los seguros consiguen reducir este problema y, mediante pagos sistemáticos de menor cuantía, permiten que entren en el sistema muchos ciudadanos que, de otra forma, no podrían hacerlo. El sistema de libre mercado no obtiene grandes resultados en sanidad, y, pese a ser un país muy rico, con un gasto global en sanidad enorme, los indicadores sanitarios en Estados Unidos son mediocres dentro del bloque de países desarrollados (4).

Francisco Martos Barrachina

Nuria García-Agua Soler

Antonio J García Ruiz

Cátedra de Economía de la Salud y URM. Dep. Farmacología. Fac. Medicina. Universidad de Málaga.

(1) Beveridge W. Social insurance and allied services. 1942. Bull WHO 2000;78(6):847-855.

(2) Bardey D, Bommier A, Jullien B et al. Retail price regulation and innovation: Reference Pricing in the pharmaceutical industry. J Health Econ 2010;29(2):303-316.

(3) Ferrara I, Missios P et al. Pricing of drugs with heterogeneous health insurance coverage. J Health Econ 2012;31(2):440-456.

(4) van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. J Health Econ 2000;19(5):553-583.

La carga económica de la insuficiencia cardiaca crónica

Delgado JF, Oliva J, Llano M, Pascual-Figal D, Grillo JJ, Comín-Colet J, Díaz B, Martínez de La Concha L, Martí B, Peña LM. Health Care and Nonhealth Care Costs in the Treatment of Patients With Symptomatic Chronic Heart Failure in Spain. *Rev Esp Cardiol* 2014;67:643-50.

Introducción y objetivos

A pesar de que la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es una enfermedad con una elevada morbimortalidad que acarrea un importante consumo de recursos sanitarios y no sanitarios, los estudios sobre su impacto económico que incorporen el coste de los cuidados informales o de costes sociales como los derivados de la pérdida de productividad o de la morbilidad asociados a la enfermedad, son prácticamente inexistentes. El objetivo de este estudio es cuantificar la utilización de los recursos sanitarios y no sanitarios de esta enfermedad e identificar variables que ayuden a explicar la variabilidad de su coste en España.

Métodos

Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional con 12 meses de seguimiento. Se incluyó a 374 pacientes con insuficiencia cardiaca sintomática de consultas específicas de cardiología, y se recogió información sobre características socioeconómicas de pacientes y cuidadores, estado de salud, recursos sanitarios y cuidados profesionales y no profesionales. Los recursos empleados en el cuidado de la salud se valoraron monetariamente, diferenciando entre clases funcionales.

Resultados

El coste total estimado durante el año base del estudio, 2010, osciló entre 12.995 euros (escenario 1, conservador para el coste de sustitución

de las horas de cuidados informales) y 18.220 euros (escenario 2, mayor valor monetario para las horas informales). La mayor partida fue para los cuidados no profesionales entre 7.772 y 12.870 euros anuales (59,1-69,8% del coste total), seguido del gasto sanitario medio, con 4.860 euros (26,7-37,4%) y los cuidados profesionales que suponen entre 451 y 636 euros (3,5%). Dentro de los costes sanitarios, el coste hospitalario tuvo el mayor peso, seguido de la medicación.

Hubo diferencias estadísticamente significativas en los costes totales entre los pacientes. Los afectados con una ICC más avanzada (clases III y IV) incurrir en mayores gastos anuales, tanto a nivel sanitario como de cuidados no profesionales, lo que representa un aumento diferencial del 44,53% con respecto a los casos más leves (clase II).

Conclusiones

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que requiere la movilización de un importante volumen de recursos. La partida más importante del gasto es la del cuidado informal del paciente. Tanto el gasto sanitario como el no sanitario son mayores en la población con enfermedad más avanzada.

Financiación: Medtronic Ibérica.

Conflicto de intereses. JO declara que recibió una compensación económica por el diseño del estudio y el análisis de los datos.

Correspondencia: juan.delgado@salud.madrid.org

COMENTARIO

Este estudio sobre los costes sanitarios y no sanitarios de una enfermedad, la ICC, con un alto nivel de consumo de recursos sanitarios y sociales asociados es especialmente relevante desde dos puntos de vista. En primer lugar, por la enfermedad sobre la que se estudia la carga de la enfermedad, la ICC, primera causa de hospitalización de mayores de 65 años, que representa el 3% de todos los ingresos hospitalarios y el 2,5% del coste de la asistencia sanitaria y cuyos costes sanitarios están en torno al 2% del gasto sanitario nacional. En segundo lugar, por ser el primero en nuestro país en estimar para esta enfermedad el coste de los cuidados no sanitarios directos, el coste de los cuidados informales.

Prácticamente todas las guías de evaluación económica aconsejan la utilización de una perspectiva social amplia como forma de observar e incluir los costes y beneficios de una tecnología de cualquier tipo en un estudio de evaluación económica. Esta perspectiva implica que todos los costes y resultados deben ser computados sin tener en cuenta quiénes reciben los beneficios sanitarios y quiénes soportan los costes. Sin embargo, la dificultad para disponer de los datos y resultados necesarios para este fin ha hecho que las posibilidades reales de análisis, en la mayoría de los casos, se reduzcan a la perspectiva del financiador, generalmente las autoridades sanitarias, ya que los costes sanitarios directos han sido los únicos incluidos en los estudios existentes. Efectivamente, esta perspectiva es menos exigente en la captación de datos y resultados pero excluye los principales costes sociales, los de los cuidados no profesionales o los de pérdida de productividad.

El trabajo avanza en la línea de abordaje de los costes de la enfermedad desde la perspectiva social, inexistentes en España para esta enfermedad y sus resultados revelan la importancia de los costes informales, de los cuidados no profesionales, que representan entre el 60 y el 70% del coste total, casi el doble que el de los gastos sanitarios. Además, la investigación recoge un conjunto de variables como la edad, el sexo, el centro hospitalario y la gravedad de la enfermedad cuya modelización ha permitido ahondar en los determinantes de la variabilidad en los costes entre pacientes y que ha identificado diferencias estadísticamente significativas entre los costes de los pacientes con la enfermedad menos avanzada y los más graves y sintomáticos poniendo de manifiesto la importancia de la prevención en el avance de la enfermedad.

Las aportaciones de este trabajo cobran mayor relevancia si tenemos en cuenta el previsible incremento de las enfermedades coronarias con el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con infarto agudo al miocardio. Como limitaciones de este estudio, además de las señaladas por los autores, suficientemente justificadas, añadiría la pérdida de oportunidad para cuantificar otro coste social relevante, el de las pérdidas de productividad laboral, que hubiera permitido disponer de una radiografía bastante precisa, completa y necesaria de la estructura del coste de esta enfermedad en nuestro país.

Patricia Barber

Dpto. Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Si el otro hospital cae lejos, mejor lo malo conocido... ¿Pero sólo en Holanda?

Victoor A, Rademakers J, Reitsma-van Rooijen M, de Jong J, Delnoij D, Friele R.

The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. J Health Serv Res Policy.2014 Jan;19(4):4-11.

Contexto y objetivo

En las políticas de fomento de la elección del paciente este precisa identificar mejoras en la calidad para desear saltar del "proveedor por defecto" al siguiente hospital alternativo, para vencer el gradiente de accesibilidad que impone la distancia. La distancia afecta más a los que tienen menos movilidad (ancianos, frágiles, crónicos...). La literatura también señala como barrera el bajo nivel educativo, y el sexo masculino. El objetivo del estudio es explorar la influencia de la distancia sobre la actitud de búsqueda de información.

Métodos

Questionario a 200 miembros del panel de consumidores sanitarios que incluía la pregunta: "Si a usted le recomendaran ir al hospital/especialista, ¿buscaría información que le ayudara a elegir a uno de ellos?". Las relaciones entre variables se evaluaron por regresión logística (bivariable y múltiple). La distancia absoluta se introdujo como Km. al hospital alternativo, y la *distancia relativa* como cociente entre las distancias al hospital alternativo y al próximo habitual.

Resultados

Un 41,2% indicó que buscaría información que le ayudara a elegir un hospital o especialista. Cada unidad de lejanía implicaba una reducción del 4% en la probabilidad de buscar información. Los más viejos y de menor nivel educativo tendían a buscar menos información cuanto más lejos estaba el proveedor alternativo (OR: **0.85**; 95% CI: 0.79-0.92); mientras que los más jóvenes y mejor formados incrementaban su conducta de búsqueda de información con la distancia (OR **1.11**; 95% CI: 1.01-1.22). En la regresión múltiple las mujeres tenían un OR de **1.39** sobre los hombres (95% CI 1,06-1,81), y los enfermos crónicos un OR de **0,68** (95% CI 0,52-0,90).

Discusión

La mayoría no parece ser proclive a buscar información para elegir, confirmando la literatura sobre las variables que reducen esta actitud de búsqueda. La política de promover la elección resulta contradictoria con otras que buscan la concentración de servicios y los contratos selectivos entre aseguradores y proveedores, cuyo efecto colateral implica imponer restricciones a la elección.

COMENTARIO

Este trabajo de aceptable manufactura, tiene escaso alcance para modelizar la complejidad sobre cuya superficie surfea, porque debajo de los patrones medios de utilización y de la tendencia general del paciente a ahorrarse costes de desplazamiento, subsiste una gran diversidad de situaciones y comportamientos. El interés proviene de lo inusual de un trabajo sobre geografía de la utilización de hospitales, un género de moda en los años 70 y 80, con el auge de la planificación sanitaria. En el mundo anglosajón se utilizó un "modelo gravitacional" de inspiración newtoniana, por el cual la utilización (resultado de la atracción gravitacional) estaba en relación directa con la masa poblacional (habitantes) y la masa del proveedor (en los hospitales se usó el número de camas), y en relación inversa a una potencia de la distancia (1). La planificación territorial de hospitales generales pierde fuelle cuando no hay grandes proyectos de expansión de la red; entonces la atención se desplaza a dos extremos: la alta especialización (servicios terciarios para mejorar la eficiencia y la calidad) y los servicios de proximidad (accesibilidad del hospital a lugares remotos o a poblaciones que exigen este recurso instalado en su propio entorno). En España la burbuja inmobiliaria de 1998 a 2008 se proyecta en la construcción de múltiples hospitales de proximidad donde la demanda vecinal y los intereses de las constructoras juegan un papel mucho más importante que la racionalidad planificadora.

En el Reino Unido y Holanda el debate del "choice" (elección) toma fuerza, no sólo como políticas de derechos del paciente, sino como motor de mejoras efectivas en los proveedores (2). Este trabajo en la pequeña Holanda, sociedad afluente, educada y bien dotada de hospitales, indaga si los pacientes son sensibles a la distancia para buscar información de otros proveedores. Y donde podría haber mucho "choi-

ce" parece que no hay tanto; y que la actitud de informarse más está sesgada a favor de los que tienen más movilidad, son más jóvenes o están mejor formados. Si esta variable de "actitud" supone mayor y mejor elección, la "libre elección" lo que habilitaría sería un sesgo que beneficia selectivamente a una fracción de la población. Una forma de explorar de forma más directa el comportamiento de los pacientes pasa por las conductas reveladas (no por actitudes encuestadas), cuando a los pacientes en una lista de espera se les propone acortarla yendo a un hospital alternativo; y parece que en cerca de la mitad de los casos se rechaza esta opción, incluso teniendo que enfrentar esperas "de castigo" muy superiores (3).

En conclusión: cautela en el excesivo entusiasmo con la elección como motor de eficiencia y calidad; en un sector con gran asimetría de información entre usuarios y proveedores, la libre elección es más un derecho del paciente que una herramienta de racionalidad; ésta debería buscarse "por el lado de la oferta", a través de una acción técnica planificadora de las autoridades y los aseguradores.

José R. Repullo

Departamento de Planificación y Economía de la Salud.
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

(1) Lowe JM, Sen A. Gravity Model Applications in Health Planning: Analysis of an Urban Hospital Market. *Journal of Regional Science*; 36: 437-461. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9787.1996.tb01111.x/abstract>

(2) Página Web del NHS sobre elección de los pacientes: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>

(3) En Madrid se está librando una batalla con el asunto de las derivaciones desde el "call centre" de citaciones al que se achaca de sugerir activamente centros privados: ver por ejemplo noticia: El 44% de los pacientes madrileños rechaza la derivación a un hospital privado. *El Boletín.com*. 18 Mayo 2014. Disponible en: <http://www.elboletin.com/index.php?noticia=76827&name=nacional>

Reducir las hospitalizaciones potencialmente prevenibles requiere centrarse en la coordinación de cuidados

Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J.

Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open*. 2013;3(1).pii: e002007.

Objetivo

Describir la tendencia de los ingresos urgentes por "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (ACSC) y valorar si las reducciones tienen relación con mejoras en los cuidados preventivos.

Método

Estudio observacional de los ingresos hospitalarios urgentes registrados durante 2001 a 2011 en todos los hospitales del National Health Service (NHS) de Inglaterra. Se identificaron aquellos cuyo diagnóstico principal o secundario coincidía con alguna de la lista de 27 ACSC elaborada por los autores (incluye las 19 ACSC utilizadas por el NHS). Las 27 condiciones se categorizaron en agudas, crónicas e inmunoprevenibles. Los resultados se expresan en forma de tasas estandarizadas por edad.

Resultados

En el período estudiado el número de ingresos urgentes por ACSC se incrementó un 40% (algo inferior al 35% si sólo se considera el diagnóstico principal para su identificación), un aumento similar al de los ingresos urgentes por condiciones no-ACSC. La edad media de los pacientes fue de 53 años y

el 49% eran mujeres. Durante los diez años de estudio la proporción de ingresos urgentes por ACSC sobre el total de ingresos urgentes se mantuvo constante (del 18,2% al 19,1%). Las tasas estandarizadas por edad de ingresos urgentes por ACSC aumentaron un 25%, mostrando importantes variaciones en función del grupo de edad o la condición clínica analizada, siendo los mayores incrementos los referidos a infección del tracto urinario, pielonefritis, neumonía, gastroenteritis y EPOC. Por el contrario, disminuyeron las tasas de ingresos urgentes por angina, úlcera gástrica perforada o enfermedades inflamatorias de la pelvis.

Conclusiones

El aumento de ingresos urgentes por ACSC sugiere que las iniciativas y esfuerzos para abordar y gestionar clínicamente estas condiciones de forma más eficaz no han conseguido disminuir el número de ingresos urgentes, por lo que aconsejan llevar acciones más radicales si se quieren conseguir resultados positivos.

Financiación: Nuffield Trust.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: martin.bardsley@nuffieldtrust.org.uk

COMENTARIO

Conceptualmente, las ACSC son condiciones clínicas que, adecuadamente controladas desde la atención extrahospitalaria, no requerirían (o reducirían) ingresos urgentes hospitalarios (por esto se conocen también como hospitalizaciones evitables o potencialmente prevenibles) (1). Según un informe del King's Fund (2), una de cada seis hospitalizaciones urgentes en Inglaterra está relacionada con ACSC, oscilando la tasa entre 9 y 22 por 1.000 habitantes, más del doble en las zonas más deprimidas respecto a las más ricas. En España, el Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (www.atlasvpm.org) estudio 6 ACSC crónicas que suponían unas 140.000 altas anuales, con una variación entre áreas de salud superior al 200% (3). Bardsley et al. estiman que las hospitalizaciones por ACSC podrían reducirse entre un 8 y un 18% lo que redundaría en un ahorro entre 96 y 238 millones de libras anuales. Por este motivo, la reducción de los ingresos por ACSC es un "indicador clave" para el Ministerio de Salud (*The Operating Framework for the NHS in England 2012/13*).

Hay abundante literatura nacional e internacional que muestra un aumento de las hospitalizaciones urgentes. En España el 60,6% de las altas hospitalarias del año 2011 habían ingresado por urgencias. En nuestro entorno se han realizado diversos estudios sobre los ACSC, aunque utilizando diferentes poblaciones y niveles geográficos de análisis (3). En estos estudios las hospitalizaciones por ACSC representaron entre el 10% y el 16% del total de hospitalizaciones, siendo la EPOC y la insuficiencia cardíaca los motivos más frecuentes.

Mientras que en los países sin cobertura aseguradora universal las ACSC tienden a interpretarse como un problema de accesibilidad a la atención primaria, en Europa las interpretaciones se dirigen hacia la calidad de la atención extrahospitalaria, fundamentalmente la atención primaria. Probablemente es una perspectiva muy parcial, ya que el nivel especializado juega un importante papel en el control ambulatorio

de muchas enfermedades crónicas (que constituyen el grueso de las ACSC), pero también el hospital (dando altas más o menos estables o decidiendo qué pacientes ingresan). Recientemente se ha demostrado, usando análisis geográficos, que las zonas básicas de salud de áreas servidas por el mismo hospital tienen comportamientos relativamente homogéneos en hospitalizaciones por ACSC crónicas, y diferentes a las áreas servidas por otros hospitales (4), un dato que enfatiza el papel del nivel especializado (hospitalario o no) en este tipo de condiciones. Quizás, si hay dos lecciones que aprender de las ACSC son: 1) que la utilización de este tipo de ingresos como "indicador" puede ser de utilidad si se interpreta adecuadamente y se es consciente de sus limitaciones, 2) que las estrategias para su reducción no deben enfocarse exclusivamente hacia la atención sino –y en ACSC crónicas sobre todo– hacia la coordinación de la atención entre los diferentes niveles de atención, con especial foco en los cuidados transicionales (la puerta de urgencias, el alta hospitalaria, los servicios domiciliarios, la gestión de casos, y otros).

Manuel Marín Gómez

Centro de Salud Pública de Gandia, Valencia.

(1) Billings J, Zeitel L, Lukomnic J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff*. 1993;12:162-73.

(2) Tian Y, Dixon A, Gao H. Data briefing: Emergency hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions. Identifying the potential for reductions. London: The King's Fund. 2012; Accesible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf

(3) Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Yáñez F, Seral-Rodríguez M, Peiró-Moreno S, Bernal-Delgado E y Grupo VPM-SNS. Variabilidad en las Hospitalizaciones Potencialmente Evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2011;4(2):345-63.

(4) Ibáñez-Beroiz B, Librero J, Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Villanueva-Ferragud S, Peiró S. Joint spatial modeling to identify shared patterns among chronic related potentially preventable hospitalizations. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14(1):74. Accesible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-14-74.pdf>

Repensando el papel de los incentivos en la donación de sangre

Slonim R, Wang C, Garbarino E.

The Market for Blood. *Journal of Economic Perspectives* 2014;28(2):177-96.

Objetivo

Este artículo analiza los desequilibrios entre la oferta y demanda en el mercado de sangre a nivel internacional según el grado de voluntariedad y compensación en las donaciones así como el papel que pueden desarrollar los incentivos económicos para resolver estos desequilibrios.

Datos y método

El artículo utiliza datos públicos de la OMS para 144 países con el fin de analizar de forma gráfica y mediante modelos de regresión lineal: (i) la relación entre la oferta de donaciones de sangre per cápita y el nivel de renta (PIB per cápita); (ii) la relación entre esta oferta per cápita y la proporción de las donaciones de carácter voluntario; y (iii) la relación entre el carácter voluntario de las donaciones y las infecciones transmisibles a través de transfusiones de sangre, como indicador de seguridad. Por otro lado, el artículo analiza los resultados y las implicaciones de un experimento, basado en la economía del comportamiento, sobre el impacto de incentivos no monetarios en la oferta de donaciones de sangre.

Resultados

La oferta de sangre por mil personas aumenta de forma proporcional con el logaritmo del PIB per cápita. Un PIB per cápita un 1% más elevado está asociado con 8,8 donaciones adicionales al año por mil personas. Se observa una correlación positiva entre la oferta por persona y el porcentaje de donaciones voluntarias. Ajustando por el efecto renta, la oferta de sangre es mayor en los países con donaciones voluntarias: un 1% más en la proporción de donaciones voluntarias se asocia con 0,12 donaciones más al año por mil personas. No se detecta relación significativa entre el porcentaje de sangre obtenido mediante donaciones voluntarias y las infecciones.

Los resultados de un experimento realizado en Australia señalan como la escasez de oferta en determinados períodos se puede mitigar mediante la introducción de un registro de donantes de forma más coste-efectiva que las estrategias más utilizadas para aumentar la oferta. La perspectiva económica del registro consiste en informar a los donantes marginales sobre la escasez, o sea cuando el valor sombra de sus donaciones es más elevado. Se invitó a 2.588 donantes que no habían donado al menos durante los últimos dos años a inscribirse en un registro con la indicación de que sólo serían contactados si había una necesidad crítica de sangre. Posteriormente se invitó a donar a las 1.913 personas inscritas en el registro y a un grupo de control formado por otras 2.400 personas. El 9% de los inscritos en el registro donó sangre mientras que sólo lo hizo el 5,5% del grupo de control en las siguientes 4 semanas; esta diferencia se mantuvo cuando fueron llamados un año después.

Conclusiones

Los resultados a partir de datos agregados indican que los países con mayor proporción de donantes voluntarios presentan también un mayor volumen de donaciones. Mecanismos de mercado no basados en precios pueden servir de motivación a donantes marginales de sangre cuando hay escasez de donaciones en relación a la demanda.

Financiación: Uno de los autores parcialmente por una Australian Research Council Discovery Grant.

COMENTARIO

En los países ricos la mayoría de la oferta de sangre procede de donaciones voluntarias, en cambio en los países pobres una proporción importante de la oferta procede de donantes retribuidos y de familiares y amigos del paciente que necesita una transfusión. Según datos de OMS, el 36% de los países cubren sus necesidades con donaciones voluntarias mientras que otro 36% cubre al menos la mitad de sus necesidades por esta vía. A diferencia de las donaciones de sangre, obtenida de forma mayoritaria a través de donaciones voluntarias, el plasma se obtiene en una elevada proporción de donantes retribuidos en países como Estados Unidos, Alemania, y Austria. En Estados Unidos se obtiene el 70% de la oferta mundial de plasma, y el 81% se obtiene de donantes retribuidos. Un efecto de estas diferencias entre la oferta de sangre y de plasma es que el precio del plasma varía para equilibrar la oferta y la demanda, mientras que el precio de la sangre es más estable (1).

Con la evidencia disponible a día de hoy, está ya bastante bien establecido el efecto positivo de los incentivos monetarios y no monetarios sobre las donaciones de sangre. Las recomendaciones de la OMS (2) y de otras organizaciones en las últimas cuatro décadas se han basado en la idea que los incentivos económicos reducen la cantidad y la seguridad de la oferta de sangre y que el mercado de sangre debe basarse únicamente en donaciones voluntarias. En parte estas ideas proceden del libro ya clásico de Titmuss (3), pero la evidencia de la última década no encuentra evidencia ni de efecto "crowding out" (reducción) de las donaciones ni de reducción de la seguridad debido a "peores" donantes (4).

Todos los estudios disponibles con diversos tipos de incentivos, desde vales de compra hasta un día de fiesta en el trabajo, o con pequeñas compensaciones monetarias, muestran como los incentivos se asocian con un mayor número de donaciones (4, 5). La aportación diferencial del estudio de Slonim et al. es que hay incentivos que no sólo sirven para aumentar la oferta sino para reducir los desequilibrios cuando la oferta es más escasa. Existen ya muchas voces que ponen de relieve la necesidad de revisar las recomendaciones de la OMS a fin de tener en cuenta el posible rol de los incentivos.

Jaume Puig-Junoy

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).

Universitat Pompeu Fabra (UPF).

(1) Ferreira JL (2014). The market for blood. <http://mappingignorance.org/2014/07/16/market-blood/>.

(2) http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en/

(3) Titmuss RM. *The Gift Relationship*. Londres: Allen & Unwin, 1971.

(4) Lacetera N, Macis M, Slonim R. Economic Rewards to Motivate Blood Donations. *Science* 2013;340:927-8.

(5) Lacetera N, Macis M. Social image concerns and prosocial behavior: Field evidence from a nonlinear incentive scheme. *Econ Behav Organ* 2010;76:225-37.

Los cuidados paliativos tempranos, además de ser adecuados, también pueden ser eficientes

Ravi B, Parikh AB, Rebecca A, Kirch JD, Thomas J, Smith MD, and Jennifer S, Temel MD.

Early Specialty Palliative Care – Translating Data in Oncology into Practice. N Engl J Med 369;24; December 12, 2013.

Revisión no sistemática de ensayos clínicos en los que se aplican cuidados paliativos tempranos en pacientes con cáncer en fase avanzada, ofreciendo argumentos que justificarían la adecuación de estos cuidados paliativos desde tres perspectivas: clínica, económica y política.

La clave del modelo asistencial propuesto radica en adoptar de forma progresiva y temprana cuidados paliativos específicos en los pacientes tributarios, iniciándolos a la vez que reciben tratamientos curativos. Se trata de evitar la ruptura que supone en la actualidad llegar al momento de no retorno de los cuidados clínicos de carácter curativo y que en ese momento se pase a los mal entendidos “cuidados del final de la vida”. Requiere identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de esos cuidados, lo que supone romper barreras creadas tanto en la formación del personal sanitario como en la información que reciben los pacientes y los familiares.

Los resultados apuntan a mejoras en la calidad de vida de los pacientes, mejoras en el control de síntomas, identificación de las preferencias de

tratamiento e incluso mejoras en la supervivencia. Además se es más eficiente, lo que se traduce en unos costes medios individuales menores de los pacientes que reciben los cuidados paliativos de forma temprana, hasta 7.500\$, según algunos de los artículos revisados. Estos costes están relacionados con la disminución de la intensidad de cuidados “agudos” (duración de las estancias, ingresos en cuidados intensivos, pruebas diagnósticas, gastos de farmacia y utilización de urgencias); con la atención de los pacientes en dispositivos asistenciales subagudos o crónicos; o con apoyo para la atención domiciliaria.

Las conclusiones apuntan la necesidad de aumentar la conciencia pública y profesional sobre la utilidad de estos cuidados, incluida la de los decisores políticos y los gestores.

Financiación y conflicto de intereses: No constan.

Correspondencia: jtemel@partners.org

COMENTARIO

Algo se mueve, y con intensidad, en el mundo de los cuidados paliativos. Será porque la población cada vez tiene una mayor expectativa de vida, será porque la cronicidad y la comorbilidad van de la mano de esa mayor expectativa de vida o será porque ya no es posible hablar de servicios asistenciales sin tener en mente la adecuación y eficiencia de los mismos.

Todos estos ingredientes hacen que se esté replanteando la identidad de los cuidados paliativos. Y el primer paso es despojarse de tópicos en ese difícil momento en el que se decide que las posibilidades de curación se han agotado. Es importante dejar de equiparar los cuidados paliativos con el último escalón asistencial de los pacientes con cáncer o pensar que son los cuidados limitados al final de la vida, puesto que son mucho más que eso. Es cierto que la mayoría de los que precisan cuidados paliativos son pacientes con cáncer. Existe consenso en aceptar que el 60% de las personas que mueren por cáncer al año en España precisarían de cuidados paliativos. Sin embargo, también hay consenso en afirmar que un 30% del resto de personas que mueren por otras patologías crónicas evolutivas, incluidos los cuidados paliativos en edad pediátrica, también precisarían de estos cuidados (1). En el trasfondo de la historia, existen dos preguntas a responder por parte de políticos, gestores, clínicos y pacientes: ¿cuándo empezar con los cuidados paliativos? y ¿quién tienen que ofrecer estos cuidados?

Los autores reflexionan sobre un modelo integrado de cuidados paliativos iniciado a la vez que los tratamientos curativos y con autorregulación en la intensidad de cuidados. Modelo que no es nuevo, pues existen referencias desde los años 90 del siglo pasado (2), y que parece que por fin está arraigando en los servicios asistenciales. La calidad de vida y el control de síntomas son los elementos clínicos relevantes de esta propuesta. La eficiencia es una resultante prácticamente no perseguida pero que aparece consolidada cuando se han evaluado los procedimientos.

Algo se mueve en los cuidados paliativos porque este artículo ha venido seguido de otros en los que se ha hecho hincapié en generar evidencia sobre la rebaja de costes en aquellos pacientes que han recibido cuidados paliativos específicos al final de la vida (3, 4). Los cuidados de los pacientes se intensifican en general al final de la vida, consecuencia lógica de la comorbilidad, del aumento de la expectativa de vida y de las necesidades de esos cuidados. No debemos caer en la idea fácil de afirmar que dejando de hacer al final de la vida ya somos capaces de ahorrar y ser más eficientes. Cerrar la puerta a diversos recursos de personas con necesidades de cuidados paliativos no es la opción si disponemos de una alternativa capaz de ofrecer mejor calidad de vida a estas personas.

De momento, la mayoría de trabajos que incorporan la evaluación económica en esta materia presentan resultados relacionados básicamente con costes evitables. Esto ya nos permitiría empezar a considerar el supuesto básico de utilizar de forma eficiente lo que la mejor alternativa posible nos permite ahorrar. Sin embargo, habrá que seguir progresando en los siguientes escalones de la evaluación económica consolidando estas evidencias.

Eusebio J. Castaño Riera

IISS Fundación. Illes Balears.

(1) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, Actualización 2010-2014. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>

(2) World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO, 1994. Technical Report Series: 804.

(3) Gardiner C, Ward S, Gott M, Ingleton C. Economic impact of hospitalizations among patients in the last year of life: An observational study. *Palliative Medicine* 2014;vol. 28(5):422-429.

(4) Samantha Smith S, Aoife Brick A, Sinéad O'Hara S, Normand C: Evidence on the cost and costeffectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine* 2014;vol. 28(2):130-150.

Pago por resultados en salud (P4P): más revisiones pero todavía sin resultados concluyentes

Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O.

Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. 2013;110:115-30.

Antecedentes

Existe una gran cantidad de literatura sobre los efectos del pago por resultados en salud (P4P) cuya evidencia resulta fragmentaria, por lo que es difícil extraer directrices. La revisión de revisiones pretende proporcionar una perspectiva global de los efectos de los sistemas de P4P.

Métodos

Búsqueda sistemática en cinco bases de datos electrónicas de revisiones sistemáticas en inglés, español y alemán publicadas entre 2000 y junio de 2011. De forma independiente dos autores revisaron todos los artículos, valoraron su elegibilidad para inclusión mediante la puntuación de su calidad metodológica, y extrajeron los datos pertinentes.

Resultados

Veintidós revisiones sistemáticas contenían resultados sobre una amplia variedad de efectos de los sistemas de P4P. Los resultados sugieren que los sistemas de P4P potencialmente puede ser (coste)-efectivos, pero la eviden-

cia no es concluyente; muchos estudios no lograron encontrar ningún efecto de los sistemas de P4P en la mejora de la calidad, y muy pocos consiguieron medir de manera separada el efecto del P4P de otras iniciativas de mejora. También sugieren que los sistemas de P4P atenúan las desigualdades entre grupos socioeconómicos, pero estas persisten. Hay evidencias sobre los efectos indeseados del P4P, sobre todo en las actividades no incentivadas. Diversas características del diseño de los sistemas de P4P se perfilan como importantes para alcanzar los efectos deseados.

Conclusiones

A pesar de que se dispone de datos sobre una amplia variedad de efectos, no pueden alcanzarse conclusiones firmes debido al número limitado de estudios con diseños potentes. Pueden que se estén olvidando otros efectos relevantes que no han sido incluidos en las revisiones. Sigue haciendo falta más investigación sobre el impacto de los sistemas de P4P a largo plazo sobre la salud y los costes.

Conflicto de interés: No declarado.

Correspondencia: eijkenaar@bmg.eur.nl

COMENTARIO

Los sistemas de P4P forman parte de los nuevos sistemas de retribuciones a médicos y organizaciones sanitarias que intentan estimular la mejora de la calidad asistencial remunerando a los proveedores de la atención por alcanzar objetivos de calidad o productividad preestablecidos (1). La evidente racionalidad que subyace bajo esta idea ha convertido el P4P en un poderoso discurso y, apoyándose en la importante incorporación de tecnologías de la información al sector salud, gobiernos y aseguradoras de todos los países desarrollados se han apuntado a alguna estrategia de pago por calidad.

Una revisión de experiencias internacionales identificó 13 sistemas de P4P en 9 países (2). La revisión revela que todos los sistemas incentivan la calidad clínica, y muchos de ellos utilizan sólo incentivos positivos, involucran a los proveedores en su diseño, se focalizan en los profesionales de atención primaria, y pagan de manera anual. Sin embargo, hay una heterogeneidad considerable en el número y tipo de objetivos, el uso de sistemas de ajuste de riesgos, y el tamaño y la frecuencia de los pagos, que puede ser consecuencia de diferencias en el contexto, pero también de decisiones en el diseño de los programas tomadas de manera arbitraria. La falta de un mejor conocimiento sobre este tipo de sistemas parece ser la causa.

En la actualidad, la literatura sobre los sistemas de P4P es extensísima, y las experiencias cada más numerosas, pero su efectividad para mejorar la calidad de la atención todavía no está demostrada, como tampoco su eficiencia. De hecho, se han puesto de relieve los elementos que deberían existir para una correcta evaluación de estos sistemas, como un mayor conocimiento sobre efectividad comparada, y la implementación y uso de sistemas de información tanto en el diseño como en la evaluación de los sistemas de P4P.

Según Eirea y Ortún, en nuestro sistema de salud, la marginalidad de los actuales programas de P4P, las controversias sobre su ética, efectividad y rentabilidad, los efectos secundarios no deseados, y la actual situación económica, podrían ser suficientes para abandonar definitivamente di-

chos programas (3). Por otra parte, estos mismos argumentos apoyados en una apuesta claramente definida por la innovación, la calidad y la incentivación motivadora, deberían obligar a un último esfuerzo en el cual los presupuestos se asocien a programas con resultados, analizando los costes marginales y potenciando la autonomía, el trabajo en equipo, el liderazgo y la participación de todos los agentes implicados.

En cualquier caso, sería conveniente una revisión de los programas de pago por desempeño existentes en las diferentes Comunidades Autónomas, analizando el proceso de evaluación de los indicadores, la validez y fiabilidad del conjunto, romper con el hecho de que los incentivos sean exclusivamente financieros, y gestionar la participación de los proveedores (profesionales) y de los destinatarios finales (usuarios) (3). Sería necesario desarrollar nuevos indicadores capaces de orientar mejoras de salud y reducir desigualdades. Para ello deben centrarse en cuidados de alto valor clínico y poblaciones de alto riesgo, situar los incentivos de forma que favorezcan la coordinación de la atención, y reforzar la motivación intrínseca, el profesionalismo, el peso de los pacientes y la capacidad técnica de análisis y evaluación (1).

En todo caso, es importante recordar que los indicadores y los incentivos asociados no son el único instrumento de mejora de calidad disponible en el sistema sanitario. Es más, probablemente se trata de un instrumento que sólo funciona adecuadamente formando parte de estrategias organizativas globales.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

(1) Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22 Suppl 1:143-55.

(2) Eijkenaar F. Pay for performance in health care: An international overview of initiatives. *Medical Care Research and Review*. 2012;69(3):251-76.

(3) Eirea Eiras C, Ortún Rubio V. Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Suppl 1:102-6.

Vida después de la muerte (de la patente)

Vandoros S.

Therapeutic substitution post-patent expiry: the cases of ACE inhibitors and proton pump inhibitors.
Health Econ. 2014;23:621-30.

Contexto

Las políticas sobre genéricos implantadas en la Unión Europea pretenden estimular su entrada en el mercado, una vez la patente expira, para fomentar una competencia en precios que permita bajar la factura farmacéutica. El que un medicamento que ha perdido la patente sea substituido por otro, también patentado, de la misma clase terapéutica (antihipertensivos por ejemplo) quita mucha efectividad a dichas políticas. El artículo pretende estudiar si se produce un desplazamiento de consumo desde una molécula fuera de patente (teniendo en cuenta las ventas tanto de la marca original como las de los genéricos) –y que tiene competencia reciente de genéricos– hacia otras moléculas patentadas dentro de la misma clase terapéutica.

Material y métodos

Consumos trimestrales para seis países europeos (Dinamarca, Francia, Alemania, Holanda, Suecia y Reino Unido) de 14 IECAs (años 1991-2006) y 6 inhibidores de la bomba de protones (años 1997-2006). Datos de IMS-MIDAS. Captopril y omeprazol fueron los primeros IECA e IBP, respectivamente, en perder la patente. Ensayos y guías clínicas respaldan que, en general, las IECAs son intercambiables; Los IBP también.

Regresión empírica con datos de panel, efectos fijos por países, para explicar el ratio entre consumo del producto que se queda sin patente y el consumo de productos patentados dentro de la misma clase terapéutica, utilizando como variables de control: el número de genéricos competidores, el número de moléculas en la clase terapéutica, la presencia de precios de referencia dentro de la clase terapéutica y la existencia de margen regresivo en la dispensación.

Resultados

Se produce un desplazamiento en el consumo desde la molécula que pierde la patente hacia otras moléculas patentadas de la misma clase terapéutica. Especialmente importante para dos de los tres IECAs analizados (captopril y enalapril) y para el IBP estudiado (omeprazol). La sustitución por fármaco patentado dentro del mismo grupo terapéutico puede aumentar el gasto farmacéutico ya que impide que el fármaco con patente, que se coloca en lugar del que ha perdido la patente, sea reemplazado por un genérico. Esto último puede contrarrestarse con una política de precios de referencia por grupo terapéutico (no por moléculas equivalentes) como la implantada en Alemania y Holanda.

Discusión

Resultados aplican a IECAs e IBPs de los seis países estudiados. Ratifican la sabiduría convencional de que cuando expira una patente, y los genéricos entran en el mercado, la cuota de mercado del producto ya sin patente y sus genéricos disminuye, en gran parte porque desaparece el esfuerzo promocional sobre el producto que ha quedado sin patente. Conviene recordar que esta sabiduría convencional no aplicó, por ejemplo, a las estatinas en EE.UU. Lipitor, todavía con patente, se vio reemplazado por los genéricos de la simvastatina y la pravastina, con patente expirada, perfectamente sustituibles entre sí, perdiendo mucha cuota de mercado, hecho explicable en gran parte por la política de las asegu-

radoras que disuadió el reembolso de Lipitor, el que había sido el medicamento más vendido del mundo. No hubo desplazamiento hacia otros fármacos patentados dentro del mismo grupo terapéutico como generalmente ocurre y ha ocurrido también con IECAs e IBPs.

COMENTARIO

Los medicamentos genéricos ofrecen una de las vías claras para mantener la calidad de la atención sanitaria sin disparatar su coste. Se puede obtener una reducción de precios del 85% o superior (1). Por otra parte, a ninguna empresa le gusta contemplar la pérdida del monopolio que una patente temporalmente concede. Por eso intentan de encontrar vida después de la muerte (de la patente) bien sea tratando de llevar a los consumidores hacia otros medicamentos todavía cubiertos por patentes (esomeprazol en lugar de omeprazol) a través de saltos de canguro –nuevas formulaciones y presentaciones del producto que pierde la patente, saltos que la Federal Trade Commission (FTC) ve cada vez con peores ojos– bien diferenciando el producto con esfuerzos de marketing sobre una marca (Nurofen para ibuprofeno) para conseguir que los consumidores libremente paguen bastante más por lo mismo. Ambas estrategias impiden que los beneficios de la competencia en precio de los productos genéricos tengan lugar.

Todavía más preocupante es una tercera estrategia consistente en pagar a los fabricantes de genéricos para que no compitan: contratos entre el laboratorio con el medicamento con patente a punto de expirar y el fabricante del genérico listo para ser lanzado para, precisamente, retrasar ese lanzamiento al mercado (2). Los 40 acuerdos de este tipo alcanzados en el año 2012 suponen un coste de \$3.500 millones al año según informa la FTC.

En España, con claras limitaciones a la competencia en precios de venta al público (y elevados descuentos a las oficinas de farmacia), puede aprenderse de la experiencia de Alemania, Bélgica, Holanda, Noruega y Suecia, ya que resulta posible adoptar medidas efectivas de fomento de la competencia de precios de venta al público en países que, como España, utilizan la regulación directa de precios, o sistemas de precios de referencia, como instrumento privilegiado para reducir el precio de los genéricos. Cabe mejorar los sistemas de fijación del reembolso máximo, actuar sobre los incentivos de las oficinas de farmacia y acudir a subastas competitivas (3).

Vicente Ortún

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

(1) Aitken M, Berndt E, Cutler D. Prescription drug spending trends in the United States: looking beyond the turning point. *Health Affairs*. 2009;28(1):w151-w160.

(2) Zombie patents. *The Economist*, 21 junio 2014, p. 70.

(3) Puig-Junoy J. Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. En: J Puig-Junoy (dir). *Lecturas sobre economía del sector biofarmacéutico*. Madrid: Springer, 2012:137-148.

La parcelación de la atención primaria

Porter ME, Pabo EA, Lee TH.

Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. HealthAff (Millwood). 2013;32(3):516-25.

Antecedentes y objetivo

La Atención Primaria (AP) es ampliamente reconocida como esencial, pero los médicos de AP (MAP) se sienten frustrados y poco reconocidos y la AP no es una preferencia de los estudiantes de medicina. La principal causa de esta disociación es la ausencia de un marco organizacional adecuado ya que el actual es de "talla única". La AP sólo será realmente reconocida (y recompensada) si demuestra que lo hace mejor o igual pero a menor coste. El artículo propone un marco que puede ayudar a esta transformación.

Resultados

La transformación de la AP pasa por su reorientación hacia subgrupos de pacientes según necesidades de servicios y de acceso. Esto incluye 4 elementos esenciales: 1) Dividir los pacientes en subgrupos con necesidades similares que permiten diseñar equipos específicos y cuidados específicos para cada subgrupo. No mediremos servicios sino resultados y costes, y podremos hacerlo gracias a esta compartimentación. Se proponen 5 subgrupos (tabla 1); 2) Crear equipos asistenciales específicos para cada subgrupo, compuestos en general por el MAP juntos con otros perfiles según necesidades. El diseño del espacio debería ajustarse a esta forma de trabajo, y las características de accesibilidad (física y virtual) también deben ser

diferentes; 3) Medir el valor (eficiencia) para cada subgrupo, para lo que será necesario identificar los resultados relevantes para los pacientes en cada subgrupo y el coste empleado para conseguirlos; 4) Alinear la forma de pago, que se hará por un "paquete" de servicios a realizar en un determinado subgrupo de pacientes durante un período de tiempo determinado considerando además la incentiación de algunos servicios específicos.

Este tipo de organización en subgrupos de pacientes puede parecer disruptiva en relación a la visión holística y naturaleza integradora de la AP, pero parece actualmente la forma más eficiente de proveer cuidados holísticos e integradores.

Conclusión

Las condiciones no han sido nunca tan favorables como ahora para un rediseño de los fundamentos de la AP. Debemos reconocer los beneficios para los pacientes de la organización centrada en subgrupos específicos de pacientes según necesidades para poder conseguir una verdadera integración de los cuidados. Las nuevas formas de pago deben impulsar el desarrollo de estas formas de organización.

Financiación y conflictos de intereses: No constan.

Correspondencia: thlee@partners.org

Tabla 1. Subgrupos de población adulta

Subgrupo	Porcentaje	Prioridad	Servicios necesarios	Miembros del equipo
Sanos	36%	Mantener la salud	Prevención y cribado ajustado a edad y sexo, atención urgente patología menor	Enfermera de consulta, asistente médico
Sanos con una enfermedad aguda compleja	Variable	Detección precoz de patología potencialmente grave, diagnóstico ajustado	Rápido acceso y evaluación, coordinación con unidades especializadas	MAP, Enfermera de consulta, unidades especializadas
En riesgo	18%	Prevención primaria y mantenimiento de la salud, modificar riesgo	Actuaciones para determinar e identificar incrementos de riesgo	Enfermera de consulta, MAP, especialista educación de pacientes y clínico de salud mental
Enfermos crónicos	45% tienen 1 o más problemas crónicos; 21% 2 o más problemas	Gestión de enfermedades, prevención secundaria, manejo de las complicaciones agudas	Manejo de enfermedades crónicas y coordinación con especialistas	Enfermera de consulta, farmacéutico, MAP, especialista educación de pacientes y clínico de salud mental
Enfermos complejos	5%	Prevención y manejo de complicaciones, evitar urgencias e ingresos hospitalarios	Frecuente interacción con los profesionales de AP, incluye una gestión intensiva de la enfermedad y una intervención rápida	Gestor de casos, MAP, especialista educación de pacientes y clínico de salud mental, trabajador social, unidades especializadas

COMENTARIO

La necesidad de llevar a cabo cambios importantes en la organización de la AP es perentoria y desde hace tiempo se van realizando diferentes propuestas planteando su renovación. En general, la mayoría de propuestas, aun partiendo de realidades distintas, conceptualmente no se alejan mucho entre sí, buscando ajustar más el tipo de profesional que presta el servicio a la mayor o menor complejidad de éste. Este mismo concepto está en la propuesta de Porter et al., pero ellos parecen ir más allá con la creación de subgrupos de pacientes. Esto implica una "parcelación" de la AP, por utilizar una palabra más suave que desparición, y, como reconocen los propios autores, atenta de forma directa contra algunas de sus bases, como la longitudinalidad y la atención a la familia.

Pero conviene analizar la propuesta en cada una de sus partes, porque seguramente todos estaremos de acuerdo en ajustar el servicio a las necesidades del paciente, en que la atención a determinado tipo de pacientes debe gravitar más en enfermería, en que se deben medir, reconocer y remunerar los resultados clínicos no la "producción de servicios"... Estos aspectos no sólo son asumibles sino deseables.

De hecho lo único que genera impacto y rechazo es la idea de crear subgrupos de pacientes que van a tener como referencia equipos asistenciales específicos. Sin embargo, esto no es más que llevar al extremo situaciones que ya ocurren en nuestra realidad: creamos el subgrupo de terminales y lo pasamos al PADES, el de pacientes crónicos complejos para la gestora de casos, el de pacientes domiciliarios que serán atendidos por una unidad específica... en el fondo, más de lo mismo. Vale la pena reflexionar sobre ello.

Entra dentro de lo posible que la parcelación propuesta (o las intermedias que ya tenemos) consiga mejores resultados en los subgrupos de individuos si medimos eso con cifras de resultados clínicos intermedios, pero eso es medir la salud en minúsculas. Ahí no se tienen en consideración otros elementos, más intangibles, no parametrizables, que forman también parte importantes de nuestra "producción", y que resultarían seriamente alterados.

Josep Casajuana Brunet

Médico de Masllorenç y Rodonyà. EAP Alt Camp Est. Institut Català de la Salut. Tarragona.

Igualdad de oportunidades: la responsabilidad individual y la responsabilidad colectiva

García-Gómez P, Schokkaerts E, Van Ourti T, Bago d'Uva T.

Inequity in the Face of Death. Health Economics 2014: DOI:10.1002/hec.3092.

Antecedentes y objetivos

Algunos investigadores en Economía de la Salud han propuesto abordar el estudio de las desigualdades desde la siguiente suposición: Una parte de las desigualdades de oportunidades en la salud y en la economía se deben al esfuerzo que realizan los individuos para conseguir la igualdad y otra parte se debe a lo que la sociedad hace para conseguir dicha igualdad. El objetivo del artículo que aquí se comenta es analizar cómo y dónde se puede poner la línea que divide estos dos tipos de responsabilidades bajo diferentes perspectivas filosóficas y económicas, utilizando la mortalidad como evento a evitar.

Métodos

Se aparean datos de encuestas de salud de los años 1998, 1999 y 2000 en la población holandesa mayor de 40 años con la mortalidad durante 7 años y las hospitalizaciones desde 1998 a 2005. Los autores estiman la probabilidad de morir según enfermedades, incidentes y hábitos de vida, teniendo en cuenta posibles variables de control (grupos de edad y sexo, educación, propiedad de vivienda, estado civil e hijos en el hogar) y variables que influyen en las preferencias de adopción de hábitos de salud: religión, región y urbanización.

Se construyen modelos que representan los valores filosóficos de igualdad de oportunidades, que tienen en cuenta que los hábitos de salud están también determinados por la situación socioeconómica, las variables geográficas, la edad y el sexo y se comparan con modelos económicos que establecen las desigualdades basándose exclusivamente en educación e ingresos o en base a desigualdades geográficas.

Resultados

Se obtienen cuatro resultados principales: 1) Las medidas de inequidad dependen de la adopción de un enfoque de injusticia directa o de un enfoque basado en la medida de la brecha de inequidad; 2) Las medidas de desigualdad tradicionales que solo consideran desigualdades que tienen su origen en las diferencias de educación o de ingresos, o de diferencias regionales pueden subestimar el grado de injusticia frente a la muerte; 3) El ajuste sistemático por edad y sexo tiene grandes efectos en la medida de la inequidad; 4) Los diferentes enfoques normativos (filosóficos, económicos y geográficos) tienen una gran influencia en la medida de la inequidad.

Conclusión

La medida de la inequidad depende del enfoque normativo. Los análisis de inequidad en salud deben establecer de forma clara los mecanismos a través de los que se supone que actúa la inequidad. Las desigualdades que se originan por la edad o el sexo no deberían ser ignoradas de forma sistemática.

Financiación: Proyecto NETSPAR (Health and income, Work and Care along the Life Course II) y una beca post-doctoral de Marie Curie.

Correspondencia: garciagomez@ese.url.nl

COMENTARIO

Este trabajo trata del concepto de justicia en el estudio de la salud poblacional. La tesis de los autores es que la forma en que se establece la responsabilidad individual y la responsabilidad colectiva en la salud, la enfermedad y la mortalidad da lugar a estimaciones diferentes en el grado de inequidad que es responsabilidad de los individuos y de la sociedad. La línea de división en la responsabilidad individual y colectiva se operacionaliza mediante la definición de desigualdad y la elección del modelo matemático que permite establecer los caminos por los que opera la desigualdad.

Los autores utilizan avanzadas técnicas de modelización matemática y tres fuentes de datos muy completas que permiten establecer las asociaciones entre la clase social, las variables geográficas, los hábitos de salud (en el artículo son designados como estilos de vida), la incidencia de trastornos severos que llevan a hospitalizaciones y por último, la mortalidad. Utilizando distintos supuestos y dos definiciones de injusticia (injusticia directa y brecha de injusticia) los autores comparan las diferentes medidas de inequidad frente a la muerte según que se tengan o no en cuenta las influencias de la edad y el sexo, la clase social y las variables geográficas sobre los hábitos de salud y la morbilidad.

Los resultados de este trabajo demuestran hasta qué punto las definiciones de inequidad dependen de la ideología subyacente a las medidas y los modelos matemáticos utilizados. En particular, los autores llaman la atención sobre los resultados erróneos que se pueden obtener cuando se ajusta de forma convencional por las diferencias de edad y sexo, sin tener en cuenta hasta qué punto estas diferencias son evitables ya que pueden estar ligadas a los roles de género de cada cohorte, diferencias que pueden determinar los hábitos de salud y las categorías de preferencias, y también a aspectos que no se tienen en cuenta en los modelos actuales tales como la discriminación por edad y género. En otras palabras, la influencia de factores que suelen estar omitidos de las encuestas de salud, tales como los roles de género, la discriminación, la violencia y otros tipos de stress crónico relacionados con la edad y el sexo, queda eliminada al ajustar de forma sistemática por edad y sexo.

El mensaje del artículo es que la medida de la inequidad en salud depende del enfoque normativo de los autores de las investigaciones y los gestores interesados en la equidad del sistema sanitario y de las políticas públicas de salud deberían ser capaces de reconocer estas influencias ideológicas para poder interpretar los resultados de las investigaciones.

María Victoria Zunzunegui

Escuela de Salud Pública, Universidad de Montreal, Quebec, Canadá.

La generosidad y duración de los subsidios de desempleo no es la mejor forma de mitigar el impacto de la crisis en los suicidios

Cylus J, Glymour M, Avendano M.

Do Generous unemployment Benefit Programs Reduce Suicide Rates? A State Fixed-Effects Analysis Covering 1968-2008. American Journal of Epidemiology 2014;DOI:10.1093/aje/kwu106.

Antecedentes y objetivos

Se ha estudiado el efecto del ciclo económico y, de manera particular, el efecto de la crisis económica sobre las tasas de suicidio de la población. Esos estudios demuestran la existencia de una relación positiva entre desempleo y suicidio. El objetivo del artículo es avanzar un paso más en la investigación de esta relación positiva para averiguar si el nivel de generosidad de las prestaciones de desempleo desarrolla algún tipo de efecto amortiguador sobre el incremento de las tasas de suicidio provocado por un deterioro de la situación económica.

Métodos

Se centran en la evolución de las prestaciones de desempleo desde 1968 hasta 2008 en los diferentes estados de EE.UU, un país federal donde existe un cierto margen de maniobra para los estados miembros a la hora de fijar tanto la cantidad máxima como la duración de las prestaciones de desempleo que los individuos reciben después de perder su trabajo. La novedad del estudio radica en su capacidad de evitar los problemas de selección muestral de estudios previos que comparan individuos que reciben las prestaciones con individuos que no las reciben. En el presente artículo los autores comparan las tasas de suicidio de todo el estado en función de estos parámetros de duración y cantidad máxima que fijan los estados.

Se estiman modelos de mínimos cuadrados ordinarios del efecto de la generosidad de las prestaciones de desempleo en cada estado en cada momento del tiempo sobre la tasa de suicidio (para cada género y grupo de edad) del estado. Los modelos controlan aquellas variables que a nivel estatal pueden incidir en la determinación de las tasas de suicidio: la tasa de paro, el porcentaje de personas con educación universitaria, el logaritmo del salario medio, la población, el sexo y la edad media en ca-

da momento del tiempo. Finalmente, el modelo incluye una batería de efectos fijos que permite controlar por cualquier evento que se produzca a nivel estatal o federal en alguno de los años de la muestra que pueda tener un efecto sobre las tasas de suicidio. Los autores constatan que tanto las tasas de suicidio como la generosidad de las prestaciones de desempleo varían considerablemente entre los diferentes estados durante el período de tiempo analizado cosa que resulta crucial para identificar los efectos de interés.

Resultados

Se confirma la existencia de una relación positiva entre la tasa de suicidio y la tasa de paro. El artículo aporta la novedad de encontrar que esta relación positiva entre tasa de paro y de suicidio es menor para estados y años en que las prestaciones máximas de desempleo están por encima de la media. Es decir, para los estados que en un año particular ofrecen unas prestaciones de desempleo más generosas, la relación positiva entre la tasa de paro y la de suicidio es menor que para estados que en un año particular ofrecen prestaciones de desempleo menos generosas.

Conclusión

Aunque la tasa de suicidio aumenta cuando la situación económica sufre un deterioro, un sistema de prestaciones de desempleo más generosas en cuanto a prestaciones máximas y duración de la prestación puede ayudar a mitigar este efecto de las crisis económicas en la tasa de suicidio.

Financiación: European Research Council.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: j.d.cylus@lse.ac.uk

COMENTARIO

Los resultados son muy convincentes y muy estables a las diferentes especificaciones del mismo modelo. También se realiza un test de falsificación en el que se sustituye la variable dependiente de tasa de suicidio por casos de otra enfermedad (neoplasias). El resultado de este test es el esperado ya que ninguno de los efectos encontrados anteriormente resulta significativos para esta otra enfermedad (tanto la tasa de paro como las prestaciones de desempleo máximas no deberían tener ningún efecto sobre la incidencia y diagnóstico de casos de neoplasia). Esto demuestra que los resultados significativos encontrados en el caso de las tasas de suicidio no son casualidad.

De todas maneras, aunque los resultados son muy convincentes, el efecto estimado tanto de la tasa de paro como del efecto amortiguador de la generosidad de las prestaciones de desempleo es cuantitativamente muy pequeño. Así, los resultados del artículo no son muy aplicables en el diseño de las políticas públicas como herramienta para reducir la tasa de suicidios. Existen muchas otras variables, como comentan los autores, que seguramente tienen un efecto mucho mayor sobre

la tasa de suicidio (como la política de control de armas de fuego o el control y tratamiento de las enfermedades mentales, etc.).

Finalmente, cabe mencionar que los resultados del artículo son contrarios a los que se encuentran en Stuckler et al. (1) que persigue el mismo objetivo pero utiliza datos del gasto total en prestaciones de desempleo en los países europeos en vez de utilizar la generosidad de estas prestaciones. La razón de estas diferencias en los resultados se puede deber a dos causas principales: 1) la diferente área geográfica analizada (EE.UU. y Europa); 2) la diferente manera de calcular la variable explicativa ya que los aumentos del gasto total en prestaciones de desempleo se pueden deber a aumentos en la generosidad de éstos o a aumentos en el total de personas que reciben estas prestaciones.

Judit Vall Castelló

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

(1) Stuckler D, Basu S, Suhrke M, et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315-323.

Invertir en la primera infancia, garantía de un porvenir más saludable

Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon S, Pinto R, Pungello E, Pan Y.

Early childhood Investments substantially boost adult health. *Science*.2014;343:1478-85.

Objetivo

Determinar si las actuaciones en los primeros años de vida son efectivas en la prevención de las enfermedades en la edad adulta.

Materiales y métodos

La fuente de datos de los análisis presentados es el Carolina Abecedarian Project (ABC), un programa diseñado como una suerte de experimento social que incluyó inicialmente a 111 niños, aleatoriamente distribuidos entre un grupo de tratamiento y un grupo control. La intervención se desplegó en dos fases: primera infancia (hasta los 5 años) y parte del periodo escolar (entre 6 y 8 años). En la primera fase se potenció la adquisición y desarrollo del lenguaje, la regulación emocional y las habilidades cognitivas, mientras que en la etapa ulterior se pretendieron impulsar las destrezas matemáticas y de lectura. La intervención ABC incluyó también un componente nutricional y atención pediátrica durante la primera fase.

Se efectuó un seguimiento de los niños participantes en momentos posteriores de su vida. Al mediar la treintena, cada uno de los participantes fue sometido a un estudio biomédico.

Resultados

En relación a los resultados biomédicos, se registran en general diferencias favorables a la intervención. Las medidas antropométricas (estatura

y peso) registradas a lo largo de diferentes momentos de la primera infancia sugieren que los hombres tratados fueron menos propensos a ser obesos que los pertenecientes al grupo de control. El índice de masa corporal (IMC) del grupo de tratamiento durante los primeros 5 años de vida se sitúa por debajo del correspondiente al grupo de control. Aquellos varones que a la edad de 30 años resultaron ser obesos poseían un IMC por encima del normal durante su primera infancia. Los efectos de la intervención en el desarrollo físico de las mujeres fueron más tenues.

Conclusiones

Los niños tratados tuvieron una menor prevalencia de factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la treintena. Los varones tratados registran un IMC más reducido durante su infancia, tendencia que se mantiene cuando son adultos. El acceso a la atención pediátrica y la nutrición adecuada, así como la mejora de las habilidades cognitivas y no cognitivas son los mecanismos que posibilitan estos resultados.

Financiación: De 8 fuentes distintas.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: jjh.info@gmail.com

COMENTARIO

La desigualdad, como casi siempre, está en el origen del problema. El “accidente” de nacer en una familia desfavorecida determina enormemente el porvenir socioeconómico de los individuos (1). Ante esta triste realidad, la visión determinista defendida en la famosa obra *The Bell Curve* (2) sugiere que son las capacidades cognitivas el principal factor conformador del éxito socioeconómico en la vida adulta, y que dichas capacidades vienen determinadas genéticamente. Una visión alternativa se ha venido abriendo camino en los últimos años, no obstante. Así, los trabajos de microeconometría como el Premio Nobel de Economía James J. Heckman, uno de los coautores de este artículo, unido al avance de la epigenética, ponen en cuestión el determinismo genético antes comentado, ofreciendo evidencias que apuntan hacia: a) la existencia de efectos causales entre el entorno familiar de los niños desfavorecidos y los resultados que obtienen como adultos; y b) la relevancia de otros factores no cognitivos, como la perseverancia, la atención, la motivación y la autoestima, para explicar dichos resultados.

Los estudios longitudinales construidos sobre la base de programas como el abordado en este artículo, son experimentos naturales que permiten constatar la existencia de efectos positivos sustanciales sobre el rendimiento escolar, la productividad laboral y la conducta social que perduran mucho tiempo después del cese de las intervenciones. Se ha estimado que la tasa de retorno (el rendimiento por dólar invertido) del programa preescolar Perry, uno de los buques insignia de la intervención preescolar en los Estados Unidos, oscila entre el 6-10% anual (3). Esta tasa infravalora el auténtico rendimiento ya que ignora la rentabilidad económica que entraña la reducción de los costes asociados a la carga de la enfermedad. De ahí que sea particularmente importante averiguar el

efecto directo que sobre la salud adulta tiene la mejora de la atención que a todos los niveles reciben los niños en su primera infancia.

Investigaciones como la que estamos comentando u otras recientemente publicadas (4) abundan en la relevancia que reviste la mejora de las condiciones de vida de los niños más desfavorecidos en sus primeros años de vida para gozar de una mejor salud en su vida adulta. Las capacidades y cuidados adquiridos durante la infancia parecen mediar en resultados como la llevanza de hábitos de vida saludables, que implican, por ejemplo, no fumar. Asimismo, el rendimiento de la inversión en la mejora del medio ambiente en que crecen los niños, parece estar sujeta a la ley de los rendimientos decrecientes, de modo que la rentabilidad es mucho mayor si se efectúa en la etapa preescolar en lugar de en edades más avanzadas. No obstante, tal y como el propio Heckman afirma, la inversión inicial, para que sea plenamente efectiva, requiere de una continuidad. Esto es, hay que asegurar que se produzcan sinergias entre todas las inversiones realizadas a lo largo del ciclo vital. Una lección que conviene no olvidar.

José María Abellán Perpiñán

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

(1) Cunha F, Heckman J. The Technology of Skill Formation. *Am Econ Rev*. 2007;97(2):31-47.

(2) Herrnstein RJ, Murray CA. *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. Nueva York: Free Press, 1994.

(3) Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Savellyev PA, Yavitz A. 2010. The Rate of Return to the High Scope Perry Preschool Program. *J Pub Econ*. 2010;94(1-2):114-28.

(4) Heckman JJ, Pinto R, Savellyev P. Understanding the Mechanisms through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes. *Am Econ Rev*. 2013;103(6):2052-86.

La tasa de desempleo se asocia a la tasa de suicidios en hombres en edad de trabajar en Europa. En las mujeres no está tan claro

Breuer C.

Unemployment and Suicide Mortality: Evidence from Regional Panel Data in Europe. Health Economics 2014 Jun 17. doi:10.1002/hec.3073.

Objetivo y métodos

Estimar la influencia del desempleo sobre la tasa de suicidios en Europa en la década 1999-2010 con modelos de panel con efectos fijos de la región y del año, estimados con datos anuales de 275 regiones europeas de 27 países. Estiman las tasas de suicidio por 100.000 habitantes ajustadas por sexo y edad para hombres y mujeres, para todas las edades y diferenciando entre mayores y menores de 65 años. La variable explicativa de interés es la tasa regional de desempleo. Los modelos controlan por diversas características como el número de días fríos, la esperanza de vida al nacer y la fertilidad. En el modelo base no incluyen otras variables macroeconómicas por falta de datos para 63 regiones.

Resultados

En el modelo base, que distingue entre hombres y mujeres, la tasa de suicidios de hombres mantiene un 1:1 con la de desempleo: si la tasa de

desempleo aumenta un 1%, la tasa de suicidios aumenta un 1%. El efecto no es significativo para las mujeres. El modelo con todos los controles (PIB y su crecimiento) pero sólo con 212 regiones consigue resultados marginalmente significativos también para las mujeres, y de mayor magnitud que antes para los hombres. A mayor riqueza y a más crecimiento económico, menos suicidios. La longevidad previene la conducta suicida (la esperanza de vida resulta negativa y significativa en casi todos los modelos). Cuando los modelos se estiman por separado para personas en edad laboral y para mayores de 65 años, resulta que el desempleo sólo afecta a los primeros.

Financiación: No consta.

Correspondencia: breuer@ifo.de

COMENTARIO

Los estudios empíricos con datos agregados que buscan una asociación entre desempleo y suicidio siguen llegando a resultados contradictorios, que se atribuyen a la metodología y/o al contexto (falta de validez externa). La mayor parte emplean datos temporales agregados a nivel nacional. Algunos explotan datos de panel, como este, que analiza tasas regionales a lo largo de más de una década y termina en plena crisis económica. El trabajo es otra gota en el océano de la contradictoria evidencia empírica, por lo que el tema dista de estar cerrado. Su gran ventaja comparativa es que los datos son más desagregados que en la mayor parte de los estudios, sin embargo, no se desagrega el desempleo por sexos: la tasa general de desempleo explica tanto los suicidios de hombres como los de mujeres. Otro estudio reciente (1) del mismo período para Europa Occidental estima efectos sensiblemente menores: la tasa global de suicidios aumenta un 0.3% (IC95% entre 0.1 y 0.5%) si el desempleo aumenta un 10%, pero esa asociación únicamente resulta significativa en tres países, ninguno de los cuales está entre los que más sufrieron la crisis en 2008-2010 (Países Bajos, Reino Unido y Francia) y los resultados son inconsistentes entre países por lo que no se debe formular una interpretación causal.

El suicidio es una decisión individual, y su análisis corresponde genuinamente a la psicología y a la psiquiatría. La teoría económica, que tiene algo que decir sobre casi todo, propone modelos teóricos del suicidio (2) en los que se basa el trabajo que comentamos. Tengo que reconocer que me sonrojan. Asumen que la "utilidad de la vida" es una especie de marcador vital que cuando llega a cero, te suicidas. Se distribuye normalmente y es función de la renta permanente. El desempleo reduce la renta, pero no es la causa última del suicidio.

Es verosímil que una persona con problemas psicológicos preexistentes decida suicidarse cuando pierde el empleo, sobre todo si sus perspectivas de volver a ser empleado son pesimistas y si la red protectora social es débil. El desempleo causa infelicidad, y no sólo por la caída de renta, pero no parece plausible que alguien se suicide porque lea en

el periódico que el PIB ha caído, o que la EPA arroja malos resultados este trimestre. Dicho de otra forma, las condiciones macroeconómicas influirán en el ánimo y en el comportamiento de las personas en la medida en que les afecten directamente, pero las decisiones de suicidio son individuales. Por eso, los modelos explicativos de la conexión desempleo-suicidio funcionan bien con datos individuales. Así, a los tres años de seguimiento, un hombre desempleado en EEUU tiene el doble de probabilidad acumulada de suicidio que su clon empleado (3). El odds ratio de suicidio para los hombres suecos desempleados más de tres meses también está próximo a 2 (4). La estimación del efecto con datos agregados es problemática porque simultáneamente al desempleo concurren otras circunstancias (caída del PIB, cambio de las políticas sociales). Por eso, los modelos que buscan el secreto del universo como tesoro escondido entre los datos agregados de PIB, paro y suicidios no llegan a resultados consistentes.

Por más vueltas que se den a los datos europeos, las características estructurales y permanentes que destacan desde el primer vistazo son tres, que los hombres se suicidan más que las mujeres, que a edades avanzadas hay más suicidios en ambos sexos, y que los países mediterráneos del sur presentan menores tasas que los nórdicos y centroeuropeos.

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de GC.

(1) Laanani M, Ghosn W, Jouglia E, & Rey G. Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Commun H.* 2014; jech-2013-203624.

(2) Hamermesh DS, Soss NM. Theory of Suicide. *J Polit Econ.* 1974;82:83-98.

(3) Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med.* 2001;31:127-138.

(4) Lundin A, Lundberg I, Allebeck P, & Hemmingsson T. Unemployment and suicide in the Stockholm population: A register-based study on 771,068 men and women. *Public Health.* 2012;126(5):371-377.

Para un desplazamiento al trabajo saludable, caminar, pedalear o incluso usar el transporte público

Flint E, Cummins S, Sacker A.

Associations between active commuting, body fat, and body mass index: population based, cross sectional study in the United Kingdom. *BMJ*.2014;349:g4887.

Objetivo

Determinar si el fomento de modos de desplazamiento activos sería una estrategia efectiva para la prevención de la obesidad, mediante la evaluación de si el desplazamiento activo (caminar o ir en bicicleta durante una parte o todo el trayecto al trabajo) está asociado de forma independiente con marcadores de obesidad medidos de forma objetiva.

Diseño

Estudio con datos transversales de la segunda evaluación en la submuestra del estudio Understanding Society, UK Household Longitudinal Study (UKHLS). La variable principal, modo de desplazamiento, fue auto-reportada y categorizada en tres grupos: transporte privado, transporte público y desplazamiento activo.

Participantes

La muestra analizada –7.534 adultos con datos de índice de masa corporal (IMC) y 7.424 con datos del porcentaje de grasa corporal– fue obtenida de una sub-muestra representativa en la segunda evaluación del estudio UKHLS de la que se obtuvieron datos de valoración de la salud (n=15.777).

Principales indicadores de salud

Índice de masa corporal (peso (kg)/altura (m²)); porcentaje de grasa corporal (medido por impedancia eléctrica).

Resultados

Los resultados de la regresión lineal multivariante sugieren que, comparado con usar el transporte privado, el transporte público o modos de desplazamiento activos fueron un predictor significativo e independiente de niveles más bajos de IMC en hombre y en mujeres. En el modelo con mayor ajuste, los hombres que usaban el transporte público o modos de desplazamiento activos tuvieron un IMC de 1.10 (95%CI 0.53-1.67) y 0.97 (0.40-1.55) puntos más bajos, respectivamente, que los hombres que usaron transporte privado. Las mujeres que usaron el transporte público o modos de desplazamiento activos tuvieron valores de IMC de 0.72 (0.06-1.55) y 0.87 (0.36-0.87) puntos más bajos, respectivamente, que aquellas que usaron transporte privado. Los resultados utilizando el porcentaje de grasa corporal fueron similares en términos de magnitud, significatividad y dirección de los efectos.

Conclusiones

Los hombres y mujeres que utilizan modos de desplazamiento activos o transporte público tuvieron niveles de IMC y porcentaje de grasa significativamente menores que sus homólogos que utilizan transporte privado. Estas asociaciones no fueron atenuadas tras ajustar por una diversidad de posibles variables confusoras.

Financiación: UK National Institute of Health Research Senior Fellowship; UK Economic and Social Research Council.

Correspondencia: ellen.flint@lshtm.ac.uk

COMENTARIO

La actividad física es una conducta con importante implicaciones para la salud. Desde los primeros estudios realizados por el epidemiólogo Jerry Morris a comienzos de los años 50 hasta la actualidad, podemos encontrar evidencias que confirman sus beneficios. A pesar de que ya existe una convicción social de que “hacer actividad física es bueno para la salud”, aproximadamente el 31% de los adultos no realiza suficiente actividad física semanal para mantener o mejorar su salud. ¿Cómo podemos hacer que la población, especialmente aquellos que no son activos, hagan más actividad física? Las intervenciones y políticas de salud pública se están focalizando en incrementar la actividad física realizada en la rutina de nuestro día a día y en diferentes contextos.

Este estudio aporta algunas directrices para desarrollar políticas para la promoción de la actividad física en el modo de desplazamiento, en este caso al trabajo, con el objetivo de reducir la obesidad. Por ejemplo, una persona que trabaja de lunes a viernes, y realiza los trayectos de ir y volver al trabajo de forma activa (caminando o en bicicleta) durante 10 minutos en cada trayecto, incluiría 100 minutos de actividad física moderada a la semana, lo que le acercaría a los 150 minutos de actividad física que se recomienda para adultos. El estudio tiene algunas fortalezas y novedades que lo singularizan. Así, los análisis se hicieron en una muestra representativa poblacional y las mediciones de obesidad se hicieron con medidas de campo objetivas. Merece destacarse la novedad de diferenciar entre transporte público y privado, ya que se suelen agrupar en una misma categoría de “transporte pasivo” y esta diferenciación ha aportado interesantes hallazgos: los que usan

transporte público tienen niveles más bajos de obesidad. Quizás, como apuntan los autores, estos individuos podrían estar beneficiándose de la actividad física de los desplazamientos que se suelen hacer antes y después de usarlo.

Este y otros estudios parecen confirmar, por tanto, que el desplazamiento activo podría tener beneficios sobre la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular y metabólico (1). Sin olvidar los beneficios que tendría para la salud la disminución de la contaminación de las grandes ciudades si se usa el transporte público y desplazamientos activos. Por todas estas razones, podrían ser efectivas intervenciones y políticas de salud pública que fomenten el desplazamiento activo de la población. Algunas empresas incentivan a sus trabajadores para que realicen el desplazamiento al trabajo de forma activa. A nivel nacional, ya hay restricciones del uso de transporte privado en grandes ciudades y comienzan a existir propuestas de incentivos económicos para los que realicen desplazamiento activo, con la idea de que vale más prevenir que curar. Consecuentemente, ante la decisión de cualquier desplazamiento de nuestro día a día, y pensando en nuestra salud, cabe recomendar caminar, usar la bicicleta o incluso el transporte público.

David Martínez-Gomez

Departamento de Educación Física, Deporte y Motricidad Humana. Universidad Autónoma de Madrid.

Palma Chillón

Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de Granada.

(1) Hamer M, Chida Y. Active commuting and cardiovascular risk: a meta-analytic review. *Prev Med*. 2008;46:9-13.

Cambios en el patrón de consumo de alcohol en España

Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL

Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. Rev Esp Salud Pública 2014;88:529-40.

Fundamentos

El modo en el que se consume alcohol en los países mediterráneos se encuentra en proceso de transición. El objetivo es describir los patrones de consumo en la población adulta española según las principales características sociodemográficas.

Métodos

Estudio transversal con participantes de 15 años y más utilizando como fuente de información la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011-12. A partir de la ingesta promedio de alcohol autorreferida, se clasificó como de alto riesgo un consumo ≥ 40 g/día de alcohol en hombres o ≥ 24 g/día en mujeres. Se definió como *binge drinking*—episodio o “atacón” alcohólico— el consumo de ≥ 6 bebidas estándar de alcohol (hombres) y ≥ 5 (mujeres) en 4-6 horas alguna vez durante los últimos 12 meses. Se estimaron la preferencia de bebida y la tendencia 1987-2012 (ENS respectivas). Se analizó su distribución con variables sociodemográficas mediante modelos ajustados de regresión logística.

Resultados

El 1,3% de los sujetos encuestados se clasificaron como bebedores prome-

dio de alto riesgo (2% de hombres y 0,7% de mujeres). En hombres fue más frecuente entre los 45-64 años (odds ratio (OR)=2,92 respecto a 15-29 años; IC 95%:1,59-5,38) y en los nacidos en España (OR=3,45; IC 95%: 1,59-7,69). En mujeres se observaron diferencias estadísticamente significativas según el nivel educativo, incrementándose a medida que aumentaba (p tendencia lineal $< 0,001$). El 19,6% de hombres y 7,1% de mujeres realizaron *binge drinking* en el último año. Este patrón disminuyó con la edad y se incrementó con el nivel de estudios en ambos sexos (p tendencia lineal $< 0,001$). La prevalencia estandarizada de bebedores promedio de alto riesgo descendió desde un 18,8% en 1987 hasta el 1,3% en 2012.

Conclusiones

El patrón de consumo de alcohol en España es compatible con un modelo propio de países en transición, donde el riesgo global se relaciona sobre todo con el *binge drinking*. Se observa un importante descenso del consumo promedio de alto riesgo. La cerveza desplaza al vino como bebida preferente.

Financiación: Grupo de Trabajo de Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología, Plan Nacional sobre Drogas.

Correspondencia: igalan@isciii.es

COMENTARIO

En las comparaciones internacionales se aprecia que existen diferentes patrones de consumo de alcohol. Tradicionalmente, se venía considerando que en los países del sur de Europa el consumo de alcohol estaba integrado en la vida cotidiana y se consumía regularmente acompañando las comidas, la proporción de personas abstemias era escasa, el vino era la bebida predominante y las bebidas alcohólicas eran fácilmente accesibles. En otros países como los escandinavos el consumo de alcohol no es habitual con las comidas ni está integrado en las actividades cotidianas: su acceso es relativamente restrictivo y las tasas de abstinencia son muy superiores; sin embargo, cuando se consume alcohol es más probable la intoxicación, y las bebidas preferentes son la cerveza y los destilados.

Comparaciones más recientes describen cómo esta división parece ir desapareciendo, y tanto la forma de consumo como el tipo de bebidas tienden a homogeneizarse. España podría situarse en este perfil de países en transición, tras unos años de cambio intenso. Este trabajo documenta la magnitud de este cambio en el patrón de consumo de alcohol en España a lo largo de los últimos 25 años. Muchos profesionales no son conscientes de ello, ni tampoco la sociedad en su conjunto. El patrón de consumo diario elevado, tan frecuente décadas atrás en la población masculina y que era la mayor contribución al consumo de riesgo poblacional, es ahora mucho menos habitual. La mayor contribución al consumo de riesgo poblacional se deriva actualmente del consumo episódico intensivo, llamado también *binge drinking*.

Una consecuencia de estos cambios es la disminución continuada de la mortalidad por cirrosis hepática registrada en las últimas décadas en nuestro país, en contraste con otros como el Reino Unido donde se ha incrementado notablemente. Por otra parte, no sabemos bien cuáles

serán las consecuencias a largo plazo del patrón de consumo episódico intensivo que afecta actualmente a un segmento notable de adolescentes y jóvenes adultos, y que además presenta un marcado gradiente socioeducativo, siendo mucho más frecuente en los estratos de mayor nivel de instrucción.

Las causas de estos cambios son probablemente múltiples. El descenso del consumo medio se deriva probablemente del cambio social registrado en una sociedad que ahora es muy urbana y donde los ritmos de trabajo y descanso no favorecen el consumo a lo largo del día. También se puede relacionar con políticas deliberadas que van en el mismo sentido, como las relacionadas con el alcohol y la conducción, que han tenido un notable impacto favorable. Tal vez también haya influido la mayor capacidad de respuesta del sistema sanitario (en contraste con años atrás) ante los síndromes de abuso o dependencia al alcohol. De todos modos, esta tendencia es positiva en términos de salud. Más complejo es el incremento en el consumo episódico intensivo, en cuya génesis probablemente influyen aspectos como la creciente presión del marketing, un patrón juvenil de ocio y uso del tiempo distinto al de años atrás, y la desregulación de los horarios comerciales. En cualquier caso, nuestro país sigue teniendo importantes retos para disminuir el impacto del alcohol en la salud de la población, y la información aportada en este trabajo ayudará a abordarlos mejor.

Joan R. Villalbí

Agència de Salut Pública de Barcelona.

(1) Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-33.

(2) Room R, Mäkelä K. Typologies of the cultural position of drinking. *J Stud Alcohol* 2000;61:475-83.

La salud y el arte de nuestros días. Un recorrido azaroso

Ricard Meneu

Para facilitar la visualización de las piezas citadas, las referencias incluyen vínculos a sus apariciones en webs de acceso público. Dado lo complicado de reescribirlas se aconseja acudir a la versión en pdf (<http://www.iiss.es/gcs/>) que simplifica su uso, además de alojar un anexo gráfico con algunas de ellas.

Los visitantes de la última edición de la Documenta de Kassel, en su recorrido entre esculturas e instalaciones, se encontraban con la acción/instalación de Pedro Reyes “Sanatorium” (1), una clínica provisional que proporciona breves terapias insólitas. La única manera de experimentar este proyecto es inscribiéndose como paciente, para someterse a una entrevista diagnóstica tras la que se ofrece probar al menos 3 de las 16 terapias disponibles, que son variaciones o mixturas de otras existentes, como la psicología de la Gestalt, juegos de construcción de confianza, coaching empresarial, psicodrama, hipnosis, ejercicios de calentamiento de teatro, eventos fluxus o técnicas de resolución de conflictos. En definitiva “Sanatorium” es un sistema de administración de placebos. Al inscribirse se firma un formulario de autorización que advierte que ni la terapia ni el terapeuta son reales.

Puede pensarse que una pieza así no es más que una parodia de algunas prácticas sanitarias, o una simple pista de despegue para mostrar otras preocupaciones. Pero continuando el “Grand Tour” de eventos del arte contemporáneo, en la pasada edición de la Biennale de Venecia el público del Arsenale se topaba con uno de los últimos hitos de la sanidad real, materializado en la presencia de un autómatas Da Vinci en la obra de igual nombre de Yuri Ancarani (2), que sigue la labor del robot mientras realiza una laparoscopia. La obra muestra un viaje no exactamente imaginario en un microcosmos donde las expectativas del exterior se entrecruzan con la objetividad clara y racional de la máquina y los cirujanos.

Si se considera que la salud es una de las mayores preocupaciones humanas, puede resultar sorprendente la escasa presencia de lo “sanitario” –en un sentido amplio que abarque los espacios y representaciones de su pérdida, su reparación o su protección– en la historia de las artes plásticas. Pese a ser limitada, esta presencia ha permitido interpretaciones arqueológicas, forenses y mucho diagnóstico diferencial ex post en las páginas de “humanidades” de las publicaciones del sector, de las que esta nota pretende tomar suficiente distancia. Aquí se pretende meramente “dar noticia” de la presencia no desdeñable de lo sanitario en las manifestaciones artísticas de nuestros días, conscientes de lo poco frecuente que resulta un trato familiar con buena parte de lo que ya constituye el indudable canon contemporáneo. Porque sigue siendo preocupantemente usual ignorar, denegar o refutar el carácter artístico de obras con un siglo –los “ready made” duchampianos lo cumplen este año– (3) o más a sus espaldas y toda una tradición de lo nuevo construida a partir de ellas.

Así, incluso un observador despreocupado puede recuperar de su acervo visual desde representaciones egipcias de prácticas profilácticas –aunque su sentido fuese esencialmente ritual– como la circuncisión (4), hasta la osada cirugía sobre la piedra de la locura plasmada por El Bosco (5). Más próximas en el tiempo y a la sensibilidad aun prevalente nos resultan las obras que muestran al propio artista como paciente, tal que Goya siendo atendido por

el Dr. Arrieta (6), o las imágenes de los centros sanitarios que pintó Vincent Van Gogh durante sus internamientos (7, 8). También sabemos “leer” con sobrada competencia representaciones como la del Dr. Charcot impartiendo una lección clínica en la Salpêtrière, pintada por Pierre Andre Brouillet (9), o el precoz ejercicio académico de Picasso en “Ciencia y caridad” (10), enmarcable en la gran corriente de realismo social de la época. Pero seguramente costaría afirmar lo mismo ante la presencia de la enfermedad en la desasosegadora imagen, prácticamente coetánea, de la primera versión de “El grito” de Munch (11).

Es a partir del advenimiento de la sucesión de las corrientes vanguardistas, y más aun con el acabamiento del proyecto moderno, hace más de medio siglo, en el surgimiento del Pop Art, que nuestra mirada se suele extrañar ante las nuevas formas de aparición de lo sanitario en las artes plásticas, por lo que intentaremos llamar la atención sobre algunas de las muy diversas estrategias que han enfrentado esta presencia. El Pop art, con lo reconocible de sus superficies, capturadas de la iconografía popular, al menos resulta identificable en su manifestación icónica, independientemente de la interpretación atribuida a su sentido. Así, piezas como “Alka Seltzer” de Roy Lichtenstein (12), que muestra con su particular pincelada, importada del mundo del cómic y la reproducción masiva, una de esas tabletas disolviéndose en un vaso de agua, no resulta nada desazonadora. Tampoco plantea mayores problemas aproximarse a “Before and after” (13) de Andy Warhol, donde reconocemos los usos de la publicidad de la cirugía plástica. Con mayor explicitud aparente, algunas prácticas de representación textual, como las emprendidas por Ed Ruscha, nos hablan también de preocupaciones muy actuales, como la titulada “Safe and Effective Medication” (14).

Más problemas nos plantean ya algunas piezas del patriarca del Pop británico, Richard Hamilton, cuyas aproximaciones siempre son más oblicuas. Ver un popular cepillo de dientes eléctrico –“The Critic Laughs, 1968”– (15) convertido en un comentario sobre otras obras previas del movimiento, las distintas versiones de “El crítico sonríe” (16) de Jasper Johns, en las que unos dientes sustituirían las cerdas del cepillo habitual, resulta de lectura menos inmediata. Sin embargo la rápida evolución de formatos como la instalación o distintas formas del video-arte han permitido que pocos años después una pieza como “Treatment Room” (17) resultase tan inteligible en primera instancia para la mayoría de visitantes que difuminaba las líneas clásicamente trazadas entre arte e intervención política. En “Treatment Room”, que recientemente estuvo expuesta en la retrospectiva dedicada a Hamilton en el MNCARS, nos encontramos ante una sala de quirófano vacía, en la que el monitor de televisión situado sobre la mesa de operaciones reproduce en un bucle mudo el anuncio electoral de 1983 en el que Margaret Thatcher hablaba sobre la necesaria estabilidad presupuestaria. No resulta difícil imaginar hoy sucesivos replicados de esa instalación a lo largo de diferentes geografías.

La representación de profesionales o centros sanitarios en prácticas sobre soportes que gozan de una larga tradición suele permitir una apreciación sencilla de obras cuyo sentido puede resultar bastante ajeno. Así, en el emergente género de los fotolibros que aún está escribiendo su historia (18) es célebre el dedicado a la polución mercurial en “Minamata” por William Eugene Smith. El mismo autor que ya había reflejado en sendos ensayos fotográficos las actividades del Doctor Schweitzer en África (A Man of Mercy, 1954), del Doctor Ceriani en el Colorado más rural (Country Doctor, 1948) o la matrona Maude Callen (Nurse Midwife, 1951) en California. Sin embargo, según nos aproximamos a nuestros días, el sentido de estas piezas resulta más elusivo. Así, las fotografías como médico y enfermera de Cindy Sherman quien solo realiza autorretratos encarnando todo tipo de roles pueden pasar por meros recuerdos anticuados o por algún ejercicio de travestismo (19). La familiaridad con el medio empleado –composiciones presentadas en el tipo de enormes cajas de luz que popularizó Jeff Wall– facilita la recepción de alguna de las elaboradas escenificaciones de Wang Qingsong, como “Temporary ward” (20), en la que convierte el patio de butacas de un teatro en improvisada sala de espera de unas urgencias hospitalarias llenas de pacientes/espectadores mostrando su intercambiable satisfacción con cualquiera de ambas prestaciones. El propio Jeff Wall también ha abordado ocasionalmente aspectos sanitarios, como el trabajo del anatomista mostrado en “Adrian Walker, artist, drawing from a specimen in a laboratory in the Department of Anatomy at the University of British Columbia, Vancouver” 1992 (21), una pieza que automáticamente parece remitir a la tradición de personajes abortos ejemplificada en las obras de Jean Siméon Chardin (1699-1779) (22).

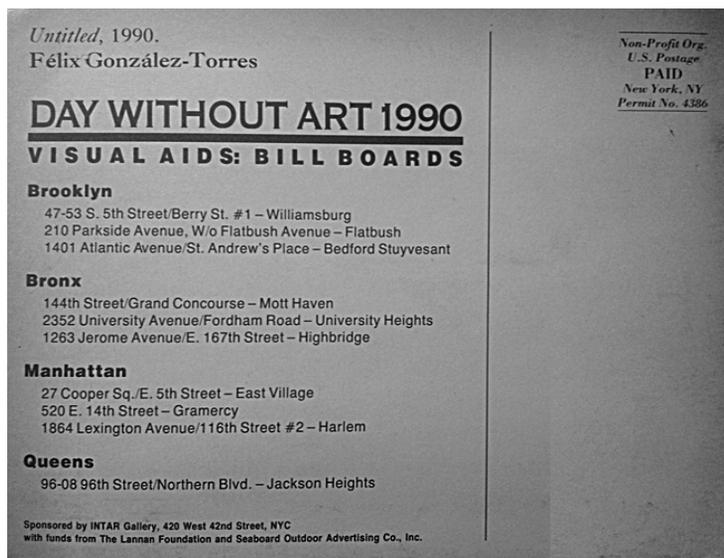
De una manera similar, los planos y maquetas de consultas médicas de Dan Graham (23) permiten ser interpretados literalmente, si no se plantea su relación con los restantes trabajos del autor sobre las edificaciones suburbanas y los muros transparentes. E inversamente, los muros de los hospitales pueden ser soportes específicos de obras de arte contemporáneo. Desde hace un par de años el Einstein Medical Center Montgomery de Pennsylvania expone, en una cesión temporal por 25 años la instalación “Wall Drawing #972” del pionero del arte conceptual Sol Lewitt (24). No es un caso único, ya que Rxart (25), una organización sin fines de lucro, apuesta por transformar las salas hospitalarias pediátricas en espacios reconfortantes y atractivos mediante instalaciones “site-specific” de artistas contemporáneos, entre las que destaca la instalación de Jeff Koons (26) en las salas de diagnóstico por la imagen del Advocate Children’s Hospital de Oak Lawn, Illinois.

En general parece que cuesta más incorporar al estatuto de obras de arte piezas presididas por su fugacidad y su percepción diferida, como son las “performances” y los trabajos de “body art”. Y sin embargo es entre estas manifestaciones donde resulta relativamente más habitual encontrar trabajos relacionados con la salud. Así, Marina Abramovic, la “abuela de las performances” que goza de un repentina popularidad tardía por curiosas razones, en su clásica pieza “Ritmo 2” (27) exploró si un estado de inconsciencia puede incorporarse a una de estas acciones. En la primera parte tomó una píldora que se utiliza para la catatonía, reaccionando violentamente al fármaco y experimentando ataques y movimientos involuntarios. Mientras perdía el control de los

movimientos de su cuerpo, su mente estaba lúcida y observaba todo lo que ocurría. Unos minutos después ingirió otra píldora, indicada para estados depresivos y violentos, para inducirse una inmovilización general.

En un registro menos autoagresivo, Hannah Wilke, una de las feministas pioneras del “body art”, documentó en su pieza póstuma, “Intra-Venus” (28) la transformación física y el deterioro sufrido por su cuerpo durante la quimioterapia y trasplante medular a los que se sometió para tratar su linfoma. “Intra-Venus” juega desde el título con la homofonía entre “dentro de Venus” e “intra-venoso”, pero también se confronta con trabajos previos de la artista sobre la enfermedad oncológica de su madre. No es ni mucho menos un caso aislado. La representación, expresión, manifestación o alusión a los estragos físicos de las enfermedades resultaron omnipresentes en el panorama artístico de las dos últimas décadas del pasado siglo, en buena parte por el activismo desencadenado en amplios sectores de la comunidad artística para aumentar la visibilidad de los padecimientos asociados al SIDA (29, 30). Entre los creadores que han abordado abundantemente este problema destacan las fotografías de corte clásico de Nan Goldin (31, 32), los esquemáticos graffittis de Keith Haring (33), o las elaboradas representaciones del cuidado y la solidaridad desencadenada que se articularon en los proyectos “Carrying” del cordobés Pepe Espaliú (34). Aunque seguramente son las estrategias de intervención pública y participación llevadas a cabo por Félix González-Torres las que más se asocian a la visualización de esta crisis sanitaria. Sus obras suponen una reinterpretación del arte conceptual, tomando el vocabulario minimalista y llevándolo más allá, mediante su aplicación en espacios previamente ajenos. Para ello despliega formas indirectas para sugerir el dolor y la pérdida, expuestas en espacios publicitarios callejeros, recurre a esos mismos soportes de anuncios, apoyados en arte postal, para difundir mensajes explícitos. En otras ocasiones emplea acumulaciones de bombillas apagándose, o de caramelos que insta a retirar, como en “Placebo” (35), como metáforas del proceso de agonía y desaparición.

Además de estas variadas prácticas, otros artistas han abordado la curación desde perspectivas menos acordes con el conocimiento científico. Seguramente el más destacado fue Joseph Beuys, quien concebía la actividad artística como un proceso de “sanación” mezclando referencias a elementos reconocibles de la práctica médica (36, 37) con aspectos próximos al chamanismo. Mediante el recurso a “vendajes ensangrentados, frascos de medicamentos rotos, jeringuillas oxidadas, placas radiográficas”, las obras “a primera vista feas, intimidantes, desconcertantes y hasta repugnantes” de Joseph Beuys “nos recuerdan a los médicos en ejercicio que el paciente siempre es más que una determinada enfermedad clasificada por el método reduccionista de las ciencias naturales” (38). Alguna de estas piezas, como “Gesundheitshelfer” (39), un botiquín doméstico, muestran claras resonancias con obras de parecida factura y distinto sentido. Una similitud que no debe extrañar, pues si las cuestiones relacionadas con los medicamentos, sus indicaciones y su distribución ocupan muchas páginas de GCS, también han recibido especial atención en las artes plásticas. Así, “Pharmacy” era el título de una instalación del surrealista Joseph Cornell consistente en un armario botiquín de 40 x 30 cm conteniendo una veintena de frascos de



HEALTH CARE IS A RIGHT
A government by the people, for
the people must provide ade-
quate health care to the people.
NO EXCUSES.

LOS SERVICIOS DE SALUD
SON UN DERECHO.
Un gobierno para el pueblo, por el
pueblo, debe de proveer servicios de
salud adecuados para todo el pueblo.
NO MAS EXCUSAS.

farmacia (40), vendida por cierto recientemente por \$3,778,500, una cifra de difícil digestión por boticarios y sanitarios en general. Pero seguramente quien más ha recurrido a objetos e imágenes relacionados con la salud es el popular artista británico Damien Hirst –el del tiburón en formol– (41), con el que llegamos a nuestros días y el final de esta nota. Entre sus amplias y escasamente variadas series de trabajos se cuentan distintos conjuntos de piezas llamados “Medical cabinets”, que despliegan armarios llenos de medicamentos en sus envases originales (42), así como otros, los “Pill Cabinets” (43), constituidos por centenares de comprimidos en formación regular. Así mismo es autor de una serie de obras más elaboradas que bajo el título genérico de “La última cena” muestran envases con las características definitorias del cartón de los medicamentos pero cuyos textos informan de que el contenido son alimentos habituales, como tortilla, salchichas, ensalada o albóndigas (44). La intención de tan sencilla dislocación, aunque permite distintos haces interpretativos, resulta bastante evidente, y la aprovecharemos como humorada final.

Referencias

- (1) Pedro Reyes. Sanatorium, 2011-
<http://www.pedroreyes.net/sanatorium.php>
http://www.blog.pedroreyes.net/wp-content/uploads/2012/06/182335_10150976644298330_1797781491_n.jpeg
- (2) Yuri Ancarani. Da Vinci, 2012
<https://www.youtube.com/watch?v=f2xn0Dn7pCU>
- (3) Marcel Duchamp. Porte-bouteilles. Ready made, 1914/replica de 1961
<http://www.philamuseum.org/collections/permanent/92377.html>
- (4) Pintura mural de la mastaba de Ankhmahor, Sakkara (Saqqarah), Egipto. Circa 2330 a.C.
http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f2/Circumcision_Sakkara_3.jpg

- (5) Hieronymus Bosch. La extracción de la piedra de la locura, Circa 1480
http://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Cutting_the_Stone_by_Hieronymus_Bosch#mediaviewer/File:Trepanation_medieval_color.jpg o
http://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Cutting_the_Stone_by_Hieronymus_Bosch#mediaviewer/File:Hieronymus_Bosch_-_The_Cure_of_Folly_%28Extraction_of_the_Stone_of_Madness%29_-_WGA2495.jpg
- (6) Francisco de Goya. Goya asistido por el doctor Arrieta, 1820
<http://www.wikiart.org/en/francisco-goya/goya-attended-by-doctor-arrieta-1820>
<http://www.the-athenaeum.org/art/detail.php?ID=30233>
- (7) Vincent Van Gogh. Ventana del estudio de Vincent en el hospital, 1887
<http://www.wikiart.org/en/vincent-van-gogh/window-of-vincent-s-studio-at-the-asylum-1889>
- (8) Vincent Van Gogh. Patio del hospital de Arles, 1889
<http://www.wikiart.org/en/vincent-van-gogh/the-courtyard-of-the-hospital-in-arles-1889>
- (9) Pierre Andre Brouillet. Una lección clínica en la Salpêtrière (Dr Charcot), 1887
upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/6/67/Une_leçon_clinique_à_la_Salpêtrière.jpg/1024px-Une_leçon_clinique_à_la_Salpêtrière.jpg
- (10) Pablo Ruiz Picasso. Ciencia y caridad, 1897
<http://www.wikiart.org/en/pablo-picasso/science-and-charity-1897>
- (11) Edvard Munch. El grito, 1893
<http://www.wikiart.org/en/edvard-munch/the-scream-1893>
- (12) Roy Lichtenstein. Alka-seltzer, 1966
<http://www.wikiart.org/en/roy-lichtenstein/alka-seltzer-1966>
- (13) Andy Warhol. Before and after, 1961
http://www.moma.org/collection/object.php?object_id=78921
- (14) Edward Ruscha. Safe and Effective Medication, 2001
<http://www.walkerart.org/collections/artworks/safe-and-effective-medication>

- (15) Richard Hamilton. The critic laughs, 1968. http://www.moma.org/collection/browse_results.php?criteria=0%3AAD%3AE%3A2481&page_number=19&template_id=1&sort_order=1
<https://www.youtube.com/watch?v=cze6swH0QhY>
- (16) Jasper Johns. The critic smiles, 1959, 1966
http://41.media.tumblr.com/tumblr_lq3m36LCd41qghk7bo1_1280.jpg
<http://www.sfmoma.org/explore/collection/artwork/4744>
<http://www.beachpackagingdesign.com/wp/wp-content/uploads/boxvox/6a00e54f0014bd88340120a9377add970b.jpg>
- (17) Richard Hamilton. Treatment room, 1984
<http://www.wikiart.org/en/richard-hamilton/treatment-room-1984>
https://c2.staticflickr.com/8/7455/12995235963_ed35ab4a5d_z.jpg
- (18) Parr M, Badger G. The Photobook: A History Volume III. Pahidon 2014.
<http://www.amazon.com/The-Photobook-History-Volume-III/dp/0714866776>
- (19) Cindy Sherman. Untitled (*Doctor and Nurse*), 1980
http://www.contemporaryartdaily.com/wp-content/uploads/2013/12/AS_Macho_Man_45.jpg
- (20) Wang Qingsong. Temporary ward, 2008
http://www.wangqingsong.com/images/stories/photography/2008/temporary_ward.jpg
- (21) Jeff Wall. *Adrian Walker, artist, drawing from a specimen in a laboratory in the Department of Anatomy at the University of British Columbia*, Vancouver, 1992
https://www.moma.org/interactives/exhibitions/2007/jeffwall/library/12_Adrian_gr.jpg
- (22) <https://www.museodelprado.es/exposiciones/info/en-el-museo/chardin/presentacion-multimedia/>
- (23) Dan Graham. Clinic for a Suburban Site, 1979.
http://archive.renaissancesociety.org/site/files/media/4834/1981_graham_19_b.jpg
- (24) Sol Lewitt. Wall Drawing #972
<http://medaesthetics.files.wordpress.com/2013/12/picture-101.png>
- (25) <http://www.rxart.net/projects>
- (26) Jeff Koons. *Monkeys & Balloon Dog*, 2010
http://rxartbuild.vaesite.net/__data/a4ba06d3adc5daa494fa4074862c0174.jpg
- (27) Marina Abramovic. Ritmo 2, 1974
<http://mikipedia.net/?p=4333>
- (28) Hannah Wilke. *Intra-Venus*, 1992
<http://www.feldmangallery.com/pages/exhsolo/exhwil94.html>
<http://hyperbate.fr/mort/files/2014/09/hannah-wilke-intra-venus-series.jpg>
- (29) https://www.visualaids.org/artists/view_count_one
- (30) <http://www.artaids.com/gallery/>
- (31) Nan Goldin. *Gotscho Kissing Gilles (Deceased)*, 1993
<http://artwlove.com/artwork/-id/f9dbd05b>
- (32) Nan Goldin. *Gilles' arm*, 1993
<http://realms-production.s3.amazonaws.com/media/3/2013/02/20130213-102028.jpg>
- (33) Keith Haring. *Fight AIDS worldwide*, 1990
<http://www.wikiart.org/en/keith-haring/fight-aids-worldwide-1990>
 Keith Haring. *Ignorance=Fear, Silence=Death*, 19899
<https://visualaids.s3.amazonaws.com/6729/keithharing.jpg>
- (34) Pepe Espaliú. *Carrying*, 1992-3
http://www.artaids.com/galleryview/?meta_id=8112
http://www.museoreinasofia.es/sites/default/files/descargas/pepe_espaliu-carrying_xi_0.jpg
<http://www.museoreinasofia.es/coleccion/obra/sin-titulo-358>
- (35) Félix González-Torres. *Sin título*, 1989, 1991
http://www.publicartfund.org/view/exhibitions/5946_untilted_billboard_poster
http://www.moma.org/collection/object.php?object_id=80932
- (36) Joseph Beuys. *Buttocklifting*, 1974
<http://media.walkerart.org/10141480.jpg>
- (37) Joseph Beuys. *Axel Hinrich Murken. Joseph Beuys and die Medizin*, 1979
<http://www.tate.org.uk/art/artworks/beuys-axel-hinrich-murken-joseph-beuys-and-die-medizin-ar00780>
- (38) Wolf G. "Show Your Wound" *Medicine and the Work of Joseph Beuys. Ann Intern Med.* 2000;133(11):927-931. <http://annals.org/article.aspx?articleid=714051>
- (39) Joseph Beuys. *Auxiliar sanitario (Gesundheitsshelfer)*, 1979
<http://www.artnet.com/WebServices/images/I1008011ldknnEFgPNECfDrCWvaHB0cbyC/joseph-beuys-health-helper-gesundheitsshelfer.jpg>
- (40) Joseph Cornell. *Untitled (Pharmacy)*, 1943 <http://www.artchive.com/artchive/C/cornell/pharmacy.jpg.html>
<http://www.christies.com/lotfinder/sculptures-statues-figures/joseph-cornell-pharmacy-5147472-details.aspx>
- (41) <http://www.planetadelibros.com/el-tiburon-de-12-millones-dolares-libro-14450.html>
- (42) Damien Hirst. *Medicine cabinets*, 1992
http://www.damienhirst.com/artworks/catalogue?title_description=cabinets
- (43) Damien Hirst. *The Blood of Christ (from Pill Cabinets)* 2005
<http://www.damienhirst.com/the-blood-of-christ>
- (44) Damien Hirst. *The Last Supper*, 1999
<http://www.damienhirst.com/artworks/catalogue?category=34>

VISITA EL BLOG DE GCS
<http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>
 GCS EN LA RED
<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

El libro soñado, o Querer ser otro

Manuel Arranz

Fernando Pessoa

Libro del desasosiego. Edición de Jerónimo Pizarro, traducción de Antonio Sáez Delgado. Valencia, Pre-Textos, 2014

“Una frase honrada debe poder tener siempre varios sentidos”.

“Hombre de ideales que soy, ¿quién sabe si mi mayor aspiración no será realmente más que estar sentado a la mesa de este café?”

El *Libro del desasosiego*, “libro azaroso y meditado”, ha conocido desde su primera edición en 1982 (libro póstumo por tanto), edición que traduciría Ángel Crespo en 1984 dándolo a conocer a los lectores españoles, varias ediciones más, todas ellas con algunas diferencias respecto a la anterior, diferencias más o menos significativas, y casi todas ellas también bastante serias y rigurosas, entre otras cosas porque el Libro del desasosiego, “ese libro suave”, es un libro que exige un trabajo editorial serio y riguroso, además de arduo, para ser llevado a cabo con algunas garantías. Ésta última que reseñamos aquí, impecablemente traducida por Antonio Sáez Delgado, y que publica la editorial Pre-Textos en una bella edición, como es norma de la casa, no es sin embargo una edición más. Se trata de la edición de Jerónimo Pizarro, un prestigioso estudioso de la obra de Pessoa, que participa en el ambicioso y titánico proyecto de edición crítica de toda la obra pessoana. Una edición que contiene notables diferencias con las anteriores, ya que Pizarro ha procedido a una datación y una ordenación cronológica más plausible de todos los fragmentos que componen el libro (1) la datación de los fragmentos le ha permitido además dividir el libro en dos fases (no partes), la primera con los fragmentos de 1913-1920, y la segunda con los de 1929-1934 (Pessoa murió en 1935), cada una de ellas atribuida a un heterónimo, Vicente Guedes en la primera, y Bernardo Soares en la segunda. Esta datación de los fragmentos, y su subsiguiente ordenación cronológica, se nos antoja decisiva, pues hay en el Libro del desasosiego, “esa autobiografía sin vida”, una progresión indudable, un lento y pausado ahondar tanto en los sentimientos y sensaciones del autor como en la prosa que los describe o transcribe.

Libro plural, polifónico, amalgama de géneros y estilos, libro escrito a retazos, inacabado, inconcluso, inclasificable, tal vez la mejor y más acabada expresión del Libro único e imposible por el que abogaba Mallarmé, el *Libro del desasosiego*, “ese barco a la deriva”, puede ser muchas cosas a la vez y ninguna de ellas. Sus fragmentos, más que materiales de un libro que Pessoa no llegaría a escribir estrictamente hablando, parecen en ocasiones materiales, desprendidos, dispersos, de otros libros. Sin embargo, el *Libro del desasosiego*, “ese libro absurdo”, es, o ha llegado a ser finalmente, una de las obras más representativas y concluyentes del siglo XX. El libro fue creciendo a lo largo de los años, como por esporas, sin una dirección fija, sin un horizonte visible, sin un fin determinable, y pronto acabó convirtiéndose en una especie de selva de palabras, ingobernable hasta para su propio autor. Una obra imperfecta, irrealizable, inconclusa, inacabada e inacabable, una obra que es la negación de la obra, una obra inútil, sin ningún fin ni ningún principio, una obra que no termina nunca porque no ha empezado nunca. “¿Por qué escribo este li-

bro?”, se pregunta Pessoa, “Porque lo reconozco imperfecto”, responde, y añade: “para mentirme a mí mismo, para traicionar mi propia teoría”. Desperdicios. Intervalos. ¿Dónde reside la belleza de las ruinas? En que no sirven para nada. El *Libro del desasosiego*, “este libro de impresiones”, contiene pasajes, frases, sentencias, morales y amorales, que hacen enmudecer cualquier conciencia, vacilar cualquier corazón, dudar a cualquier inteligencia.

Tal vez el desasosiego que nos produce la lectura del *Libro del desasosiego*, “ese libro inútil”, se deba a que no es un libro real, sino un libro soñado, o incluso el sueño de un libro. Pessoa, que se preguntaba si de verdad vivimos, que decía haberse equivocado en la vida desde el principio, que se aburría hasta de sí mismo (¿pero son ciertas estas afirmaciones, quieren decir lo que aparentan querer decir, lo que dicen?), Pessoa soñó en cambio su vida, y al soñarla, en cierto modo la rescató de la nada, a la que sin embargo aspiraba, y la vivió a su pesar. O mejor aún, su vida le vivió a él. Pessoa, un soñador sin sueños, reflexiona sobre el libro que no está escribiendo, pero que no puede dejar de escribir, y reflexiona al mismo tiempo sobre su vida, sobre la insatisfacción, el tedio, el hastío de vivir. “He presenciado, sin saberlo, el desfallecimiento gradual de mi vida a la lenta zozobra de todo cuanto he querido ser”. La reflexión sobre la vida y la reflexión sobre el libro es la misma reflexión. En su caso, como en algunos casos más en la historia de la literatura (Amiel, al que cita en su libro, es quizá el más representativo de todos), vida y libro son una misma y única cosa para su autor. “Soy, en gran medida, la misma prosa que escribo”.

Pessoa tiene el alma de un romántico y la mente de un clásico. Sus prosas, sus fragmentos, sus descripciones y sus sensaciones son las de un romántico que se reconoce como tal insatisfecho, insatisfecho incluso con su propia insatisfacción. Vivir, nos dice Pessoa, es olvidarse de vivir. Si pensamos en vivir no vivimos. “No saber de uno mismo es vivir. Saber poco de uno mismo es pensar”. La indiferencia, que Pessoa confiesa una y otra vez hacia todas las cosas, hacia todos los acontecimientos, hacia todas las personas, es el resultado de la decepción, del cansancio, del hastío. Pessoa no creía en el amor, “quien da amor pierde amor”, “no amemos ni siquiera con el pensamiento”. Concebía cualquier relación como un inevitable equívoco, y el conocimiento del otro, además de improbable, como un insuperable obstáculo para llegar a amarle. Uno de los autores más fecundos que han existido hace un vivo elogio de la esterilidad, “sólo la esterilidad es noble y digna”, del silencio y de la ausencia, del sueño, de la indiferencia. “Es noble ser tímido, ilustre no saber hacer nada, grande no tener habilidad para vivir”. “Sólo la infelicidad eleva”. Hay hombres que saben convertir sus derrotas en victorias. ¿Fue Pessoa uno de esos hombres? Leyendo

(1) Jerónimo Pizarro explica detallada y prolijamente todos los motivos por los que el texto de Pessoa exigía a su juicio una revisión en profundidad, en su libro, *Alias Pessoa* (Pre-Textos, 2013).

algunos pasajes del *Libro del desasosiego*, “este diario mío”, este libro sin argumento, estamos tentados a creerlo. Aunque también lo contrario. Pessoa supo convertir sus victorias en derrotas.

Cuando hablamos de contradicciones, aparentes o no tan aparentes, casi siempre estamos dando a entender que una síntesis superior, no necesariamente lógica, las resuelve. Es como si no pudiéramos reconocer que somos seres contradictorios, que nuestras contradicciones son reales, que un día hacemos una cosa y al siguiente la contraria, decimos una cosa y la contraria, y que en ambos casos obramos de buena fe, en ambos casos somos sinceros. “Sólo no hay sombra cuando todo es sombra”, escribe Pessoa. También: “Este libro es un solo estado de alma analizado desde todos los lados, recorrido en todas direcciones”, y algo más adelante: “Quiero que la lectura de este libro deje la impresión de haber atravesado una pesadilla voluptuosa”.

Pessoa añora su infancia, no por idílica sino por inocente, añora sus juguetes infantiles, añora los paisajes de la infancia, que son paisajes soñados, añora también lo que no fue, lo que no era, lo que no sería nunca, no como quien añora el ser, sino como quien añora el no ser. No ser nada fue su máxima aspiración. “¡Ah, no hay nostalgia más dolorosa que la de las cosas que nunca han sucedido!”. Tal vez por eso creó los heterónimos. Para perderse en una multitud de identidades, ficticias, soñadas, contradictorias. Pessoa, un hombre sin convicciones, un hombre incompetente para la vida, un tímido, un fracasado, un soñador, o que al menos confiesa ser todas esas cosas y está orgulloso de serlas. “Mi vida es absolutamente fútil y absolutamente triste”. En un fragmento de 1916 (123) titulado expresivamente *Diario lúcido*, escribe esta terrible frase: “Es necesaria cierta valentía intelectual para que un individuo reconozca abiertamente que no es más que una piltrafa humana”. Y más adelante: “si un día amase, no sería amado”.

El *Libro del desasosiego*, “ese libro estúpido”, no es un libro para leer de un tirón. Pero tampoco un libro de cabecera, pues fácilmente puede quitarle a uno el sueño para siempre. Un libro más bien para digerir lentamente, degustar a pequeños sorbos, y un libro para subrayar profusamente. ¿Un libro moral? Sin duda, pero moral a contracorriente. Y un li-

bro desasosegante, “No hay sosiego y ¡ay de mí!, ni siquiera el deseo de tenerlo...”, pero también un libro lúcido como pocos sobre la condición del hombre moderno. El *Libro del desasosiego*, “ese caleidoscopio de secuencias fragmentadas”, nos seduce porque a pesar de su aparente pesimismo, pesimismo contra el que Pessoa nos advierte en varias ocasiones, es un libro en el que reconocemos, o descubrimos, o percibimos, cosas de nosotros mismos, no necesariamente pensamientos, los pensamientos son raros, no necesariamente ideas, las ideas son escasas, sino más bien temores, comportamientos, fingimientos, que creíamos exclusivos nuestros. No lo son. No hay nada exclusivo. Todos nos parecemos. Y nadie es como imagina ser. “En los mejores de nosotros habita la vanidad de cualquier cosa, y hay un error cuya perspectiva desconocemos”. Y un poco más adelante: “Cada uno tiene su vanidad, y la vanidad de cada uno es olvidar que hay otros con un alma igual”. También: “Tu vida es la de los otros”.

Pessoa fue un hombre más dado a los vicios de la inteligencia que a las virtudes del corazón, de las que confesaba abominar, “no tengo fe en nada, esperanza en nada, caridad para nada”. Un hombre que amaba con la mente y pensaba con el corazón. Un hombre que escribió: “no sé si soy feliz o infeliz, ni me importa”. Un hombre de imaginación que se imaginaba ser el personaje de una novela nunca escrita, “me he convertido en una figura de libro, en una vida leída”, un viajero que nunca salió de su oficina, “¡que viajen los que no existen!”, un amante que nunca amó a una mujer, “La mujer: una buena fuente de sueños. Nunca la toques”. En las últimas anotaciones, el otoño, las hojas secas, los paseos solitarios y la lluvia que cae monótonamente se repiten de forma obsesiva. “Era –creo– el final de un día, o de cualquier día, o tal vez de todos los días, en un otoño todos los otoños”. El alma de quien escribe se viste de los colores del otoño que la inunda. Todo lo que soy es lo que no he sido. Todo lo que tengo es lo que no he tenido nunca. Todas mis batallas terminan en derrotas.

“Te ofrezco este libro porque sé que es bello e inútil. No enseña nada, no hace creer en nada, no hace sentir nada”.

“Ceniza que el viento esparce”.

VISITA EL BLOG DE GCS

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

GCS EN LA RED

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

Información para los lectores

Responsable Editorial

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

Publicidad

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

Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez
Paz Talens

Suscripción anual

Normal: 40 Euros
Números sueltos: 15 Euros

Números deteriorados y pérdidas

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

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

Defensor del lector

Salvador Peiró
iiss_mr@arrakis.es

Protección de datos personales

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

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

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

Objetivos

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

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

ORDEN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

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

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

FORMA DE PAGO

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

- 40 Euros
 Adjunto orden de domiciliación bancaria.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR

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

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

Fecha y firma

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

c/ San Vicente, 112-3ª 46007 Valencia

Tel.: 609 15 33 18 e-mail: iiss_mr@arrakis.es