

Editoriales	
Crisis económica, regresión de rentas, desigualdades en salud	43
Sobrediagnóstico: una sinécdoque y algo más. La epidemia de sobrediagnósticos	45
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Cirugía segura: evaluación de la puesta en práctica del listado de verificación de la OMS en Francia	50
Más interrogantes que certezas con la telemedicina. En algunas patologías crónicas no demuestra mejorar la calidad de vida ni aspectos psicológicos importantes para los pacientes	51
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Suplementación con Calcio y vitamina D para la prevención de caídas en adultos sanos. Se confirma lo esperado	52
Esperando al Registro Nacional de Implantes	53
Modos de ver	
La sobreutilización en los servicios sanitarios disminuye la calidad y la eficiencia en costes	54
Es la guerra, ¡más madera!: la sub-utilización de consultas apropiadas mejora en una década, pero la sobre-utilización casi nada...	55
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Propuestas que funcionan para cambiar la cultura de seguridad en los hospitales	56
La sensibilidad y la especificidad de las pruebas diagnósticas pueden modificarse con las variaciones en la prevalencia de la enfermedad	57
Evaluación económica, eficiencia, costes	
ACB vs. ACU en programas de seguridad vial: diferentes métodos, diferentes recomendaciones	58
Los costes evitables no nacen, se hacen. O de cómo abordar eficientemente el manejo de la cronicidad	59
Utilización de servicios sanitarios	
Diferencias en el control de la diabetes entre aborígenes e inmigrantes	60
Controlar el “sesgo de intensidad de observación” y los problemas de recurrencia al evaluar los resultados de la asistencia sanitaria	61
Los ricos visitan más al especialista pero esperan menos. Evidencias en España	62
Gestión: instrumentos y métodos	
El pay-for-performance no ha contribuido a la mejora del control de la presión arterial en el Reino Unido	63
Informar sobre los costes y la radiación de las pruebas de imagen importa. Y también el orden en que se informa	64
De sueños, también se vive: conocer, evaluar y coordinar prácticas de atención sanitaria y social para evitar cuidados inadecuados	65
Política sanitaria	
Privatización de la provisión asistencial y mortalidad evitable. Una perspectiva a partir de la experiencia italiana	66
Magallanes mantiene la flota unida y cada hospital aguanta su vela	67
Políticas de salud y salud pública	
Un éxito de la salud pública, y por tanto, de todos	68
La contribución a la salud pública de la obligatoriedad del uso del casco por los ciclistas	69
La percepción de inseguridad laboral es un (moderado) factor de riesgo de enfermedad coronaria	70
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
¿Qué dijo el doctor? El recuerdo de instrucciones médicas	71
La percepción de los pacientes de su seguridad: más allá del no sabe/no contesta	72
El resto es literatura	
Simenon	73

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 Gonzalez López-Valcarcel (Las Palmas)
Ildefonso Hernández (Alicante)
Albert Jovell (Barcelona)
Jaime Latour (Alacant)
Felix Lobo Aleu (Madrid)
José J. Martín Martín (Granada)
Salvador Peiró (València)
Jaume Puig i Junoy (Barcelona)
Laura Pellisé (Barcelona)
María José Rabanaque (Zaragoza)
José Ramón Repullo (Madrid)
Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)
Rosa Urbanos Garrido (Madrid)

Consejo editorial

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 Bolivar (Barcelona)
Francisco Bolumar (Alcalá)
Eduardo Briones (Sevilla)
Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
Juan Cabasés Hita (Pamplona)
Jesús Caramés (Santiago)
David Casado Marín (Barcelona)
Carlos Campillo (Mallorca)
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 Regás (Barcelona)
Jokin de Irala Estevez (Pamplona)

Puerto López del Amo (Granada)
Guillem López i Casanovas (Barcelona)
Susana Lorenzo (Madrid)
Manuel Marín Gómez (València)
Javier Marión (Zaragoza)
Juan Antonio Marqués (Alicante)
José Joaquín Mira (Alacant)
Pere Monrás (Barcelona)
Jaume Monteis (Barcelona)
Carles Murillo (Barcelona)
Juan Oliva (Madrid)
Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
Olga Pané (Barcelona)
Pedro Parra (Murcia)
Josep Manel Pomar (Mallorca)
Eduard Portella (Barcelona)
Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
Octavi Quintana (Bruselas)
Enrique Regidor (Madrid)
Marisol Rodríguez (Barcelona)
Pere Roura (Barcelona)
Montse Rué (Cambridge, EE.UU.)
Ramón Sabés Figuera (Sevilla)
Ana Sainz (Madrid)
Pedro Saturno (Murcia)
Pedro Serrano (Las Palmas)
Serapio Severiano (Madrid)
Ramón Sopena (València)
Bernardo Valdivieso (València)
Juan Ventura (Asturias)
Albert Verdagué 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 Services Research
International Journal on Quality in Health Care
Joint Commission Journal on Quality Improvement
Journal of American Medical Association (JAMA)
Journal of Clinical Epidemiology
Journal of Clinical Governance
Journal of Epidemiology & Community Health
Journal of General Internal Medicine
Journal of Health Economics
Journal of Public Health Medicine
Health Expectations
Lancet
Medical Care
Medical Care Review

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

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud.

GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

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

Crisis económica, regresión de renta, desigualdades en salud

Guillem López i Casasnovas

Universitat Pompeu Fabra

En la medida en que continúa la crisis económica, son muchas las voces, aunque menos los análisis, que alertan de la concatenación que se estaría produciendo entre pérdida de renta, desigualdades socioeconómicas y su impacto sobre la salud.

Me permito en este artículo una reflexión sobre las cuestiones vinculadas a dicha secuencia. Lo hago desde el poso propio de conocimiento de la literatura y de la evidencia que he podido derivar de mi participación durante dos años como *senior advisor* en la Comisión de la OMS sobre Desigualdades en Salud (conocida también como Comisión Marmott). No haré en este trabajo referencia bibliográfica alguna, habida cuenta de que mi opinión resulta de múltiples lecturas, debates y análisis de estudios empíricos que no creo puedan recogerse en una selección que haga justicia al aprendizaje experimentado y sea fiel reflejo para el lector de las bases de dicha enseñanza.

El mensaje principal que querría dar en estas observaciones es (i) que la evidencia de la relación entre crisis y desigualdades en salud es elusiva, aunque probable, y que los mecanismos de salvaguarda de daños de la crisis sobre la salud no tiene contrafactuales ajustados claros para la acción de la política sanitaria, y (ii) que en cualquier caso nuestro sistema de salud, anquilosado en sus inercias, no parece responder hoy con cambios en sus dispositivos, orientados a enfrentarse a la parte del problema que se pueda considerar prevenible.

Una secuencia de concatenación elusiva

La literatura disponible acerca de cómo las crisis económicas afectan la salud de las poblaciones es dicotómica. Algunos autores argumentan los efectos de la crisis en positivo (experiencias EE.UU. básicamente) y otros en negativo (caso de la descomposición de las repúblicas soviéticas), y, entremedio, las que detectan un factor negativo neutralizado por las redes del estado de bienestar (Finlandia como ejemplo). De todo ello hay un número prolijo de aportaciones. De la supuesta experiencia americana, se cuenta que la crisis y el aumento del paro reducen el estrés poblacional, reduce los costes de oportunidad de algunos comportamientos saludables (ejercicio, control dietético) y aumenta los de los insanos (tabaco y alcohol ante una disminución de la renta). De todas estas hipótesis se me ocurren sin embargo concatenaciones inversas, en sentido contrario; pero claro está, la parte empírica es decisiva. Del caso soviético, tan penoso, son precisamente los consumos nocivos los que se asocian a la crisis, con efectos graves sobre la morbi mortalidad de la población. Pero la sospecha de que podría haber habido un cambio en las estadísticas que se hayan dejado de manipular con la Perestroika, puede ofrecer también una explicación plausi-

ble. En todo caso, tampoco parece razonable considerar, como resultado de la evidencia soviética, que la situación dictatorial anterior era 'mejor' habida cuenta de los efectos de la apertura de la economía y posterior crisis económica ha tenido para la salud poblacional. Además, los factores explicativos podrían no deberse tanto a la desigualdad de la renta (fenómeno más fácilmente cuantificable) como a la corrupción y a la ausencia de capital social, falta intrínsecos a los años de regímenes comunistas autoritarios. Ya sabemos que en general cuanto más abierta una economía, más desigualdad conjugada al mayor crecimiento; cuanto más abiertas las fronteras a la inmigración, más desigualdad social, aunque para los inmigrantes, el 'voto con los pies' es síntoma inequívoco de mejora. Y a sensu contrario, economías cerradas y con telón de acero hacen sociedades más iguales, más pobremente iguales.

Finalmente, el análisis finlandés (y en menor grado el sueco de los noventa) no tiene contrafactual: la crisis no tuvo incidencia en la salud de la población, pero la contribución del estado de bienestar no permite obviamente ser valorado respecto de lo que hubiera acontecido en su ausencia. Un experimento que ciertamente nadie creo estaría interesado en sufrir en propias carnes.

Por lo demás, las valoraciones empíricas tienen una validez limitada; limitada (i) al período observado, sin clara capacidad extrapolativa (ii) al país en cuestión, su cultura, la idiosincrasia de su gente, la naturaleza del sistema de protección social, o a los efectos composición de lo individual a lo comunitario; (iii) al funcionamiento efectivo del dispositivo asistencial y de sus instituciones en la práctica: así en contextos de flexiseguridad o de mercados de trabajo rígidos; a igual cifra de desempleo, en la combinación de parados de larga duración (desánimo y cronicidad acelerada en el tiempo) que de jóvenes 'ni nis' (efectos previsiblemente a más largo plazo); a igual estoc de parados, entre entrantes y salientes por grupos de edad (es sabido que para los mayores, la incidencia marginal de las desigualdades económicas respecto de las desigualdades en salud dentro de su cohorte es menor que en el grupo de jóvenes); según el acompañamiento de política social que proceda, ya sea pasiva (welfare), o activa -vía mercado de trabajo (workfare), etc. Esta es una observación general para distintos análisis de política sanitaria que no permite extrapolación fácil: así cuando algunos utilizan resultados de otros países, por ejemplo en elasticidades precio ante copagos, haciendo caso omiso de la etapa nalizada, el país en cuestión, su dispositivo asistencial, sus interdependencias y filtros (copagos en un ámbito y no en otro); el tipo de copagos (un fijo, un porcentaje, con o sin deducible, con o sin techos), establecido donde no lo había o aumentado donde ya existía, sobre la base de un mayor desembolso o de un menor reembolso, vinculado o no a la renta, etc.

¿Qué sentido tiene pues utilizar elasticidades del proyecto de la RAND para los setenta en EE.UU. a conveniencia (son múltiples y distintos sus resultados por colectivos en tipos de utilización y con distintos grados de efectividad) para aplicarlos para el caso español? ¿Qué lógica tiene considerar quintiles de renta para medir la desigualdad en su incidencia sobre la salud desde una perspectiva temporal por parte de aquellos mismos que critican la renta como medida del bienestar, ignorando así el acceso de todas las decilas a mayores y mejores bienes de capital y beneficios en especie públicos y privados, colaterales a la consecución de renta en un momento dado? ¿Qué esfuerzo se observa en el análisis de aquellos estudiosos para neutralizar las diferencias de salud que se derivan del simple cambio demográfico?: nuestros mayores, aún con una desigualdad socioeconómica más elevada, al acumularse en el tiempo, son 'más iguales' en su peor salud que los jóvenes; sanos en su estoc inicial, sean las que sean sus diferencias socioeconómicas. ¿O por diferencias en morbi-mortalidad por acceso a tecnologías tan dispares como socialmente aceptadas (cuidado de prematuros, de terminales), o de comportamientos que priorizan en el bienestar individual, si responsablemente, consumos nocivos (más allá de un cierto paternalismo en libertad 'cada uno se suicida como quiere', con tabaco, exceso de ingesta calórica, etc.)? ¿Qué parte de no corrección de aquella morbi mortalidad, más allá de la educación para la salud, es imputable a un sistema sanitario o de protección social que se pueda considerar más efectivo?

En resumen, la concatenación entre crisis económica, desigualdades en renta y en salud no tiene bases empíricas robustas, a menudo ni en las estimaciones económicas originarias, y en muy pocos casos permite extrapolaciones de resultados fuera de tiempo y lugar. Es por ello campo abonado pre-juicios políticos en el que muchos analistas de política sanitaria rayan el ridículo, al imponer conjeturas y predicciones, ante la comunidad académica.

Del Diagnóstico a la Prognosis

Aún con tan escasa evidencia que sea replicable *urbi et orbe*, dado su carácter más elusivo en causalidades que en su más que probable correlación, conviene interrogarnos de cuál es, o puede ser, la respuesta de los dispositivos asistenciales a los problemas que se puedan estar larvando, y así detectar con la crisis y su permanencia. Ciertamente los efectos si se producen, pueden visualizarse más en el largo que en el corto plazo, aún sin desconocer que suicidios y depresiones agudas juegan su papel en el corto plazo y con mucha dureza. Sin duda sin embargo, a nivel agregado la crisis puede mostrar su peor cara en la aceleración de procesos de cronicidad, no tanto en el momento de paro o de pérdida de renta como en la de consumo, desahorro o pérdida patrimonial; no en el paro sino en la pérdida del subsidio, y vista la duración del desempleo

con o sin red familiar, con o sin cargas o responsabilidades frente a terceros.

Aceptando por tanto que la crisis trastoca el statu quo familiar y personal de los ciudadanos, emergiendo problemas actuales de salud o encubriendo nuevos problemas a futuro, la pregunta relevante es la de si los sistemas de protección social están teniendo la orientación y respuestas apropiadas a las nuevas situaciones. Frente a ello, un sistema que algunos analistas valoran por su consolidación es a menudo un sistema fácilmente anquilosado que se mueve por inercias. Un sistema de protección social fragmentado, en el que importa más quién y en qué se gasta, más que para qué y cómo se gasta, no parece ser adecuado para afrontar nuevos retos. Acabar con los silos departamentales de nuestra administración obligaría a una mayor coordinación entre las políticas de welfare (convenidas al 'no trabajo') con las de workfare (precisamente condicionando la ayuda al trabajo). La prevención de las situaciones por las que los condicionantes socioeconómicos pueden impactar en la salud se debiera de buscar en la ubicación del nicho que causa el problema: si el paro, en los condicionamientos al recibir las ayudas, o en los propios cursos de formación de parados. ¿Existen módulos acaso de naturaleza sanitaria o de protección de la salud en dicha formación? ¿Se explica al parado, la relevancia de las comparativas?: caminando, sin costes de oportunidad elevados, respecto de otras formas de transporte público, en cuanto a diferenciales de tiempo -no de tiempos totales-, de costes monetarios y de beneficios en salud derivados del simple hecho de andar. ¿Se expresa la prevención mayormente en los crónicos que en las poblaciones asintomáticas? ¿Responde la oferta asistencial haciendo más de lo mismo o cambiando la composición de lo que se hace? ¿Existe efectivamente con la crisis más atención a la salud mental del parado de larga duración y menos a revisiones de poblaciones sanas? ¿Se educa al parado para que sepa sacar máximo provecho de su renta, a través de consumos más austeros, más ricos en nutrientes e igualmente complacientes?: ¿así, en el valor nutritivo de algunos desechos por hábito no consumidos (la piel de una patata limpia, ingredientes de temporada, la fruta en caducidad) y de aprovechamientos alimenticios conocidos de etapas más frugales.

Nada apunta a que ello sea objeto de preocupación de nuestras políticas, más centradas en la defensa del estado de cosas que en su evaluación o experimentación de nuevas estrategias. Los argumentos asociados a la amenaza de la crisis sobre la salud se utilizan a menudo como argumento de escape de la consolidación fiscal. Austeridad sí, pero para otros menos capaces de hacer emerger sus peligros. 'Luchemos por nuestros derechos' rezan hoy muchas pancartas de reivindicación de nuestros centros sanitarios. 'Nuestros', ¿de quienes? ¿Luchar por derechos impermeabiliza acaso de responder por los deberes incumplidos? ¿Con muchos de los anteriores argumentos, se están confundiendo, una vez más, los intereses de los trabajadores del estado de bienestar con el bienestar de los trabajadores del estado?

Sobrediagnóstico: una sinécdoque y algo más. La epidemia de sobrediagnósticos

Andreu Segura

Sobrediagnóstico es un neologismo no aceptado aun en nuestros diccionarios por lo que unas consideraciones semánticas que seguirán a esta breve introducción tal vez resulten convenientes. Aunque acostumbra a utilizarse en el ámbito de la prevención secundaria y la detección precoz de enfermedades al detectar un verdadero positivo clínicamente irrelevante, se emplea también en otras situaciones que han transformado el paradigma tradicional de enfermedad, como las llamadas enfermedades silenciosas, los factores de riesgo percibidos como patologías, hallazgos inesperados y tal vez irrelevantes y hasta las distorsiones y exageraciones más o menos interesadas de algunas características personales. Todo lo cual conduce a una medicalización excesiva e inapropiada cuyas peores consecuencias probablemente no sean el despilfarro y la ineficiencia sino su contribución al incremento de la iatrogenia, convertida ya en problema mayor de salud pública en la mayoría de países ricos.

Aunque cada vez se oyen más voces que alertan y denuncian los peligros del sobrediagnóstico –mientras se escribe este texto se está celebrando en el Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice la primera conferencia para la prevención de este problema sanitario y social– la tendencia del consumo sanitario inapropiado no parece reducirse ni siquiera en estos turbulentos momentos de crisis.

Consideraciones semánticas; conceptos y definiciones

La preposición sobre indica posición, encima de, y puede usarse como prefijo; por ejemplo en sobreático. Pero también puede significar más, como ocurre con sobreprecio que, según el diccionario, sería un recargo en el precio ordinario, o incluso peligro o daño como en sobredosis y hasta más allá de, como en sobreentendido.

De hecho, el lenguaje está plagado de sobrentendidos y, como nos recordaba Umberto Eco (1), para entendernos a menudo es necesario renunciar a una absoluta precisión. Demasiado preciso sería una exageración casi paradójica, y, en parte al menos, eso es lo que sucede con sobrediagnóstico, que no sólo significa que más no es mejor, como en muchas intervenciones sanitarias, sino inadecuado, pero no porque sea explícitamente erróneo sino más bien por inapropiado.

Históricamente, la exploración y la anamnesis han pretendido detectar y reconocer la(s) enfermedad(es) que afectan a los pacientes, para corresponder con el tratamiento oportuno y anticipar la previsión más probable; sin embargo, el sobrediagnóstico aboca a una intervención profiláctica o terapéutica innecesaria. Porque el propósito práctico del diagnóstico, en el contexto de curar, o al menos de aliviar disfunciones o sufrimientos, viene distorsionado al identificar una parte –sea una alteración celular por ejemplo– con el todo: la enfermedad que se intenta prevenir.

Los paradigmas de la enfermedad y los fines de la medicina

Durante siglos estar enfermo ha sido –si prescindimos de anomalías morfológicas o culturales en el sentido estadístico– padecer alguna limitación o malestar, supuestamente generada por alguna alteración de la estructura o del funcionamiento del organismo. Pero, como señalaba hace medio siglo Aldous Huxley, “la medicina ha avanzado tanto que es prácticamente imposible encontrar a alguien totalmente sano” (2), equivalente al viejo aforismo que circulaba en las facultades de medicina tiempo ha y que inspiró a Farigoule su doctor Knock: “sano es alguien insuficientemente diagnosticado” (3).

La medicina ha ido ampliando cada vez más su campo de actuación en un proceso de ocupación de la vida cotidiana que junto a obvios beneficios, como la reducción de la mortalidad materna y buena parte de la mortalidad perinatal, ha generado también nuevos problemas. Entre los cuales se pueden considerar algunos ejemplos ilustrativos.

En primer lugar aquellos que tienen que ver con la distorsión del significado de los hallazgos en las exploraciones, cuya capacidad de detección es ahora mucho más sensible que cuando fueron descritas y definidas las enfermedades correspondientes. La letalidad por embolismo pulmonar ha disminuido espectacularmente sin que se haya introducido innovación terapéutica ninguna que lo justifique por lo que tal benigna evolución se debe muy probablemente al empleo de las nuevas tecnologías de diagnóstico que sí se han producido (4).

La embolia pulmonar puede considerarse pues un modelo de sobrediagnóstico, una identificación real (verdadero positivo) de una condición cuyo significado es muy diferente al que le dábamos anteriormente. Como nos recuerdan Jerome Hoffman y Richele Cooper (5) la mayoría de nosotros aprendimos que una hernia cerebral implicaba una muerte casi segura y ahora resulta que una notable proporción de pacientes a los que se diagnostica una hernia cerebral mediante tomografía computerizada TC de cráneo están despiertos y alerta. ¿Debemos pues prescribir muchos más escaners para detectar hernias “ocultas” en pacientes aparentemente normales? O ¿es que las hernias son mucho menos graves que lo que suponíamos?

Otra fuente de sobrediagnóstico es la equiparación de factores de riesgo a enfermedades. En la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) –y también en muchas estadísticas oficiales de morbilidad– cuando se pregunta a los encuestados si padecen alguna enfermedad crónica se les remite entre otras a la hipertensión arterial o a la hipercolesterolemia. Aunque en la mayoría de ocasiones tales condiciones sean exclusivamente factores de riesgo, que no son más que una característica asociada a una probabilidad más alta de presentar una enfermedad posteriormente. No todas las personas expuestas a los factores de riesgo desarrollan las enfer-

medades asociadas y, lo que es más importante, bastantes de las que no presentan tales factores sí padecen la enfermedad. Así pues, la detección de un factor de riesgo supone una oportunidad preventiva que opera en la población, de forma que allí donde la proporción de hipertensos o de dislipémicos sea elevada habrán más casos de infarto de miocardio o de apoplejía que donde hayan menos hipertensos o hipercolesterolémicos. Pero es posible que muchos hipertensos o dislipémicos no se beneficien particularmente del tratamiento profiláctico e incluso padezcan sus efectos adversos. Como destaca Welch a propósito de un paciente suyo de 82 años cuya tensión sistólica alcanzaba los 160 mm (la diastólica oscilaba entre 70 y 90) y luego de haber presentado un efecto adverso al tratamiento diurético, consideraron que, ya que la esperanza de vida a su edad era de unos siete años y la probabilidad de presentar en cinco años un evento cardiovascular prevenible con el tratamiento de su hipertensión era del 13% y del 18% sin tratarla decidieron no hacerlo (6). De otro lado el crecimiento desorbitado de factores de riesgo, particularmente en el campo de las enfermedades cardiovasculares, pierde cualquier sentido práctico, incluso en el ámbito poblacional (7).

La osteoporosis es otro ejemplo. La definición médica remite a una alteración objetiva de la estructura ósea y a una desmineralización, circunstancias que comportan pérdida de resistencia con el correspondiente riesgo de fractura. La osteoporosis no es, pues, el problema sino parte de las causas. No todas las personas que padecen osteoporosis sufren fracturas óseas. Y muchas que no la presentan sí. Aunque una osteoporosis muy intensa supone una gran fragilidad que puede llevar a la fractura espontánea.

Tan obvio es que la osteoporosis no da señales que muchos médicos la denominan la enfermedad silenciosa. Con ello pretenden alertar a la población para que comprueben si sus huesos están bien o no y en este caso proceder a un tratamiento preventivo de las fracturas. Clínicamente lógico, pero no exento de limitaciones. La primera es que el diagnóstico precoz de la osteoporosis no resulta muy preciso con los instrumentos disponibles. La segunda es que la profilaxis con medicamentos, además de consolidar la percepción de la persona afectada de que padece realmente una enfermedad, implica la exposición a los efectos adversos de los fármacos, una situación que es más razonable cuanto mayor sea el beneficio esperado pero que en el caso de osteoporosis leve o incluso en el de osteopenia, que es una situación previa a la de osteoporosis puede ser desproporcionada. Y que como pone de manifiesto el estudio ESOVAL todavía puede serlo más en la práctica cuando las personas tratadas presentan menos riesgo de fractura que las no tratadas (8).

Por otro lado, el tratamiento farmacológico puede ser percibido como una alternativa de otras medidas eficaces sobre la osteoporosis, como la actividad física o la exposición a la luz solar. Y también de otras intervenciones preventivas de las caídas que, en la población anciana son, muchas veces, el desencadenante de la fractura. Y si bien es posible que una persona con osteoporosis grave caiga porque ha pade-

cido una fractura espontánea, en muchos casos, sin el traumatismo no se hubiera producido la fractura. De ahí la importancia de retirar alfombras con bordes donde tropezar u otros obstáculos físicos en el domicilio. Una situación frecuente es la de caídas domésticas durante la noche cuando las personas mayores se despiertan para ir al lavabo. Algunas benzodiacepinas que se toman para facilitar el sueño tardan mucho en metabolizarse y pueden afectar la coordinación psicomotriz facilitando un tropiezo. De nuevo Welch nos obsequia con un ejemplo ilustrativo de los inconvenientes del sobrediagnóstico al compartir la historia de Lara una amiga suya de 65 años que seguía tratamiento profiláctico con bifosfonatos tras un examen de la densidad ósea (T score de -1'8), sin considerar siquiera antecedentes u otras circunstancias que aumentarían el riesgo de fractura. Al poco desarrolló un intenso dolor al tragar que le llevó al gastroenterólogo, quien mediante endoscopia observó una grave inflamación del esófago –efecto adverso conocido de los bifosfonatos– por lo cual le prescribió otro fármaco que afortunadamente alivió su disfagia aunque le provocó un doloroso eritema cutáneo. El dermatólogo al sospechar la causa le retiró la segunda medicación y el eritema desapareció. Para más inri Lara ni siquiera padecía osteoporosis de acuerdo con los estándares, simplemente osteopenia (6).

Claro que si la mayoría de osteoporosis no son en rigor enfermedades, la osteopenia no llega a ser preenfermedad, sino que se queda en pre factor de riesgo. Una tendencia de la medicina clínica a intervenir cuanto antes y que al extremo llevaría al absurdo de prevenir la vida. Pero bromas aparte, este adelanto afecta a muchos otros factores de riesgo como la hipertensión arterial de forma que cada vez se rebajan más las cifras de tensión arterial que se consideran deseables, o con las dilipemias y la reducción sistemática del umbral de la concentración de colesterol sérico.

De hecho otra de las categorías de sobrediagnóstico es la que tiene su origen cuando se cambia la definición de las enfermedades. Lo que ocurre con la diabetes que hoy se diagnostica sin más que comprobar una concentración igual o superior a los 126mg/dl de glucosa en sangre. Moy-nihan et al. (9) revisan 16 guías y paneles que amplían 10 de las definiciones de las 14 enfermedades estudiadas, mientras solo reducen una de ellas, la anemia de los enfermos renales crónicos. Las ampliaciones afectan a la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide o el alzheimer, pero también el infarto de miocardio al emplear pruebas enzimáticas mucho más sensibles –y menos específicas– que las clásicas. Mención aparte merecen los problemas como el trastorno bipolar, la depresión o el déficit de atención por hiperactividad puesto que en el ámbito de la psiquiatría más que en otros conviven el sobretratamiento y la infradetección (10).

Abriendo un poco más el foco llegamos a la exageración de las limitaciones que podríamos considerar normales hasta hacerlas susceptibles al tratamiento. Lo que ya se conoce como “disease mongering” o “selling sickness” (11). Una situación en la que lo que más se destaca es el interés de las compañías farmacéuticas y, en general, de la industria sani-

taria por aumentar sus beneficios, lo que lleva a criticarles los procedimientos de crear necesidades sin caer en la cuenta de que para que resulten fructíferos es imprescindible la complicidad de muchos sectores de la sociedad, desde los medios de comunicación, a los políticos pasando por los médicos, claro está. Otros factores tienen que ver con los cambios de las costumbres y de los valores culturales. Entre ellas destaca la tendencia a la intolerancia frente a las molestias y trastornos y la impaciencia con la que se pretenden resolver estas situaciones.

Pero también conviene reflexionar sobre la importancia de las modas y de los ideales estéticos que muchas personas adoptan con un entusiasmo que cuesta tildar de simple capricho. Quien sufre por tener muchas pecas, bolsas bajo los ojos, arrugas en la piel u otras características corporales que incomodan puede considerar razonable una solución –o al menos un cambio– que venga de la medicina o la cirugía, tal vez más si ignora los efectos adversos a los que se expone. Consideraciones que pueden ampliarse a otras situaciones más complejas, desde la fecundación asistida al cambio de sexo, situaciones que, como la cirugía bariátrica ofrecen resultados apreciables, a pesar de las dificultades para valorar la pertinencia, la eficiencia o la equidad como prestaciones financiadas públicamente.

En cualquier caso las preferencias de los propios ciudadanos con sus expectativas más o menos quiméricas, la banalización de la medicina que coexiste –no está claro si muy pacíficamente– con la presunción de que cualquier problema médico o medicalizable tiene solución para conseguir la cual solo es necesario incrementar los recursos (12). Negarse a asumir que, al menos por ahora y tal vez siempre, una parte de la morbilidad es inevitable, como lo es la muerte.

El citado Moynihan gastó una inocentada en el BMJ del uno de abril de 2006 anunciando el descubrimiento de un nuevo trastorno médico “el desorden por déficit de motivación” es decir la pereza, que en los casos extremos era susceptible al tratamiento médico, el cual podría contribuir a reducir los gastos que ocasionaba a la economía australiana estimados en 1'4 MM de euros. Aunque entre las respuestas recibidas muchas fueron cómplices con la broma, otras arremetieron enfurecidas contra la medicalización intolerable de nuestra sociedad, pero algunas preguntaron por los detalles del diagnóstico y el tratamiento (13).

Finalmente la detección precoz de enfermedades en el contexto de las actividades de prevención secundaria proporciona muchos ejemplos de sobrediagnóstico entre los cuales destacan los cánceres de próstata y de mama, que comentaremos más adelante. Porque muchas otras enfermedades pueden presentarlo también. Así, entre 1995 y 2000, seis de los dieciséis länder alemanes ofrecieron el cribado de neuroblastoma a los niños menores de un año. Cerca de un millón y medio (de 2'5 posibles) fueron explorados y se diagnosticaron 149 casos de neuroblastoma. La probabilidad de ser diagnosticado en uno de esos seis länder fue el doble que la de serlo si se residía en uno de los otros diez, pero tanto las tasas de mortalidad específica como las de incidencia de neuroblastoma en fase avanzada fueron prácticamente idénticas (14).

Otro estudio demostró que más del 20% de adultos cribados con angiografía coronaria mediante escáner diagnosticados de arteriosclerosis coronaria, seguidos durante año y medio recibieron profilaxis con estatinas y aspirina, además de ser expuestos a procedimientos invasivos de revascularización coronaria, pero las tasas de eventos coronarios mayores en el grupo cribado fueron igualmente bajas entre los adultos no cribados (15).

La historia natural de la enfermedad

La concepción de la historia natural de la enfermedad se atribuye a Thomas Sydenham, quien supo aprovechar las excepcionales circunstancias epidemiológicas del Londres del XVII, donde la incidencia de la peste, el cólera, el sarampión o la tuberculosis fue notable, para afirmar la consistencia y uniformidad de la naturaleza al producir las enfermedades, de modo que a menudo los síntomas son los mismos en la mayoría de las personas afectadas, tal como los caracteres de una especie botánica son compartidos por todos los individuos –plantas– y cualquiera que describa “el color, sabor, olor, figura, etc., de una sola violeta, encontrará que su descripción es buena, aproximadamente, para todas las violetas de esa especie particular”.

La enfermedad adquiere entidad propia aun cuando solo pueda ser experimentada por los enfermos. Entendida como un proceso que sufren los organismos, las características de los cuales influyen poderosamente en las manifestaciones, duración y resultados, la variabilidad individual cobra protagonismo. Efectivamente, una misma enfermedad se puede padecer de forma asintomática –o sea no padecerse– con predominio de unos signos y síntomas sobre otros, más levemente o más gravemente.

Sin embargo, en 1940, Frank Macfarlane Burnet (16) elaboró un esquema muy homogéneo de historia natural de la enfermedad, basándose en la evolución de las enfermedades transmisibles que, desde Henle y Kock, se explicaban bastante satisfactoriamente con la teoría del germen. Imaginó un segmento de línea recta que tenía su origen en el contacto con el agente causal, a partir del cual se desencadenaba un conjunto de alteraciones que pasaban inadvertidas –período de incubación– seguidas de la fase de estado que lleva a la resolución, la cual se produce inexorablemente, ya sea en forma de curación –total o con secuelas– o con la defunción del paciente.

Este modelo inspiró directamente a Leavell y Clark (17) quienes propusieron su aplicación al conjunto de la patología, lo cual, bajo una perspectiva patogénica y de carácter individual, ha permitido desarrollar multitud de aplicaciones diagnósticas y terapéuticas. Una de las primeras fue la que llevó a cabo Georgios Papanicolau al detectar mediante la citología exfoliativa la presencia de atipias celulares que indicaban una fase incipiente del cáncer de cérvix uterino (18). Cochrane y Holland (19) arremetieron contra el uso indiscriminado de los cribados y particularmente contra aquellos para los que no se dispusiera de una contrastación experimental adecuada, de su eficacia; contrastación que

nunca se ha producido al aducir sus partidarios que no hubiera sido moralmente aceptable un estudio experimental que comparara mujeres expuestas a la detección y tratamiento precoz con mujeres no cribadas, a lo que Cochrane replicó que lo que le parecía inmoral era precisamente exponerlas sin pruebas suficientes. Muchas de las mujeres sometidas a conización o incluso a histerectomía preventiva lo fueron innecesariamente; algunas por un resultado falso positivo, otras por un sobrediagnóstico, ya que una notable proporción de atipias leves, lo que hoy se denominan CIN1 y CIN2, regresan espontáneamente.

Ya en 1968 Wilson y Junger (20) establecieron los requisitos exigibles a las medidas de prevención secundaria mediante diagnóstico y tratamiento precoz, entre los cuales destacaba el conocimiento suficiente de la historia natural de la enfermedad objeto de la intervención y en particular la existencia de una condición preclínica detectable. Lo cual implicaba poder adelantar el diagnóstico el tiempo bastante como para que el tratamiento precoz impidiera una evolución inexorable y a menudo fatal. Es decir que la ventaja de la prevención secundaria depende del adelanto diagnóstico y por ello también de la detectabilidad de la condición precursora.

Pero como es lógico una condición que persista estable o evolucione muy lentamente tiene más probabilidades de ser detectada en el curso de un programa sistemático y periódico de cribado que otra condición cuyo desarrollo sea muy rápido, y habitualmente, a mayor velocidad más gravedad; porque las lesiones más detectables son las menos relevantes clínicamente. Detectar una condición indolente no comporta ventaja alguna para la persona afectada, pero incapaces de saber si la condición evolucionará o no renunciar al tratamiento precoz es ilógico.

Otro problema que se plantea es cómo evaluar adecuadamente los beneficios y los perjuicios de los programas de cribado sin valorar la magnitud del sobrediagnóstico. Del mismo modo, determinar la utilidad neta de tales programas requiere acceder a indicadores significativos del efecto como su impacto sobre la mortalidad general o al menos, sobre la mortalidad específica por la causa que se pretende prevenir. En cambio la comparación de las tasas de supervivencia a cinco años –un indicador típico de la eficacia de los tratamientos oncológicos– distorsiona, por la sencilla razón que computa como supervivencia el adelanto diagnóstico. De ahí que se denomine sesgo de adelanto diagnóstico a ese período (lead time bias) como se denomina sesgo de persistencia diagnosticable o más simplemente de duración (length time bias) a la mayor accesibilidad de las condiciones indolentes.

Los médicos tienen una notoria responsabilidad como prescriptores directos o al menos como referencia de los pacientes respecto de los cribados y, en general, de las actividades preventivas, incluidas las de prevención secundaria. De ahí la importancia que conozcan suficientemente bien el significado de los indicadores epidemiológicos de la eficacia de la detección y el tratamiento precoz. Lamentablemente un estudio reciente que se comenta en la página 72 de este

número muestra que la mayoría de los médicos malinterpreta el significado de los parámetros estadísticos habitualmente usados para valorar los resultados de las intervenciones de prevención secundaria y, por ello sus recomendaciones son inapropiadas (21). Como advertirán los lectores que lo consulten los indicadores epidemiológicos empleados corresponden a la prevención del cáncer de próstata mediante la detección precoz del PSA.

Consecuencias potenciales

Cuando alguien es objeto de sobrediagnóstico lo lógico es que se perciba como enfermo y por ello que pueda reaccionar como tal. Lo que en la jerga epidemiológica se llama efecto etiqueta (22) y que acostumbra a implicar cierta preocupación, a veces ansiedad y en muchos casos hiperfrecuentación del sistema sanitario, con la consiguiente exposición a situaciones potencialmente inconvenientes.

Aun en ausencia de una cuantificación específica de los costes atribuibles al sobrediagnóstico es obvio que su magnitud no es en absoluto pequeña. Aunque dadas las diversas posibilidades de incurrir en tal desviación, sin una reorientación drástica de los sistemas sanitarios difícilmente se podrán reducir.

En cualquier caso, desde la perspectiva de los efectos individuales, si se trata de personas que han accedido a someterse al cribado de enfermedades, sea oportunista o poblacional –de más valor comunitario que individual (23)– deberían considerarse cuidadosamente las ventajas y los inconvenientes. Una consideración distinta merecen quienes sufren alguna incomodidad, molestia o alteración del estado de ánimo de naturaleza no patológica, como algunas características de la imagen corporal; el declive físico que inevitablemente acontece con la edad o la tristeza que provocan desgracias e infortunios.

Quizás sea oportuno traer a colación la polémica entre partidarios y detractores de la prevención secundaria del cáncer de mama mediante la detección precoz con mamografías periódicas resulta ilustrativa. Recientemente se han publicado algunas valoraciones muy negativas al respecto, que vienen a culminar las críticas generadas en los últimos años. Sobre todo el análisis de la evolución de la incidencia de los cánceres de mama que habría aumentado notoriamente de manera global pero que prácticamente no se habría modificado respecto de los tumores más graves en los últimos treinta años (24). Contemporáneamente un panel independiente coordinado por Michel Marmot concluía que, aun asumiendo los efectos indeseables del sobrediagnóstico, el saldo neto seguía siendo claramente positivo (25).

El problema del sobrediagnóstico en el ámbito clínico preventivo es, precisamente, la imposibilidad de distinguir entre los positivos verdaderos aquellos que son clínicamente relevantes al carecer de medidas suficientemente discriminativas en la mayoría de los casos, al menos hasta el momento. De ahí que para valorar la magnitud del sobrediagnóstico y estimar la importancia de los efectos adversos que puede comportar en las poblaciones es necesario acu-

dir a medidas indirectas, como la comparación entre poblaciones similares cribadas y no cribadas (26) a metanálisis y a otras técnicas más o menos sofisticadas que tal vez no tengan suficientemente en cuenta la influencia del sesgo de adelantamiento y conduzcan a una eventual sobrevaloración del sobrediagnóstico, valga como ejemplo de rizar el rizo, más que de redundancia que no lo es (27,28).

Conclusiones

El sobrediagnóstico es una consecuencia indeseable del cambio de paradigma sobre la enfermedad y más específicamente de la ampliación de las situaciones que se pueden beneficiar de las intervenciones sanitarias asistenciales. Cambio que tiene que ver con el incremento de la intolerancia de las personas a los riesgos de enfermar y morir y a la vulnerabilidad que genera, así como a los beneficios derivados de la medicalización, económicos, de reconocimiento social, etc. También con la ignorancia, o, al menos el menosprecio de los efectos adversos de las intervenciones médicas. Las consecuencias más visibles del sobrediagnóstico afectan al aumento del gasto sanitario y, dado que se trata de gasto fútil y superfluo, a la eficiencia del sistema, aunque seguramente son más importantes como causa de morbi-mortalidad, si bien cuesta cuantificarlas rigurosamente.

Algunas iniciativas que propugnan la desprescripción y la desinversión de intervenciones que no aportan valor desde el punto de vista sanitario pueden contribuir a limitar los efectos del sobrediagnóstico. Entre ellas *Less is More* (29) el "Do not do". británico <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp> o el *Choosing Wisely* americano <http://www.choosingwisely.org> que ha inspirado el proyecto *Essencial* de la Agencia de Calidad y Evaluación sanitarias de Cataluña: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/ca/dir201/>

De acuerdo con las prioridades identificadas en la recién celebrada primera conferencia global (30) para la prevención del sobrediagnóstico, conviene fortalecer su estudio, diseñar métodos para medirlo adecuadamente y desarrollar estrategias que optimicen los beneficios y minimicen los daños de la práctica médica, así como incorporar estas cuestiones en los programas educativos de estudiantes y profesionales sanitarios. Informar adecuadamente al público y a los políticos sobre la importancia del problema y combatir los incentivos perversos que convierten innecesariamente tantas personas en pacientes para lo que resulta particularmente minimizar los conflictos de intereses profesionales y financieros.

- (1) Eco U. La búsqueda de la lengua perfecta. Barcelona: Crítica (Grijalbo Mondadori) 1994.
- (2) Huxley A. Nueva visita a un mundo feliz. Barcelona: Edhasa, 2004.
- (3) Romains J. El Dr. Knock o el triunfo de la medicina. Madrid: Bruño, 198.9.
- (4) Tsai J, Grosse SD, Grant AM, Hooper WC, Atrash HK. Trends in hospital deaths among hospitalizations with pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 20120. Doi 100001/archinternmed,2012.198.

- (5) Hoffman JR, Cooper RJ. Overdiagnosis of disease. A modern epidemic. *Arch Intern Med* 2012. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3319.
- (6) Welch G, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed. MAKING PEOPLE SICK IN THE PURSUIT OF HEALTH. Boston: Beacon Press, 2012: 13.
- (7) Brotman DJ, Walter E, Lauer MS, O'Brien RG. In search of fewer independent risk factor. *Arch Intern Med* 2005; 165: 138-45.
- (8) Sanfélix-Genovés J, Sanfélix Gimeno G, Peiró S, Hurtado I, Fluixà C, Fuertes A, et al. Prevalence of osteoporotic fracture risk factors and antiosteoporotic treatments in the Valencia region. Spain. *Osteoporosis Int.* 2012 [Epub ahead of print].
- (9) 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.
- (10) The PLOS Medicine Editors. The paradox of mental health: Over-treatment and Under-Recognition. *PLoS Med* 2013; 10(5):e1001456. doi:10.1371/journal.pmed.1001456.
- (11) Moynihan R, Cassels A. Selling Sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. Nation Books, New York, 2005.
- (12) Segura Benedicto A, Giner Ruiz V. El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. *Aten Primaria.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.10.007>.
- (13) Moynihan R. News Scientists find new disease: motivational deficiency disorder *BMJ* 2006;332:745.2. las respuestas pueden consultarse en <http://www.bmj.com/content/332/7544/745.2> (accedido el 20 de septiembre de 2013).
- (14) Schilling FH, Spix C, Berthold F, et al. Neuroblastome screening at one year of age. *N Engl J Med* 2002; 346: 1047-5.3.
- (15) Lauer MS. Pseudodisease, the next great epidemic in coronary atherosclerosis? *Arch Intern Med* 2011. doi 10.001/archinternmed.2011.205.
- (16) Burnet FM. *Biological Aspects of Infectious Disease* Cambridge: Cambridge University Press, 1940. Publicado más tarde como *The Natural History of Infectious Disease*.
- (17) Leavell HR, Clark EG -eds- Preventive Medicine for the Doctor in his Community: An Epidemiologic approach. London: Mc Graw Hill, 1958.
- (18) Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*, 1941. 42: 193-205.
- (19) Cochrane AL, Holland WW. Validation of Screening Procedures. *Br Med Bull* 1971; 27:3-8.
- (20) Wilson JMG, Jungner G. The principles and practice of screening for disease. Public Health Papers: Geneva: World Health Organization, 1968.
- (21) Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaismaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med.* 2012;156(5):340-9.
- (22) Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med* 1978; 299:741-4.
- (23) Segura A. La dimensión social y cultural de la prevención. Consideraciones sobre los beneficios colectivos e individuales de la prevención. *Aten Primaria* 2012; 44: 248-9.
- (24) Bleyer A, Welch H G Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *N Engl J Med* 2012; 367:1998-2005.
- (25) Independent UK panel on breast cancer screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012; 380: 1778-86.
- (26) Zackrisson S, Andersson I, Janzon L, et al. Rate of overdiagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow up study. *BMJ* 2006; 332: 689-92.
- (27) Feig SA. Pitfalls in accurate estimation of overdiagnosis: implications for screening policy and compliance. *Breast Cancer Research* 2013; 15: 105.
- (28) Duffy SW, Parmar D. Overdiagnosis in breast cancer screening: the importance of length of observation period and length time. *Breast Cancer Research* 2013, 15: R41.
- (29) Grady D, Redberg R. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern med* 2010; 170: 749-50.
- (30) Global Conference Statement released at 2013 "Preventing Overdiagnosis" Conference. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>.

Cirugía segura: evaluación de la puesta en práctica del listado de verificación de la OMS en Francia

Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E.

Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:191-7.

Contexto

La OMS lanzó en 2008 la Estrategia “La Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo principal elemento es el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVQ), un checklist de 19 ítems que deben comprobarse para no olvidarse de elementos críticos relacionados con la seguridad de la intervención quirúrgica. Por ejemplo, ¿se ha marcado la parte del cuerpo en la que se va a realizar la cirugía?, o ¿se ha realizado la profilaxis antibiótica previa? Francia estableció la obligatoriedad de cumplimentar el LVQ, con una versión ligeramente modificada, el 1 de enero de 2010. Este estudio evalúa la implementación de ese listado entre el 11 y el 29 de enero de 2010 en la red francesa de centros oncológicos.

Objetivos

Evaluar el grado de implementación del LVQ en centros quirúrgicos oncológicos franceses. Estudiar las barreras relacionadas con su implementación en el contexto francés.

Métodos

Estudio transversal sobre 18 de los 20 centros oncológicos existentes en la red francesa en el que se comprueba la existencia de los listados en una muestra aleatoria de 80 intervenciones quirúrgicas por centro. Se incluyen las intervenciones con anestesia general y loco-regional. Se excluyen las intervenciones de radiología intervencionista, endoscopia gastro-intestinal, implantación de catéter venoso central y anestesia tópica. Se realiza también un estudio cualitativo mediante entrevistas, cuestionarios y observaciones directas para identificar barreras en la implementación.

Resultados

Encontraron 1.299 listados en las 1.440 intervenciones quirúrgicas revisadas (90,2% de adherencia). Observaron que sólo el 61% de los listados estaban completos. Los ítems que menos se cumplimentaron fueron: a) valoración conjunta (cirugía, anestesia y enfermería) de la situación del enfermo antes de abandonar el quirófano; b) verificación de la existencia de problemas técnicos antes de abandonar el quirófano; c) contabilización del instrumental quirúrgico; d) etiquetado correcto de las muestras. A continuación se destacan las barreras identificadas más frecuentemente ordenadas de mayor a menor frecuencia: a) duplicidad con otros procesos ya implantados en el hospital; b) dificultad para conseguir que cirujano y anestesista lo rellenen conjuntamente; c) excesivo requerimiento de tiempo para cumplimentarlo; d) dificultades de comprensión e implementación de algunos ítems.

Financiación: Haute Autorité de santé (HAS) y Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre Le Cancer (FNCLCC).

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: aude.fourcade@igr.fr

COMENTARIO

El LVQ de la OMS (1) se ha extendido de forma importante en España y otros países. En España ha habido numerosas iniciativas para su implantación, convenios entre el Ministerio y Comunidades Autónomas, adhesión por parte de Sociedades Científicas de cirujanos, anestesistas, adhesión por parte de hospitales específicos, numerosas publicaciones recomendando su uso, etc. Sin embargo, son pocas las evaluaciones que se han realizado, siendo el trabajo que aquí se comenta una evaluación valiosa, además de por el tamaño de la muestra por su validez externa.

Al evaluar la adherencia al LVQ en centros oncológicos en Francia se considera si se utiliza o no el listado y si éste fue o no cumplimentado de forma completa. La presencia del listado fue del 90,2%, siendo que debería haber sido del 100% dada su obligatoriedad, aunque debe reseñarse que sólo habían pasado once días desde la entrada en vigor de esa obligatoriedad. En España los datos disponibles son ligeramente peores, entre el 83,3% (2) y el 90% (3), aún siendo obligatorio en los centros estudiados.

En cuanto al porcentaje de listados completos, en este estudio se obtuvo sólo un 61%, aunque en un estudio español reciente no se llegó ni a un 30% (2). El estudio francés comentado aquí muestra datos interesantes y logra profundizar hasta elementos prácticos muy concretos relacionados con la implementabilidad del LVQ. Se proporcionan ejemplos concretos de barreras identificadas destacables. Por ejemplo, uno de ellos se refiere al hecho de que según el LVQ se debe verificar al final (es decir, justo antes de que el paciente abandone el quirófano) que se han contado las jeringuillas y otros instrumentales utilizados. El hecho de que se pregunte al final puede conllevar que la contabilidad de las jeringuillas se realice en ese momento con el consiguiente riesgo de pinchazo por no desecharlas conforme se utilizan. Otro ejemplo es el hecho de que el listado pregunta por el adecuado etiquetado de las muestras al final cuando en algunos casos en ese momento las muestras ya se han enviado al laboratorio.

El LVQ nació con una llamada a la adaptación y modificación del mismo para adaptarla al contexto. Esa puede ser, quizás, una de las claves para su mejor implementación y la obtención de mejores resultados en disminución de eventos adversos. Este estudio pone de manifiesto la importancia de que la implementación, e incluso la propia redacción del listado, se revisen localmente y que los implicados participen lo más posible en un proceso de evaluación continuada. También puede ser conveniente la modificación del listado para producir listados específicos por especialidades, por centros o por regiones.

Esta contextualización del LVQ permitiría dar voz a los profesionales que también en España han manifestado en diversas ocasiones inconvenientes ante la implantación del LVQ.

Iñaki Imaz Iglesia

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).

Instituto de Salud Carlos III, Madrid

(1) Organización Mundial de la Salud. La Cirugía Segura Salva Vidas.

(2) Soria-Aledo V, ZeNewton ADS, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. *Cir Esp.* 2012;90:180-5.

(3) Rodrigo-Rincón MI, Tirapu-León, B, Zabalza-López P, Martín-Vizcaino MP, de La Fuente-Calixto A, Villalagordo-Ortín P, et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. *Rev Calid Asist.* 2011;26:380-5.

Más interrogantes que certezas con la telemedicina. En algunas patologías crónicas no demuestra mejorar la calidad de vida ni aspectos psicológicos importantes para los pacientes

Cartwright M, Hirani SP, Rixon L, Beynon M, Doll H, Bower P, Bardsley M, et al.

Whole Systems Demonstrator Evaluation Team. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;346:f653.

Objetivo

Evaluación de la telemedicina de segunda generación en la calidad de vida de los pacientes mediante un ensayo clínico aleatorizado anidado.

Contexto y pacientes

Enfermos crónicos en distritos rurales y urbanos con diagnósticos confirmados por sus médicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Insuficiencia cardíaca (IC) y diabetes en las consultas de atención Primaria. Los pacientes debían de dar su consentimiento informado, tener banda ancha y televisión digital. No se excluyeron pacientes por tener más comorbilidades ni deterioro cognitivo si un cuidador principal se hacía cargo del manejo de la televisión o la unidad.

Intervención

El estudio integra dos ensayos anidados. El primero incluía telemedicina para enfermedades crónicas –EPOC, diabetes e IC–, conocido como el ensayo de WSD de telemedicina, siendo el segundo un ensayo equivalente de telecuidado para usuarios con necesidades sociales (el ensayo de telecuidado WSD), así como un grupo control.

En el domicilio los enfermos disponían de un esfigmomanómetro, glucómetro, pulsioxímetro y esquemas de manejo de síntomas que eran enviados a través de un dispositivo conectado a la televisión por banda ancha. En el centro receptor se ejercía un triaje que respondía según a los datos enviados: 1) contactando con el paciente, 2) no haciendo ninguna acción, 3) contactando con el médico general, 4) contactando con el médico del hospital, 5) contactando con las emergencias que derivaban al enfermo. La rama de control no se expuso a la intervención y seguía las pautas habituales de seguimiento de sus procesos crónicos. A los enfermos del grupo control se les ofreció entrar al final del estudio en el grupo de telemedicina.

Principales resultados

Se midió la calidad de vida a los 4 y 12 meses de estar implantado el sistema a través de un instrumento nuevo (WSD) que incluía valoraciones físicas y mentales de calidad de vida SF-12, y el EQ-5D, la ansiedad valorado a través de seis ítems del Brief State-Trait Anxiety Inventory (STAI), y la depresión a través 10 ítems del centro para estudios epidemiológicos de la escala de la depresión.

Ninguna de las escalas para la calidad de vida ansiedad o depresión alcanzó significación estadística en ninguna cohorte a los 4 o 12 meses.

Conclusión

La segunda generación de telemedicina basada en el domicilio no es efectiva comparada con los cuidados generales al uso. La telemedicina de segunda generación no es efectiva para mejorar los resultados de calidad de vida, ansiedad o depresión en enfermos con EPOC, diabetes o IC.

Financiación: Ninguna declarada.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: stanton.newman.1@city.ac.uk

COMENTARIO

Una de las respuestas al envejecimiento de la población y el incremento de las condiciones crónicas, ha sido la introducción de servicios de telemedicina de forma puntual. Este intercambio de datos entre pacientes y profesionales sanitarios permite el diagnóstico, control o manejo de enfermos en condiciones crónicas. Algunos sistemas incorporan la educación para la salud intentando que la mejora del conocimiento del paciente y el crecimiento del autocuidado (como en el presente estudio) redunde en una mejora de los resultados proporcionados por el paciente que hacen referencia a su percepción de calidad de vida, resultados psicológicos y de aceptación de los servicios.

Calidad de vida, ansiedad y depresión están estrechamente relacionados con peores resultados en automanejo, control de enfermedad, uso de servicios de salud, costes y mortalidad. Las revisiones sistemáticas que evalúan el efecto de la telemedicina sobre la calidad de vida en el EPOC tienen resultados ambivalentes, cuando no claros sesgos como en la diabetes donde a pesar de que solo dos ensayos encuentran diferencias en algunas dimensiones del SF-36 se valora sin embargo como cambios significativos de la efectividad de la telemedicina. En general la calidad de los ensayos sobre telemedicina presenta déficits metodológicos y la evidencia es difícil de interpretar, a pesar de que ha despertado mucho entusiasmo como un medio para mejorar resultados de salud y la calidad de vida para los pacientes.

Una revisión Cochrane reciente no ha encontrado beneficio de la telemonitorización interactiva en cualquiera de los resultados que se han examinado para enfermos con IC (1). La metodología del ensayo es robusta con grupos equiparables ajustados por una central externa que ofrecía un algoritmo de minimización que aseguraba la probabilidad de grupos homogéneos. Aunque el ensayo por razones obvias no fue cegado los resultados del mismo fueron auto reportados por los pacientes. El resto de elementos de calidad para ensayos como pérdidas, tipo de análisis usado, interrupción precoz, etc. se muestran consistentes con un ensayo de alta calidad.

En resumen, este ensayo clínico con importante base poblacional tiene conclusiones distintas a las revisiones sobre enfermedades crónicas realizadas sobre ensayos clínicos basados en pequeños estudios de baja calidad. No hay una evidencia sólida de mejoría en aspectos básicos para el paciente como la calidad de vida, la ansiedad o la depresión.

Vicente Ruiz García

Médico adjunto de la Unidad de Hospitalización a Domicilio Hospital La Fe

(1) Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD007228.

Suplementación con Calcio y vitamina D para la prevención de caídas en adultos sanos. Se confirma lo esperado

López-Torres J (ANVITAD).

Efecto del calcio y la vitamina D en la reducción de caídas de las personas mayores: ensayo clínico aleatorizado frente a placebo. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.11.025>

Objetivo

Determinar el efecto del aporte de Ca/Vit D en la reducción de caídas y en la función musculoesquelética de sujetos mayores de 65 años que viven en la comunidad sin y no presentan osteoporosis ni deficiencia de vit D.

Material y método

Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, en el que 508 pacientes, seleccionados en 35 consultas de Medicina de Familia, fueron aleatorizados a placebo o administración conjunta de 800 UI de vitamina D3 y de 1000 mg de calcio en forma de 2 comprimidos masticables, durante los meses de noviembre a abril de 2 años consecutivos o placebo. Los parámetros de eficacia fueron: incidencia de caídas, cambios en la fuerza muscular en la mano dominante y cambios en la función musculoesquelética.

Resultados

La incidencia acumulada de caídas en el grupo Ca/VitD (N=188) fue del 27,7% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 21,0-34,3) y en el grupo pla-

cebo (N=210) del 30,5% (IC 95% 24,0-36,9) ($p = 0,537$). La diferencia no fue significativa en el análisis por subgrupos: varones/mujeres, activos/no activos físicamente y valor de 25-OH-vitamina D3 superior/inferior a 32 ng/ml. Tampoco hubo diferencia en la fuerza muscular de los sujetos de ambos grupos. La proporción con acontecimientos adversos (AA) fue superior en el grupo Ca/Vit D (14,4 frente a 7,1%, $p = 0,019$).

Conclusiones

Los resultados contradicen la recomendación de aportar suplementos, no siendo una estrategia efectiva ni bien tolerada. Aunque podrían reducir el riesgo de caídas en valores muy bajos de vit D, los resultados son insatisfactorios cuando los mayores no presentan deficiencia de esta, debiéndose considerar la posibilidad de AA.

Financiación: ISCIII (EC07/90467).

Conflicto de interés: Medicamento facilitado por Nycomed Pharma, SA.

Correspondencia: jesusl@sescam.org

COMENTARIO

Es conocida la importancia que el calcio y la vit D tienen en la homeostasis del hueso y también que su déficit puede llegar a comportar serios problemas de salud, pero no hay unanimidad en la literatura sobre los beneficios de recomendar en adultos la toma de suplementos, especialmente en algunas situaciones. El artículo analiza la eficacia en la reducción de caídas de la administración conjunta de calcio y vit D durante 6 meses al año vs placebo con un seguimiento de 2 años y no observa diferencias en la incidencia acumulada de caídas en población de 65 o más años, no institucionalizada, sin osteoporosis ni déficit importante de vit D.

No sorprenden estos resultados, en un grupo poblacional de bajo riesgo, y con una exposición tan baja al fármaco evaluado (6 meses de tratamiento anual y una adherencia del 50%, bajísima para tratarse de un ensayo clínico y similar a la observada en la práctica clínica real (1). En cualquier caso, la evidencia disponible y las guías de referencia en este ámbito recomiendan la suplementación con vit D en la prevención de caídas para individuos que viven en la comunidad, únicamente si se trata de adultos mayores de 65 años que presenten alto riesgo de caídas (2). Tampoco los suplementos de calcio y vit D se recomiendan en población sana para evitar fracturas: ni en hombres, ni en mujeres premenopáusicas, ni en mujeres posmenopáusicas, ni a dosis menores de 400 UI de vit D y 1.000 mg de calcio, ni a dosis mayores (3).

Los autores destacan la mayor incidencia de AA en el grupo experimental, que no se traduce en diferencias en adherencia. AA ya descritos para el calcio ampliamente en la literatura (no para la vit D) y que a la vista de datos recientes podrían además incluir efectos cardiovasculares graves (4, 5). Llama la atención la inclusión de calcio en este ensayo como parte de la intervención evaluada, cuando este no ha mostrado previamente efecto en la prevención de caídas.

Cuestión distinta es el uso de suplementos de calcio y vit D en pacientes

con déficit o con alto riesgo de fractura. En un estudio reciente (6), en práctica clínica real, la edad avanzada, el uso de antiosteoporóticos, el uso de glucocorticoides y el diagnóstico de osteoporosis se asociaron con el uso de suplementos de calcio y vit D. No obstante, el 86% de los que tomaban calcio tenían al menos un criterio de uso inadecuado y no existía asociación entre la prescripción de suplementos de calcio y la ingesta dietética de calcio.

En conclusión, con la evidencia disponible, el uso de suplementos de calcio y/o vit D, solo debería ser recomendado en pacientes de riesgo, cuando haya déficit y siempre que no se pueda suplir con dieta.

José Sanfélix Genovés

Médico de familia. Centro de Salud de Nazaret. Valencia

(1) Sanfélix-Genovés J, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Giner-Ruiz V, Pertusa-Martínez S, Reig-Moya B, Carratalá C., Determinant factors of osteoporosis patients' reported therapeutic adherence to calcium and/or vitamin D supplements: a cross-sectional, observational study of postmenopausal women. *Drugs Aging* 2009, 26(10):861-9.

(2) Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012;157:1-9

(3) Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Vitamin D and Calcium Supplementation to Prevent Fractures in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013;158:691-696.

(4) Li K, Kaaks R, Linseisen J, Rohrmann S. Associations of dietary calcium intake and calcium supplementation with myocardial infarction and stroke risk and overall cardiovascular mortality in the Heidelberg cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study (EPIC-Heidelberg). *Heart.* 2012;98(12):920-5.

(5) Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, Reid IR. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c3691.

(6) Sanfélix-Gimeno G, Sanfélix-Genovés J, Rodríguez-Bernal CL, Peiró S, Hurtado I. Prevalence, determinants and inappropriateness of calcium supplementation among 11,035 women and men in a Spanish Mediterranean area. Data from the ESOSVAL cohort. *J Bone Miner Res.* 2013 May 9. doi: 10.1002/jbmr.1977. [Epub ahead of print].

Esperando al Registro Nacional de Implantes

Villanueva-Martínez M, Hernández-Barrera V, Chana-Rodríguez F, Rojo-Manaute J, Ríos-Luna A, San Román Montero J, et al.

Trends in incidence and outcomes of revision total hip arthroplasty in Spain: A population based study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2012,13:37.

Objetivo

La última década ha mostrado un crecimiento de las tasas de artroplastia total de cadera primaria y de revisión. Se pretende analizar los cambios en la incidencia y los resultados de los pacientes sometidos a artroplastia entre 2001 y 2008 en España.

Método

Estudio de base poblacional utilizando el Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria. Se seleccionaron todas las altas en mayores de 40 años sometidas a revisión de artroplastia total de cadera (ICD-9-CM 81.53). Se calculan las tasas de incidencia por sexo y grupos de edad, índice de co-morbilidad de Charlson, duración de la estancia, mortalidad intrahospitalaria (MIH) y los costes. Para analizar la tendencia en el período se realizaron análisis multivariados.

Resultados

Identificaron 32.280 altas (13.391 hombres/18.889 mujeres) por revisión de la artroplastia total de cadera (RATC). La incidencia total bruta mostró un pequeño pero significativo aumento de 20,2 a 21,8 RATC por 100.000 habi-

tantes. Se observaron incrementos mayores en los pacientes de más de 84 años y en el grupo de 75-84. El modelo de Poisson, ajustado por edad y co-morbilidad, mostró cómo la incidencia de hospitalizaciones por RATC aumentó significativamente entre hombres y mujeres en el período (IRR 1,10, IC del 95% 1,3 a 1,18 y 1,08, IC 1,2 a 1,14, respectivamente, 95%). La MIH bruta aumentó del 1,16% al 1,77% en 2008 ($p = 0,025$). Sin embargo en el análisis multivariante no se observó ningún cambio en la MIH a lo largo del período. La media del coste ajustado por inflación se incrementó un 78,3%, pasando de 9.375€ a 16.715€.

Conclusión

Se demuestra un ligero aumento en la incidencia bruta y ajustada de RATC en España entre 2001 y 2008. También reducciones en los días de hospitalización y un aumento significativo del coste medio por paciente. Estos resultados pueden reflejar una ampliación de los criterios de indicación, así como las fallas naturales de las prótesis implantadas en décadas anteriores.

Financiación: Ninguna declarada.

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: rodrigo.jimenez@urjc.es

COMENTARIO

Más allá de ciertas limitaciones asociadas a la fuente de información y los análisis realizados, el estudio pone de relieve dos cuestiones de gran interés para el sistema nacional de salud (SNS): el volumen de artroplastias de cadera, primarias y revisiones, va en aumento y su coste se ha incrementado notablemente. En el período estudiado el aumento de la incidencia no solo es consecuencia del incremento o el envejecimiento de la población y apuntan a una posible ampliación de los criterios de indicación. A falta de información detallada, se hace parcialmente responsable del aumento de costes al uso de implantes de revisión especializados.

No corren buenos tiempos para las arcas públicas y las administraciones sanitarias deben ajustar presupuestos y tomar complejas decisiones en la asignación de recursos. En circunstancias óptimas para estas decisiones se debería disponer de evaluaciones económicas y de efectividad. ¿Existe algún tipo de información en el SNS que permita llevar a cabo tales evaluaciones para las artroplastias? El Ministerio de Sanidad publicó en el BOE una orden (ORDEN SCO/3603/2003 de 18 de diciembre) por la que se creaban los Registros Nacionales de Implantes, incluyendo los de prótesis de cadera. Pero no extrañará que no exista tal registro y sea la iniciativa de algunas sociedades científicas con el apoyo de sus respectivas administraciones sanitarias lo que estimula la creación de registros de artroplastias (1).

No es ocioso recordar que tales registros permiten obtener de forma sistemática información sobre la efectividad y la seguridad de las prótesis tras su comercialización (2). Los problemas con ciertos tipos de implantes ya fueron apuntados por el registro noruego a partir del análisis de las prótesis de superficie (3). Pero además los registros permiten la evaluación de los resultados y selección de prótesis más efectivas (supervivencia del im-

plante). Estas son evaluadas en condiciones reales de uso, implantadas por cirujanos ortopédicos con diferente experiencia y en diferentes tipos de hospitales (2). Una información de gran utilidad para gestores y planificadores, pues permite la planificación de la utilización de servicios, el análisis de la variabilidad de la práctica médica, el benchmarking entre centros y el cálculo del impacto presupuestario.

Un estudio (4) similar publicado en 2008 ya señalaba que el aumento de la cirugía de revisión haría necesario establecer medidas que redujeran su impacto sobre el sistema sanitario y la salud de los pacientes, apuntando al desarrollo de un sistema de vigilancia para la evaluación de los resultados de las prótesis, común a todo el SNS, como parte de la estrategia para reducir en un futuro la carga de la cirugía de revisión. En 2013 como Vladimir y Estragón seguimos esperando a Godot.

Cristian Tebé Cordomi

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

(1) Allepuz A, Serra-Sutton V, Martínez O, Espallargues M, Pons JMV, Sandín M. Desarrollo de la metodología e implementación piloto de registros de implantes protésicos en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0604es.pdf>

(2) Sedrakyan A, Paxton EW, Phillips C, Namba R, Funahashi T, Barber T, Sculco T, Padgett D, Wright T, Marinac-Dabic D. The International Consortium of Orthopaedic Registries: overview and summary. *J Bone Joint Surg Am.* 2011;93 Suppl 3:1-12.

(3) Johanson PE, Fenstad AM, Furnes O, Garellick G, Havelin LI, Overgaard S, Pedersen AB, Kärrholm J. Inferior outcome after hip resurfacing arthroplasty than after conventional arthroplasty. Evidence from the Nordic Arthroplasty Register Association (NARA) database, 1995 to 2007. *Acta Orthop.* 2010;81:535-41.

(4) Allepuz A, Serra-Sutton V, Espallargues M, Salvador X, Pons JMV. Artroplastias de cadera y rodilla en Cataluña desde 1994 a 2005. *Gac Sanit.* 2008; 22(6):534-40.

La sobreutilización de servicios goza de buena salud en Estados Unidos

La sobreutilización en los servicios sanitarios disminuye la calidad y la eficiencia en costes

Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S.

Overuse of Health Care Services in the United States. Arch Intern Med. 2012;172(2):171-78.

Antecedentes

En el uso excesivo de los servicios de salud, los daños superan a los beneficios, derivando en disminución de la calidad del servicio e incrementando sus costos. Un mejor entendimiento del uso excesivo del sistema de salud en EEUU podría contribuir a proveer información para reducir la atención inapropiada.

Métodos

Búsqueda en MEDLINE de estudios de medición de uso excesivo en procedimientos terapéuticos, pruebas diagnósticas y medicamentos (1978- 2009), extrayendo datos incluyendo tasas de uso excesivo, tipo de servicio, área clínica y año de publicación.

Resultados

Seleccionan 172 artículos: 53 de procedimientos terapéuticos, 38 de pruebas diagnósticas, 81 de recetas de medicamentos, 18 de procedimientos te-

rapéuticos únicos y 24 de pruebas de diagnóstico, incluyendo 10 servicios preventivos. Los servicios más comúnmente estudiados fueron la antibioterapia para las infecciones del tracto respiratorio superior (59), angiografías coronarias (17), endarterectomías carotideas (13) y cirugía de revascularización coronaria (10). El uso excesivo de la endarterectomía carotídea y de los antibióticos para el tracto respiratorio superior ha disminuido con el paso del tiempo.

Conclusiones

En este trabajo se constata una clara evidencia acerca del uso excesivo en EE.UU. que se limita a determinados servicios. Reducir la atención inapropiada en el sistema de salud de EE.UU. requeriría de una inversión más importante en investigación acerca del uso excesivo.

Financiación: Commonwealth Fund y VA HSR&D.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Correspondencia: deborah.korenstein@mssm.edu

COMENTARIO

Los sesgos importan mucho; cultura, organización, incentivos, las preferencias de los pacientes (y cómo las interpretamos)... y también las "amistades peligrosas" que rodean a la bata blanca. Los sesgos en la moderna medicina clínica empujan claramente a la sobre-actuación (ni un paso atrás). La inacción es vista como fallo; el diagnóstico incompleto es tenido por ignorancia; la opinión del paciente, si apela a más acción es tomada como amenaza de futuros pleitos (y atendida para evitarse problemas), y si señala hacia menor intervencionismo es sorteada con métodos de manipulación paternalista (por su bien).

En estos dos artículos se visualiza el sesgo de "recalentamiento" que viven las consultas, los procedimientos terapéuticos, las pruebas diagnósticas y los medicamentos. Y muestran cómo nos salimos por la curva del uso excesivo e inapropiado debido a la alta velocidad a la que circulamos. Produce mucha desazón constatar este hecho, así como la lenta mejoría que se consigue, a pesar de que la literatura va produciendo evidencia válida que podría frenar la desmesura.

Es clarificadora la definición de las tres categorías de problemas de calidad en los servicios sanitarios: *Infrautilización*, entendida como falta de prestación ante una necesidad o atención de salud; *mal uso*, considerando la prestación o práctica equivocada o errónea y *uso excesivo* (sobreutilización), formulada como la provisión de servicios médicos con ningún beneficio (inútil) o donde los eventuales daños superan a los posibles beneficios.

Usualmente y siguiendo a Jennett (1) hemos venido utilizando el término de uso inapropiado de tecnología médica o práctica clínica inadecuada (innecesaria, inútil, insegura, inclemente e insensata), que entendemos engloba las categorías anteriormente mencionadas.

El método RAND (2-4), que utiliza un proceso interactivo para integrar la mejor evidencia con la opinión de un panel multidisciplinario de expertos, viene siendo el más aceptado para determinar la atención apropiada. No obstante persiste la complejidad metodológica para definir, estudiar y documentar el término de uso excesivo, lo cual dificulta convertirlo en un componente estándar en las evalua-

ciones de la calidad asistencial (aunque la mayoría de los expertos abogan por su incorporación para conocer y monitorizar la prevalencia del uso inapropiado).

A la naturaleza siempre incompleta del conocimiento se añade la inveterada dificultad en trasladar la evidencia a criterios estandarizados de adecuación y buena práctica clínica. La reducción de la práctica médica inadecuada por sobreutilización exige refinar y optimizar los criterios de uso basados en la calidad de la evidencia, otorgando máxima preferencia cuando existen lagunas de conocimiento relevantes en el uso excesivo de servicios de salud.

En el *primer artículo* analizado, de los 241 estudios incluidos en los 172 artículos seleccionados en este trabajo, la mayoría utilizaron un estándar para definir la atención apropiada, bien desarrollando un proceso de consenso con la opinión de un panel de expertos (método RAND), o mediante guías de buenas prácticas. Los resultados de la investigación muestran una amplia variabilidad en el uso excesivo o inapropiado de determinados servicios clínicos, procedimientos terapéuticos, pruebas diagnósticas y prescripciones de medicamentos.

A pesar de que este trabajo no incorpora artículos publicados después de 2009 y de las propias limitaciones técnicas que señalan los propios autores, tanto terminológicas como de desarrollos incompletos, la exhaustividad y rigor en los criterios de inclusión y la coherencia metodológica, no permite subestimar la calidad de los resultados de la evaluación de las tasas de atención claramente inapropiada que aporta el estudio.

La subestimación de la investigación sobre uso inapropiado viene limitando la comprensión sobre los factores determinantes en la toma de decisiones de la práctica clínica; por ello, esta revisión de la tasa de uso excesivo de terapias médicas, procedimientos, pruebas diagnósticas y prescripción de medicamentos en los EE.UU. contribuye a actualizar el estado del arte en esta materia, considerando que en el proceso metodológico utilizado (MEDLINE, Pub Med para las búsquedas) han sido excluidos rigurosamente los estudios de baja calidad.

El *segundo artículo*, sobre una base empírica, identifica igualmente la dificultad para limitar el uso excesivo e inapropiado de las consultas ambulatorias y externas, y se alinea con los datos aportados en la revisión bibliográfica.

La sobreutilización de servicios goza de buena salud en Estados Unidos

Es la guerra, ¡más madera!: la sub-utilización de consultas apropiadas mejora en una década, pero la sobre-utilización casi nada...

Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S.

Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States.

JAMA Intern Med. 2013;173(2):142-8.

Objetivo y método

Evaluar la utilización inapropiada de consultas en Estados Unidos. Se comparan datos de dos encuestas anuales: NAMCS (consultas ambulatorias no hospitalarias) y NHAMCS (consultas externas en el hospital), se excluyen pacientes financiados con fondos federales. La comparación se establece combinando datos 1998-1999 (79.083 individuos) frente a los datos 2008-2009 (102.980). Se aplica un conjunto de indicadores de calidad, avalados por la literatura y guías, utilizables con los registros de las encuestas; los 22 indicadores resultantes fueron aplicados a la población pertinente en cada caso, y se calcularon las proporciones ponderadas de visitas apropiadas e inapropiadas (sub, sobre y mala utilización), estimando el cambio entre los dos períodos.

Resultados

En las 9 indicadores de sub-utilización, 6 mejoraron: de forma muy especial la anticoagulación para fibrilación auricular, el uso de aspirina, β -bloqueantes y estatinas para la enfermedad coronaria, de β -bloqueantes para la insu-

ficiencia cardíaca, y de estatinas para la diabetes mellitus. La sobreutilización, medida por 11 criterios, sólo mejoró en 2 (cribado de cáncer de cuello en mayores de 65 años, y uso de antibióticos en crisis de asma). En el cribado de cáncer de próstata en mayores de 74 años se incrementó; y el resto de sobreutilización no experimentó cambios significativos; la mala-utilización, medida por 2 criterios mejoró en prescripción en infección urinaria y no cambió en medicación en ancianos.

Interpretación

Se constata una mejora en la sub-utilización de consultas, que resulta mucho menor en la sobre-utilización. Se indica también la poca insistencia y esfuerzo en generar y aplicar medidas estandarizadas de sobre-utilización, a pesar de que existe evidencia que podría respaldar guías e indicadores válidos.

Financiación: Ninguna declarada.

Conflicto de intereses: Declaran varias ayudas de investigación.

Correspondencia: minal.kale@mountsinai.org

El déficit de conocimiento sobre la idoneidad de uso en los servicios de salud así como la amplia variabilidad de las tasas de uso inapropiado, exige ampliar la base de evidencia y el establecimiento de criterios de adecuación para un amplio rango de servicios y prestaciones, debiendo considerarse un objetivo estratégico en las políticas de salud.

El objetivo de eliminar sistemáticamente el uso inadecuado de tecnología médica o la práctica clínica inapropiada permite reducir costes, mejorar la calidad asistencial y garantizar la equidad –cuando se refiere a sistemas sanitarios públicos–; por ello pasa a ser un objetivo preferente en las políticas de salud y en los procesos de reforma sanitaria, más si cabe en la realidad actual de crisis económica y dificultades para la sostenibilidad financiera de los servicios sanitarios públicos. Este nuevo marco de garantías de estabilidad presupuestaria, viene exigiendo inexorablemente políticas de racionalidad en la gestión de los recursos públicos que incluyen actuaciones proactivas de desinversión y/o reinversión.

En este tipo de estudios, dada la amplia diversidad y diferenciación de agentes participantes (y sus diferentes modalidades de patrocinio, promoción y ayuda), y en aras a garantizar la transparencia y solvencia técnica, se hace imprescindible definir por instituciones o agencias independientes acreditadas criterios homogéneos para establecer los patrones de práctica clínica apropiada.

Para los clínicos es importante interpretar adecuadamente esta situación, evitando dos problemas posibles de significado contrario: la culpabilización y el escepticismo. La culpa vendría de pensar que es sólo ignorancia y maleficencia la que les lleva a actuar de forma incorrecta; pero los sesgos funcionan moviendo toda la campana de Gauss a la derecha, y por más que un profesional quiera modificar su comportamiento, está muy limitado por el hecho de que su quehacer está inmerso en “comunidades de práctica” locales, y en redes globales de conocimiento (normalmente incardinadas en las especialidades médicas mundiales). Por esto, el consejo es cambiar poco a poco, con la siguiente receta: 1 gramo de voluntarismo, 2 gramos de inteligencia, y 3 de buenas compañías para propiciar los cambios colectivamente.

El escepticismo tiene hoy en día un claro componente contextual: como las autoridades sanitarias tienen graves problemas económicos, trasladan la necesidad de ahorro a los clínicos, para que den la cara por ellos: así, conceptos como “de-

sinversión” (en lo inapropiado e inefectivo) suenan a quitar el dinero de la sanidad para llevarlo a otros sectores (incluido el pago de la deuda). En medio del maltrato percibido, es normal que los galenos no estén particularmente entusiasmados con la idea, ni quieran asumir el derroche de energías de cambiar su conducta y enfrentar las resistencias de los pacientes (que están doblemente suspicaces ante los recortes).

Sin embargo hay que ponerse en marcha: la buena práctica clínica es consustancial con el grado de apropiateness en el uso de técnicas y procedimientos tecnológicos, así como con las nuevas credenciales del profesionalismo médico (5), donde competencia, compasión e integridad forman un trípode inseparable en el desempeño asistencial. Por todo ello, entendemos que la práctica clínica centrada en el paciente (6), va más allá de la filosofía del humanismo científico para adentrarse en el paradigma de los principios bioéticos de la medicina moderna.

José R. Repullo Labrador
Luis Ángel Oteo Ochoa

Profesores de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III

(1) Jennett B. High technology medicine. Benefits and burdens. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984:103-134.

(2) Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, Ca. RAND Report No; R.11269 -DG-XII/RE, 2001.

(3) Hilborne LH, Leape LL, Kahan JP, et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty: a literature review and ratings of appropriateness and necessity, 1991:RAND, JRA-01; Santa Monica (CA):RAND Corporation, 1991.

(4) Brook RH, et al. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 1986;2:53-63.

(5) Campbel EG, Regan S, Gruen RL, Ferris TG, Rao SR, Cleary PD, Blumenthal D. Professionalism in medicine: Results of a National Survey of Physicians. Ann Intern Med. 2007; 147:795-802.

(6) Cristóbal JA. Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. BMC Medical Informatics and Decision Making 2013; 13:6.

Propuestas que funcionan para cambiar la cultura de seguridad en los hospitales

Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM.

Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review.

Ann Intern Med. 2013;158(5 Pt 2):369-74.

Objetivo

Identificar qué intervenciones contribuyen realmente a promover una cultura proactiva entre los profesionales para incrementar la seguridad de los pacientes.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de estudios publicados en revistas en inglés entre enero de 2000 y octubre de 2012.

Contexto

Hospitalario. Solo se revisan aquellos estudios que tuvieran como objetivo evaluar el impacto de la intervención para modificar la cultura de seguridad y que aportaran medidas de resultado del cambio y del efecto en la seguridad de los pacientes.

Resultados

Se analizaron 33 estudios. Valoran los resultados de 8 intervenciones basadas en rondas de seguridad (incluyendo a directivos o solo con profesionales), 8 aplicaciones del paquete de intervenciones múltiples diseñado por el hospital Johns Hopkins y 20 intervenciones para mejorar las habilidades de comunicación y de trabajo en equipo. En 29 estudios (87,9% de los casos analizados) los resultados mostraron beneficios.

Conclusiones

Existe mucha variabilidad en la forma en que se miden resultados. Los diseños (mayoría medidas pre-post) no permite extraer conclusiones muy sólidas pero parece que estas intervenciones promueven la seguridad de los pacientes.

Financiación: Agency for Healthcare Research & Quality.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: sjweaver@jhu.edu.

COMENTARIO

Cuando hablamos de cultura de seguridad nos referimos a las actitudes, valores, creencias y normas (formales e informales) que se comparten por el conjunto de profesionales (1). Constituyen la forma en la que se valoran como adecuadas o inadecuadas las actuaciones profesional y representan qué es aceptable o inaceptable (incluso punible) en la atención a un paciente.

Se han desarrollado cuestionarios para evaluar esa cultura (2) y se han ideado diferentes tipos de intervenciones para promover entre los profesionales una actitud pro-activa que identifique tempranamente riesgos innecesarios y promueva cambios de actitud y de conducta que favorezcan un entorno clínico más seguro (3). Sin embargo, apenas contamos con estudios que evalúen y comprueben si los cambios en la cultura de seguridad sirven para reducir el número y consecuencias de los EA. El estudio de Weaver et al. analiza esta cuestión y nos ofrece algunas pistas interesantes para comprender mejor los estudios sobre cultura de seguridad y para extraer conclusiones prácticas para los gestores y responsables clínicos.

La revisión sistemática llevada a cabo tiene como característica principal que se ha sido muy exigente en los criterios para incluir estudios en la revisión. Solo se incluyeron estudios orientados a valorar la reducción del daño a los pacientes al intervenir sobre la cultura de seguridad. Lo primero que comprobamos es que las intervenciones para modificar la cultura de seguridad se concretan en: entrenamiento para comunicar entre profesionales de forma más eficaz, para aprender a trabajar en equipo, rondas de seguridad, incluyendo la participación de los directivos junto al personal clínico en estas sesiones exprés para analizar qué pasa, por qué y cómo actuar, y el paquete multimodal en 5 pasos ideado por el hospital Johns Hopkins para servicios clínicos.

Algunas conclusiones que podemos extraer. Las intervenciones tienen más efectividad cuando se dirigen a áreas concretas del hospital o a servicios y cuando se combinan varias intervenciones (paquete multimodal) que cuando se ponen en práctica intervenciones aisladas. Ahora bien, la calidad de la evidencia de su efectividad es baja debido al tipo de diseño de los trabajos y queda pendiente para futuros estudios valorar en qué medida estas intervenciones reducen el daño a los pacientes.

El trabajo en equipo y la mejora de la comunicación entre profesionales modificó sustancialmente en 16/20 (80% de los casos) la percepción de los profesionales de cómo se trabajaba en el hospital y en 12/20 (60%) supuso mejoras en los procesos asistenciales y en la seguridad de los pacientes. Las rondas de seguridad, incluyendo las rondas con participación de directivos, mejoraron en todos los casos la percepción de seguridad de los profesionales y en 3/8 (37%) los resultados en seguridad. En este caso, un estudio encontró reducción en costes de la atención y en la estancia media. El programa del Johns Hopkins fue evaluado en 8 estudios. En 6/8 (75%) mejoró la percepción de lo que se hacía en seguridad en el hospital. En 7/8 (87%) se apreciaron mejoras en los procesos, duración de la estancia, infección nosocomial o tasa de mortalidad. La impresión de los autores es que en ausencia de otras fuentes de información, los directivos y responsables clínicos, pueden apostar por este tipo de intervenciones siempre que los enfoques de trabajo incluyan un enfoque multimodal.

Nos sentimos relativamente seguros cuando hablamos de EA, mientras sea de los EA que suceden en otros hospitales o en otros servicios. De los nuestros mejor no hablar. Cambiar esto es todo un desafío, pero cuando hablamos de intervenciones para cambiar la cultura de seguridad estamos hablando de que los errores organizativos y los fallos humanos son algo consustancial a la actividad clínica y que ésta debe organizarse para prevenir estas situaciones, al menos las que conocemos que son más frecuentes. Equivocarse puede comprenderse y aceptarse, lo que es inadmisibles es hacerlo sistemáticamente de la misma forma.

Juan José Mira

Universidad Miguel Hernandez

(1) Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care.* 2009;47:23-31.

(2) Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005;14:364-366.

(3) Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA, et al. Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res.* 2006;41:1599-617.

La sensibilidad y la especificidad de las pruebas diagnósticas pueden modificarse con las variaciones en la prevalencia de la enfermedad

Leeflang MMG, Rutjes AWS, Reitsma JB, Hooft L, Bossuyt PMM.

Variation of test's sensitivity and specificity with disease prevalence. *CMAJ* 2013;185:E537-E544.

DOI:10.1503/cmaj.121286.

Marco

Las pruebas diagnósticas tienen una validez que se debería estudiar en condiciones ideales (ensayos clínicos) y en la práctica diaria. Se suele aceptar que la sensibilidad y la especificidad son criterios de validez "independientes", características intrínsecas de las pruebas diagnósticas y que por ello se pueden trasladar sin más de los ensayos clínicos a la consulta médica en cualquier lugar del mundo. Es decir, por ejemplo, que no dependen de la prevalencia. La prevalencia es importante por sí misma, pues sin otra información da idea de la probabilidad pre-prueba pero además puede asociarse a cambios de la sensibilidad y de la especificidad de la prueba, de las que dependen el cociente de verosimilitud y en su conjunto la validez de la prueba. Conviene por ello analizar hasta qué punto, en qué forma y por qué varían con la prevalencia la sensibilidad y la especificidad de las pruebas diagnósticas.

Objetivo

Hay fundamento teórico para esperar la asociación de cambios de la prevalencia a cambios de la sensibilidad y de la especificidad de las pruebas diagnósticas, como han analizado previamente los autores del trabajo comentado (1). Por ejemplo, el impacto del "filtro" en la derivación por el médico general a urgencias hospitalarias de pacientes con dolor abdominal por probable apendicitis aguda (sesgo de verificación parcial pues los pacientes derivados incluyen los que dan positivo a la prueba de Bloomberg, y una parte seleccionada de los que dan negativo por consideraciones acerca de su gravedad, "mal aspecto" y otras características). En este caso los autores se proponen realizar una revisión sistemática de la asociación de cambios de la prevalencia a cambios en la sensibilidad y la especificidad de pruebas diagnósticas.

Tipo de estudio y métodos

Análisis de las revisiones sistemáticas con meta-análisis publicadas entre enero de 1999 y abril de 2002 centradas en la validez de pruebas diagnósticas en pacientes y situaciones con distintas prevalencia de enfermedad. Se excluyeron los estudios de casos y controles porque suelen sobre-estimar la validez de la prueba. Se incluyeron todas las revisiones sistemáticas en las que al menos

se incluían 10 ensayos clínicos sobre la misma prueba diagnóstica, no se habían excluido estudios por el diseño de los mismos y contaban con datos de los estudios originales para calcular tablas de 2x2. Se analizaron los resultados de forma que se pudo valorar la correlación entre la sensibilidad y la especificidad de cada prueba mediante el logit (logaritmo natural de la sensibilidad/especificidad dividido por su complementario, 1 menos la sensibilidad/especificidad). Se midió el efecto de la prevalencia considerándola variable continua. Además, se tomaron en consideración otras variables que podrían explicar la asociación entre cambios de prevalencia y sensibilidad/especificidad (lugar de atención, causa de derivación, captación consecutiva de pacientes, exclusión de pacientes de difícil diagnóstico y verificación diferencial y parcial). Se compararon los modelos de prevalencia contra los de cada otra variable con los criterios de información de Akaike.

Resultados

Se localizaron 31 revisiones sistemáticas con meta-análisis, y se excluyeron 8 por no cumplir los criterios de inclusión. Los 23 meta-análisis incluían datos de 416 estudios clínicos individuales. La prevalencia en los meta-análisis variaba entre 1 y 77%; en los estudios clínicos individuales osciló entre 0,1 y 96%. Se encontró asociación entre prevalencia y logit sensibilidad/especificidad en 8 meta-análisis (35% del total). En conjunto, la asociación es significativa entre especificidad y prevalencia, de forma que el aumento del 1% de la prevalencia se corresponde con un descenso de 0,02 unidades del logit especificidad. Por ejemplo, en un estudio sobre la TAC en el diagnóstico de embolia pulmonar (2), con prevalencias entre el 25 y el 82%, la especificidad pasaba del 97% al 58% (y la sensibilidad del 69 al 98%). No se encontraron diferencias sistemáticas entre los meta-análisis con/sin correlación prevalencia-especificidad. Al comparar los modelos de prevalencia contra los de otra variable considerada, la prevalencia explicaba mejor la variación en el logit especificidad en todos los casos excepto en uno de translucencia nucal ecográfica para el diagnóstico del síndrome de Down.

Financiación: The Netherlands Organization for Scientific Research.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: m.m.leeflang@amc.uva.nl

COMENTARIO

La asociación entre prevalencia y validez de la prueba no es cuestión general, pero no se puede ignorar. El impacto de la prevalencia sobre la especificidad sugiere que los cambios tienen que ver con el cuadro clínico (signos y síntomas) de los pacientes que no sufren la enfermedad. Dicha asociación tiene que ver con situaciones que afectan simultáneamente a la prevalencia y a la validez de la prueba diagnóstica; quizá en relación con factores que afectan simultáneamente a presentación clínica, lugar de la atención y prevalencia. Lo demuestra bien el caso del sesgo de verificación parcial antes comentado en pacientes con dolor abdominal remitidos a urgencias hospitalarias (los médicos generales no derivan al "azar" los casos negativos, sino que seleccionan a los que probablemente son falsos negativos, por otras características que sugieren apendicitis aguda pese a no ser positivo el signo de Bloomberg). En el mismo meta-

análisis del uso de TAC como prueba diagnóstica para embolia pulmonar (2), con una prevalencia del 30% da un cociente de verosimilitud de 18, una probabilidad post-prueba del 89%. Pero si para la misma población se emplean datos de un estudio con prevalencia del 57%, el cociente de verosimilitud baja a 6,2, y la probabilidad post-prueba al 73%. Por ello es importante tener en cuenta en la clínica la posible interacción prevalencia-validez de la prueba.

Juan Gérvas

Médico general, Equipo CESCA, Madrid, España

(1) Leeflang MMG, Bossuyt PMM, Irwig L. Diagnostic test accuracy may vary with prevalence: implications for evidence-based diagnosis. *J Clin Epidemiol* 2009;62:5-12.

(2) Safriel Y, Zinn H. CT pulmonary angiography in the detection of pulmonary emboli: a

ACB vs. ACU en programas de seguridad vial: diferentes métodos, diferentes recomendaciones

Peters JL, Anderson R.

The cost-effectiveness of mandatory 20 mph zones for the prevention of injuries. *Journal of Public Health* 2013; 35(1):40-48.

Contexto y Objetivo

La creación de zonas de velocidad reducida es una de las principales políticas para reducir los accidentes de tráfico en el ámbito urbano, especialmente en grupos vulnerables de peatones, como los niños y los ancianos. Se evalúa la creación de zonas con limitación de velocidad a 20 millas por hora (algo más de 30 km/hora) empleando dos tipos de evaluación económica: análisis coste utilidad (ACU) y análisis coste beneficio (ACB).

Métodos y datos

Los costes y beneficios son calculados comparando zonas de bajo y alto índice de accidentes donde existen o carecen de limitación de velocidad a 20 millas por hora. Buena parte de la información procede de fuentes secundarias, siendo el trabajo de Grundy (1) la referencia básica. Los análisis se plantean siguiendo las indicaciones metodológicas de los centros que los promueven (NICE y Department for Transport). Entre las diferencias metodológicas más relevantes se encuentra la perspectiva adoptada. La perspectiva de los ACU es la del financiador público, mientras que la de los ACB es la social.

Resultados

En áreas de bajos índices de accidentes la creación de zonas de limitación

de velocidad no se considera eficiente (ratio coste utilidad incremental de 429.800 libras por AVAC en el ACU y valor actualizado neto negativo en el ACB). Sin embargo, en áreas de elevados índices de accidentes la creación de estas zonas supondría un valor actualizado neto positivo en el caso del ACB (por tanto, la recomendación es favorable a su creación) y un ratio coste utilidad incremental de 86.500 libras por AVAC (muy por encima de los umbrales manejados por NICE y, por ende, se desaconsejaría).

Conclusiones

La creación de zonas de velocidad limitada en áreas de alto riesgo puede ser eficiente, de acuerdo con el método y perspectiva empleando el ACB, no así en el ACU. Aunque los autores apuntan que el ACB puede parecer más apropiado para la valoración del programa propuesto, señalan que el elevado grado de incertidumbre existente en algunos de los parámetros clave aconsejan interpretar los resultados con precaución.

Financiación: Centre for Public Health Excellence, National Institute for Health and Clinical Excellence (UK).

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: jaime.peters@pms.ac.uk

COMENTARIO

El interés que suscita el trabajo es doble. Por una parte, permite la comparación entre dos tipos de estudio de la familia de la evaluación económica, empleando distintos planteamientos. En segundo lugar, el trabajo remite a la congruencia de la asignación de recursos públicos cuando las herramientas de las evaluaciones de las políticas presentan diferencias de fundamento. El trabajo no decepciona al estimar resultados que conducirían a recomendaciones diferentes en función del método empleado. La clave de los resultados divergentes se encuentra en la distinta perspectiva empleada entre ambos análisis (social-ACB; financiador público-ACU) pero también a las diferentes valoraciones de algunos elementos concretos. En especial, llama la atención la escasa pérdida de calidad de vida relacionada con la salud que se atribuye a las personas con secuelas permanentes derivadas de accidentes de este tipo. Por el contrario, que el valor social imputado a prevenir un accidente fatal se cifre en 1.710.479 libras esterlinas, condiciona fuertemente el resultado. Manejando un umbral de 20.000-30.000 libras por AVAC ganado, muchos AVACs deben obtenerse para llegar al millón setecientos mil libras.

Es inevitable pensar en los resultados obtenidos en los trabajos recientes sobre el Valor Estadístico de la Vida en España (2-4) que sitúan este valor entre 2,8 y 4,8 millones de euros. Este resultado se acerca en su valor inferior al manejado por el Department for Transport del Reino Unido pero está muy alejado de las cifras empleadas a comienzos de los años 90 por el antiguo Ministerio de Obras Públicas y Transporte en el valor de referencia de un caso mortal evitado (25 millones de las pesetas de 1991, cifra que en valores actualizados a 2007 no llegaba a 250.000 euros) (4). De ahí es inmediato preguntarnos si se ha modificado esa cifra en los in-

formes de evaluación de políticas públicas que realiza actualmente el Ministerio de Fomento, o el de Sanidad, o la Dirección General de Tráfico o la Agencia de Evaluación y Calidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. En vez de responderles directamente, les remito al último Boletín Economía y Salud (5).

En suma, los resultados del estudio ponen de manifiesto que la aplicación de distintas metodologías y posicionamientos normativos en diferentes campos de acción puede llevar a resultados inconsistentes en la asignación de recursos públicos. Y que ello se da incluso en un país que abandera la evaluación de políticas. Resultado paradójico, sí, salvo que se considere que la evaluación de las políticas es un camino que apenas acaba de iniciarse (en unos países antes que en otros).

Juan Oliva

Universidad de Castilla la Mancha. Seminario de Investigación en Economía y Salud

(1) Grundy C, Steinbach R, Edwards P et al. 20 mph zones and road safety in London: a report to the London Road Safety Unit, 2008.

(2) Martínez Pérez JE, Méndez Martínez I. ¿Qué podemos saber sobre el Valor Estadístico de la Vida en España utilizando datos laborales? *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 190-(3/2009):73-93.

(3) Cobacho Torrel MB, López Nicolás A, Ramos Parreño JM. El coste de mortalidad asociado al consumo de tabaco en España. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84:271-280.

(4) Martínez, JE., Abellán, JM. y Pinto, JL. (2007), "El Valor Monetario de la Vida Estadística en España a través de las Preferencias Declaradas", *Hacienda Pública Española*, 183:125-144.

(5) Labeaga, JM. Transparencia y evaluación de políticas en España: lágrimas en la lluvia. *Economía y Salud*, 2013; n° 77. Libre acceso en: <http://www.aes.es/boletines/index.php?idB=18>.

Los costes evitables no nacen, se hacen. O de cómo abordar eficientemente el manejo de la cronicidad

Joynt K, Gawande AA, Orav J, Jha AK.

Contribution of Preventable Acute Care Spending to Total Spending for High-Cost Medicare Patients. JAMA. 2013;309(24):2572-8.

Contexto y objetivo

Una pequeña proporción de pacientes ocasiona la mayor parte del gasto sanitario y conocer sus patrones de consumo es crítico para poder reducir sus costes, pero sabemos poco acerca de qué proporción de estos costes, asociados a cuidados agudos, son evitables. Por ello se cuantifican los costes de la atención aguda evitable en los pacientes Medicare de alto coste.

Diseño, ámbito y participantes

Se agregaron los costes estandarizados de cada intervención hospitalaria y ambulatoria en una muestra del 5% de la población Medicare –1.114.469 beneficiarios mayores de 65 años– para los años 2009 y 2010. Se definió a los pacientes en el decil superior en 2010 como pacientes de alto coste, y a aquellos en el decil superior en ambos años como pacientes de alto coste persistente. Utilizaron algoritmos validados para identificar visitas urgentes e ingresos hospitalarios potencialmente evitables. La medida de resultado principal fue la proporción de costes por visitas urgentes o ingresos evitables en pacientes de alto coste.

Resultados

El 10% de los pacientes Medicare de mayor coste fueron más ancianos, más a menudo hombres, de raza negra, y con más comorbilidades que el resto de pacientes. En 2010, los pacientes de alto coste generaron el 32,9% de los costes por visitas urgentes. El 41% de estos eran evitables, frente al 42,6% en pacientes de coste no-alto. Los pacientes de alto coste ocasionaron el 79% de los costes hospitalarios, siendo evitable un 9,6%, frente al 16,8% en los comparados. Los pacientes de alto coste persistente siguieron un patrón similar tanto en visitas urgentes –43,3%– como en gasto hospitalario –13,5%. Las regiones con más oferta de médicos de atención primaria registraron más costes evitables.

Conclusión

Sólo una proporción modesta de los costes analizados parece ser potencialmente evitable. La capacidad para reducir costes en estos pacientes mediante intervenciones ambulatorias puede ser escasa.

Financiación: Agency for Healthcare Research & Quality y Robert Wood Johnson Foundation.

Conflicto de intereses: Varias ayudas. Alguno de los autores ha sido testigo en demandas contra Vioxx y Nexium.

Correspondencia: akesselheim@partners.org

COMENTARIO

La situación que describe el artículo –en la que un 10% de beneficiarios consume más del 70% de los recursos de la aseguradora pública– afecta a la mayoría de sistemas de salud desarrollados, el nuestro incluido. El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas explica en gran medida estas cifras. En España se estima que alrededor del 50% del gasto hospitalario (incluyendo servicios de urgencias) se dedica a la atención a patologías crónicas. Conocer en qué medida estos costes pueden ser evitados gracias a un mejor manejo de estas condiciones en el ámbito ambulatorio, evitando o retrasando el uso de recursos hospitalarios, es de vital importancia para los gestores sanitarios, y esta es la pregunta a la que trata de dar respuesta el artículo.

Los autores parecen algo decepcionados por la respuesta que han hallado. Con los algoritmos utilizados para determinar el carácter evitable de los costes, alrededor del 40% de las visitas urgentes y tan sólo el 10% de los ingresos de los pacientes de más alto coste serían evitables. Los autores concluyen que la capacidad real de Medicare para evitar costes mediante programas preventivos es limitada. Sin embargo, es difícil valorar si estas cifras son “mucho o poco”. Por un lado, no parecen porcentajes deleznable, en especial el 40% de costes evitables en servicios de urgencias. Por otro, las cifras de costes (realmente) evitados deben manejarse con prudencia. Desconocemos si se ha considerado el carácter no evitable de varios de los costes en que se incurre, por ejemplo, ante un ingreso evitable. Gran parte de los costes del ingreso hospitalario son fijos –personal, instalaciones, logística– y habrían de descontarse del coste total del evento “ingreso evitable” a la hora de hacer cuentas. Además, para que estos costes (o eventos) sean evitables, parece condición necesaria que se mejore la atención ambulatoria. Estas mejoras –políticas de promoción de la salud, programas de gestión de enfermedades y de gestión de casos– pueden tener costes, que ha-

brían de restar en la ecuación. Es interesante señalar aquí la importancia de que las intervenciones preventivas sean coste-efectivas, modulando su intensidad y asignando en estas a los pacientes adecuados mediante técnicas de estratificación de riesgos y criterios de impactabilidad individual.

En el estudio, los motores del gasto son eventos catastróficos –infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, cáncer o procedimientos ortopédicos, etc. Es importante aquí distinguir a los pacientes catastróficos –más susceptibles de beneficiarse de intervenciones paliativas que de chronic care– cuyos costes habrían de excluirse de la ecuación de la cronicidad. Los autores aventuran que una aproximación preventiva y a largo plazo pudiese haber evitado dichos eventos, apuntando la oportunidad de trazar una estrategia de salud poblacional para poder intervenir antes y en poblaciones de menor riesgo –con las consideraciones de coste-efectividad antes apuntadas–, mejorando los resultados en términos de ahorro de recursos de los programas de chronic care –el propio Medicare Coordinated Care Demonstration Program falló en su intento de controlar los costes de sus pacientes de alto coste. Los resultados del estudio en pacientes de no-alto coste sustentan esta misma tesis.

En definitiva, mejorando el funcionamiento de la atención ambulatoria y preventiva, es esperable evitar costes. Puede ser complejo determinar hasta qué punto. Cabe notar que los autores hallan que las regiones con más oferta ambulatoria soportan más gasto evitable. Moraleja: para dar una mejor respuesta al reto de la cronicidad –aproximación a largo plazo y con una óptica poblacional, estableciendo prioridades e incentivos, estratificando a la población en base a estas y actuando sistemáticamente mediante programas de gestión de crónicos coste-efectivos–, no basta con agregar recursos. Hay que renovar las organizaciones. Serán necesarias buenas dosis de reflexión estratégica, voluntad política y capacidad gestora.

Anibal García Sempere

Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Diferencias en el control de la diabetes entre aborígenes e inmigrantes

Soler-González J, Marsal J, Serna C, Real J, Cruz I, López A.

La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gac Sanit.* 2013;27(1):19-25.

Contexto y objetivo

Analizar si hay diferencias en la detección y el grado de control de los pacientes diabéticos entre inmigrantes y autóctonos en la región sanitaria de Lleida.

Método

Estudio poblacional observacional transversal que incluye a todos los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus de tipo 2 asignados y atendidos durante 2010. Se analizaron los indicadores de calidad de la diabetes y se utilizaron modelos de regresión logística multivariada que se ajustaron por la edad, el sexo y el número de visitas.

Resultados

El 8,78% de los pacientes autóctonos eran diabéticos (1,35% de los inmi-

grantes, $p < 0,001$). La HbA1c $< 7,5\%$ era del 68,04% en la población autóctona y del 54,76% en los inmigrantes. Los inmigrantes tienen un riesgo un 27% inferior de alcanzar el control óptimo de HbA1c (OR ajustada = 0,73). El riesgo de tener un buen control de HbA1c fue un 30% inferior en el grupo inmigrante.

Conclusiones

Peor control y registro de los indicadores de calidad en la atención de la diabetes mellitus en algunos grupos de inmigrantes.

Financiación: IDIAP Jordi Gol.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: jorgesolergonzalez@gmail.com

COMENTARIO

Pero la gente real, como fui descubriendo, de la misma forma que tiene problemas con los órganos de su cuerpo tiene problemas con sus vidas

(Cofiño R. "¿De qué servía parchearlos y enviarlos de nuevo de vuelta a sus vidas miserables?": <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2013/05/08/de-que-servia-parchearlos-y-enviarlos-de-nuevo-de-vuelta-a-sus-vidas-miserables/>)

El acceso universal y gratuito y la orientación a la atención primaria eliminan algunas barreras y mitigan consecuencias de las desigualdades pero no son suficientes. Persisten inequidades en salud derivadas de desigualdades socioeconómicas, con baja adherencia a tratamientos, barreras con el idioma, dificultades de transporte para acceder a los centros, problemas de comprensión de beneficios-riesgos de las recomendaciones profesionales, dificultades por otro lado no observadas en los wealthy, well-educated and well-insured. Centrándonos en la profesión y en un contexto de "pagar por ser" resulta más agradecido tratar sanos incentivándose además la trinchera en la consulta con el consecuente desconocimiento de la comunidad, con carteras de servicios poco adaptadas y que acrecentan la ley de cuidados inversos. Rediseño prudente de incentivos, primera vía de avance. Los indicadores de pago por desempeño (entre los que se incluye la diabetes), con varios años de singladura en Cataluña, no han sido específicamente diseñados para reducir inequidades en salud, es más, parecen persistir, como es el caso, después de su introducción. Aquellos más desfavorecidos y por ende menos sanos, pueden ser también los que sufran mayor abandono (selección de riesgos) pues "estropear los estándares de calidad" si no están ajustados por comorbilidad-gravedad y estatus socioeconómico. Cápite con ajuste de riesgos incorporando dichas variables puede ser otra vía de avance. Pero no todo en la vida es incentivo monetario. No es preciso cruzar fronteras para encontrar equipos (autoseleccionados) con gran motivación intrínseca, curiosamente los primeros en acometer la reforma (voluntarismo), docentes (acreditación) que, aún situados en los lugares con peor Índice de Desarrollo Humano consiguen mejores resultados (1). El déficit motivacional puede influenciarse con la publicación de datos sin recompensa financiera adicional "public reporting" donde encontramos correlación positiva entre uso de información en forma de lista-

dos nominales de pacientes y mejoras de resultados. Elección informada del consumidor, deterioro de la imagen pública o reputación de un proveedor (conlleva a interiorizar los costes de calidad inferior), y la retroalimentación de resultados como acicate de una praxis correcta pueden ser oportunidades a explorar, otra vía de avance adicional. El factor tiempo también es importante en la interpretación de la equidad. La "Hipótesis de la equidad inversa" se postula como un corolario de la "ley de atención inversa": nuevas intervenciones en salud tenderán a incrementar inequidades: inicialmente llegará antes a aquellos mejor posicionados socioeconómicamente. Sin embargo, con el paso de los años, cuando los más favorecidos no obtienen más beneficios se invierte esta tendencia (2). Informar a la población de cómo su condición afecta al binomio salud enfermedad podría acortar tiempos.

Pocos ponen en duda que políticas intersectoriales, incorporación de la equidad al trabajo diario, alfabetización sanitaria, formación y capacitación en desigualdades, son intervenciones necesarias para incrementar la efectividad asistencial (3). En este caso concreto, la mediación intercultural en los centros de salud consigue reducir brechas y dar respuesta a poblaciones de culturas sanitarias diferentes (4). Y dos comentarios finales: Primero: precaución al definir buen control -punto de corte, indicadores del tipo todo o nada- sin considerar factores psicosociales, recursos, comorbilidades, esperanza de vida, no sea que el resultado clínico obtenido diste mucho de una atención adecuada. Y segundo, la introducción de variables como educación y renta de los individuos y las características de los equipos ¿modificarían la hipótesis de peor control por el mero hecho de ser inmigrante?

Francisco Hernansanz

Médico general, Equip d'Atenció Primària Nord (Sabadell)

(1) Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Catalán-Ramos A, Pujol-Ribera E, Sampietro-Colom L. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy.* 2008;86: 335-44.

(2) Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 2000;356: 1093-1098.

(3) Hernández-Aguado I, Santolaya Cesteros M, Campos Esteban, P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl.1):6-13.

(4) Collado González, S. et al. Trabajo comunitario en el diagnóstico precoz del VIH. *Médecos de familia.* 2012;14:35-38.

Controlar el “sesgo de intensidad de observación” y los problemas de recurrencia al evaluar los resultados de la asistencia sanitaria

Wennberg JE, Staiger DO, Sharp SM, Gottlieb DJ, Bevan G, McPherson K, et al.

Observational intensity bias associated with illness adjustment: cross sectional analysis of insurance claims. BMJ. 2013;346:f549 doi: 10.1136/bmj.f549.

Contexto

Estudiar las variaciones injustificadas de las intervenciones sanitarias, en cuanto a uso de recursos y/o resultados, requiere de datos sobre el estado de salud previo (comorbilidad) de los pacientes o poblaciones y de métodos estadísticos que permitan ajustar por ellos (ajuste de riesgo).

Objetivo

Determinar el sesgo en el ajuste por carga de morbilidad a partir de la información de las bases de datos clínico-administrativas, derivado de la mayor o menor intensidad en la interacción población/servicios sanitarios.

Material y método

Informes del sistema de aseguramiento Medicare, por servicios realizados en 2007 a las poblaciones residentes en 306 áreas hospitalarias. Se analizan dichos informes para una muestra del 20% de los beneficiarios (n=5,153,877). Se contrasta el efecto, sobre la mortalidad y gasto, de ajustar por carga de enfermedad, teniendo o no en cuenta la heterogeneidad en los niveles promedio de visitas médicas entre áreas. Se emplean 3 índices de comorbilidad: índice de Charlson, condiciones cróni-

cas de lezzoni, y la clasificación jerárquica de condiciones clínicas –HCC– empleada por Medicare para el pago caritativo.

Resultados

Los modelos que introducen la comorbilidad ajustada por visitas explican mejor las diferencias en mortalidad. Las variaciones, en gasto y mortalidad, derivadas de estos modelos son inferiores a las de aquéllos sin corregir por el “sesgo de intensidad observacional”.

Conclusiones

El contraste de proveedores por sus resultados (mortalidad, gasto), ajustados por carga previa de enfermedad, está sesgado y favorece a las áreas con mayor intensidad de atención sanitaria (sesgo de intensidad observacional). Una vez corregidos por este sesgo, los índices de comorbilidad explican mejor las variaciones en riesgo de muerte ajustados por edad, sexo y raza.

Financiación: National Institute on Aging y Robert Wood Johnson Foundation.

Conflicto de intereses: Ninguno relevante.

Correspondencia: john.e.wennberg@Dartmouth.edu

COMENTARIO

John E. Wennberg lleva más de 40 años analizando las variaciones en las decisiones médicas en su impacto poblacional (1,2), ha facilitado la extensión de sus análisis “macro” (en contraste con los micro representados por los trabajos de adecuación), aportando: discurso (sobre la relación entre variaciones: e incertidumbre, oferta de recursos...), fuentes de información (bases de datos totalmente accesibles <http://www.dartmouthatlas.org>), y herramientas descriptivas (estadísticos de variación). Se ha convertido en un autor de referencia obligada en el campo de la Investigación en Servicios Sanitarios. Su enfoque continúa extendiéndose internacionalmente (<http://wennbergcollaborative.org/index.php>). Dos muestras locales: 1) la mitad de los 52 GCS publicados le dedican alguna cita. 2) En nuestro medio, el único proyecto de investigación colaborativa que abarca todo el territorio se inspira en sus planteamientos (<http://www.atlasvpm.org>), y su extensión paulatina alcanza, en la actualidad, otros 5 países europeos (<http://www.echo-health.eu/>).

Su labor es un buen modelo de programa de investigación o de lo que se ha denominado “tecnociencia” (3) para resumir la historia de los recursos (literatura, proyectos financiados, traducción de intereses y alianzas) dispersos por redes destinadas a acelerar la movilidad, la fiabilidad, la combinación y la cohesión de cierto tipo de indicios (discrepancias en las decisiones médicas) que hacen posible la acción a distancia (informar y reorientar la gestión sanitaria).

En este nuevo trabajo empírico el equipo de Wennberg aborda una limitación de sus fuentes fundamentales de información (bases de datos-clínico administrativas) a la que denominan “observational intensity bias”, un sesgo que condiciona la aplicabilidad de las citadas fuentes al contraste de la efectividad entre proveedores sanitarios. El razonamiento es sencillo: dado que estas bases son registros generados por los proveedores en sus interacciones con la población, diferencias en la intensidad de dicha relación condicionan la exhaustividad de los datos poblacionales acumulados sobre cargas de enfermedad. Como consecuencia, áreas más examinadas registran índices de morbilidad/necesidad superiores y sus proveedores alcanzan, por este artificio, mejores resultados en efectividad y eficiencia. Un estudio previo sobre la misma población, clasificando las áreas por quintiles de propensión a usar pruebas diagnósticas, los autores mostraban que los individuos que migran entre áreas situadas en diferentes quintiles adecuaban su patrón de uso al dominante en el nuevo contexto (4).

Este último trabajo da un nuevo paso en ese análisis del sesgo de intensidad “observacional”, proponiendo un método para corregir los índices de comorbilidad por dicho sesgo, y cuantificando el impacto del mismo sobre las medidas de resultado (mortalidad, gasto). Es una lástima que el BMJ no publique información sobre el proceso de revisión, el debate con los “referees” quizás podría aportar al lector interesado alguna clave para suplir las lagunas e imprecisiones metodológicas. Con todo, a nuestro entender, el trabajo presenta deficiencias en el análisis dado que los autores pretenden, con datos estructurados jerárquicamente en dos niveles (individuos y proveedores/áreas), valorar si ambos niveles interactúan: ¿Condiciona, y en qué medida, una variable medida a nivel de área (promedio de visitas que recibe cada población) la asociación entre la comorbilidad de los individuos y su riesgo de muerte o gasto sanitario incurrido? Este tipo de preguntas, en la literatura estadística actual –frecuentista o bayesiana–, tiende a solventarse en un solo paso dentro de los llamados modelos lineales generalizados mixtos o modelos multinivel. Obviar la estructura jerárquica de los datos, al construir las medidas corregidas de comorbilidad, ha podido afectar los resultados. Pero más allá de discrepancias metodológicas, sus conclusiones generales son corroboradas por otro estudio referido a Inglaterra y a la comparación entre hospitales en mortalidad ajustada por comorbilidad. En este caso, un sesgo similar recibió otra denominación: “la falacia de la constancia del riesgo” (5).

Julián Libro, Berta Ibáñez

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

(1) Wennberg JE, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973; 182:1102-1108.

(2) Wennberg JE. *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press 2010 (<http://www.trackingmedicine.com>).

(3) Latour B. *Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor, 1992.

(4) Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg JE, Fisher ES. Regional variations in diagnostic practices. *N Engl J Med* 2010;363:45-53.

(5) Mohammed MA, Deeks JJ, Girling A, Rudge G, Carmalt M, Stevens AJ, et al. Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals. *BMJ* 2009;338:817-20.

Los ricos visitan más al especialista pero esperan menos. Evidencias en España

Abásolo I, Negrín-Hernández MA, Pinilla J.

Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain.
Eur J Health Econ. 2013 Aug 2. [Epub ahead of print].

Objetivo

Contrastar si el tiempo de espera por consultas de diagnóstico y de tratamiento en atención especializada en el SNS español depende del estatus socioeconómico de los pacientes.

Métodos

Con los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 y modelos bayesianos de efectos aleatorios para la especialidad y la Comunidad Autónoma, estiman modelos explicativos del tiempo de espera por la última consulta al especialista público. La muestra, de tamaño 1929, incluye sólo a las personas que habían consultado en las últimas cuatro semanas. Los modelos ajustan por regresores de necesidad y de no-necesidad. Entre las variables de necesidad se incorpora toda la batería de datos de salud, presencia de enfermedades crónicas y limitación de actividad. Entre las variables de no-necesidad, ajustan por edad y sexo, cobertura de seguro, composición del hogar, hábitat rural o urbano y estatus socioeconómico, aproximado mediante el nivel educativo y la renta familiar. Estas dos últimas variables son las de interés principal en el trabajo. Estiman modelos separados para las consultas de diagnóstico (primeras consultas) y de revisión (sucesivas), con distintas especificaciones funcionales (distribuciones normal, log-normal y gamma).

Resultados

El 8% de los españoles ha consultado al especialista público en las últimas cuatro semanas. Los tiempos de espera varían ampliamente entre especialidades, por Comunidades Autónomas y según la consulta sea primera o sucesiva (menos tiempo para las primeras). Sin embargo, una vez se ajusta por características del paciente esas diferencias quedan muy aminoradas.

La renta es un predictor relevante de los tiempos de espera tanto para consultas diagnósticas como para las de tratamiento. Un aumento del 1% de la renta reduce el tiempo de espera por diagnóstico en un 0.26% y por revisión en un 0.28%. Solo los pacientes con estudios primarios presentan tiempos de espera por diagnóstico significativamente más largos (un 27.9%) que los universitarios. Las personas sin estudios o con estudios primarios esperan más por consultas de revisión que los universitarios (25.9% y 18.2% respectivamente).

También hay diferencias por edad. Todos esperan más que los jóvenes entre 16 y 34 años. Las mujeres esperan por diagnóstico más que los hombres y los que viven en zonas urbanas más que los de áreas rurales. No hay diferencias por género ni hábitat en las consultas de revisión.

Financiación: Ministerio de Economía y Competitividad proyecto de investigación.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: iabasolo@ull.es

COMENTARIO

Este trabajo muestra que a igualdad de necesidad los pacientes con menor nivel educativo y menor renta esperan más por una consulta especializada en el SNS español. Además, como los autores discuten, el estudio podría sesgar a la baja la inequidad, en particular en las consultas de diagnóstico.

Las diferencias por Comunidades Autónomas, que en el análisis descriptivo parecían tan importantes, desaparecen en los modelos multivariantes para las primeras consultas, pero subsisten para las de revisión. El trabajo ofrece una oportunidad a los responsables de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas significativamente más inequitativas (País Vasco, Canarias, Galicia y Extremadura) para que indaguen en el problema y atajen sus causas.

Los métodos bayesianos presentan ventajas de modelización claras cuando las distribuciones son no simétricas, como en este caso, incluso aunque la falta de información a priori sobre los parámetros obligue a emplear prior no informativos. Es el precio del pionero. Y es que apenas hay antecedentes que hayan estudiado la equidad en los tiempos de espera por consultas especializadas. Aunque desde conceptualizaciones discutibles, la utilización de la atención especializada en muchos países de la OCDE exhibe desigualdades pro-rico. Esto lo sabemos desde hace décadas gracias a los estudios de equidad publicados, pero pocos estudios empíricos se habían ocupado de si los ricos, además de utilizar más

la atención especializada, esperan menos. La mayoría de los trabajos sobre equidad de tiempos de espera se centran en la cirugía. Una excepción es el trabajo de Siciliani y Verzullipara (1) que con datos de pacientes mayores de 55 años de varios países europeos descubrieron que los pacientes más educados esperan menos y que la renta, aunque es significativa, tiene un impacto mucho menor.

Este trabajo pone en evidencia que en el SNS español, universal y gratuito, subsisten las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención especializada. No se sabe por qué, tal vez los pacientes socioeconómicamente aventajados tengan mayor capacidad negociadora con el especialista, o presionen mejor en atención al paciente. Tal vez haya problemas de comunicación médico-paciente, prejuicios o estereotipos (2). Tal vez sea por problemas de gestión.

Sería una pena que tú, lector de GCS, dejaras de leer el artículo porque consideres que con el resumen es suficiente. Es un trabajo bien escrito y argumentado que se disfruta leyendo.

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de GC

(1) Siciliani, L and Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Econ*, 2009. 18(11):1295-306.

(2) Balsa, AI and McGuire TG., Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ*, 2003. 22(1):89-116.

El pay-for-performance no ha contribuido a la mejora del control de la presión arterial en el Reino Unido

Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB.

Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011;342:d108.

Objetivo

Analizar el impacto de los incentivos financieros ligados a los programas de "pago por desempeño" en la calidad de la atención y los resultados en los pacientes con hipertensión atendidos en atención primaria.

Material y métodos

Análisis de series temporales interrumpidas con datos procedentes de los registros informatizados de atención primaria de la *Health Improvement Network* (THIN) del Reino Unido. Se incluyeron 470.725 pacientes con hipertensión diagnosticada entre enero de 2000 y agosto de 2007. Como intervención evaluada se consideraron los incentivos financieros el "pago por desempeño o rendimiento" (dentro del programa *Quality and Outcomes Framework*), que se instauró en abril de 2004 e incluyó objetivos específicos a los médicos de atención primaria para proveer unos cuidados de alta calidad para los pacientes con hipertensión arterial (y otras enfermedades crónicas). Como principales medidas de resultado se consideraron los percentiles de presión arterial sistólica y diastólica a lo largo del tiempo, el manejo y control de la presión arterial (< 150/90 mm Hg), la intensidad del tratamiento en intervalos mensuales desde el inicio (48 meses) y 36 meses después de la implantación del programa. También se examinó la incidencia acumulada de los principales resultados relacionadas con el control de la presión arterial y la mortalidad por todas las causas, considerando diferentes subgrupos (pacientes que iniciaron el tratamiento 6 meses antes de pagar por desempeño

y pacientes que iniciaron el tratamiento en el año anterior a enero de 2001) para evaluar las diferentes etapas de la enfermedad.

Resultados

No se observaron cambios en el manejo (cambio de nivel 0,85; [IC95%]: -3,04-4,74; $p=0,67$ y cambio de tendencia -0,01; IC95%: -0,24-0,21; $p=0,61$), el control (-1,19; IC95%: -2,06-1,09; $p=0,11$ y -0,01; IC95%: -0,06-0,03; $p=0,57$) o la intensidad del tratamiento de la hipertensión arterial (0,67; IC95%: -1,27-2,81; $p=0,41$ y 0,02; IC95%: -0,23-0,19; $p=0,71$) que pudieran ser atribuibles al pago por desempeño. Tampoco se observó efecto sobre la incidencia acumulada de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal o la mortalidad en ambos subgrupos de tratamiento.

Conclusiones

El "pago por desempeño" no obtuvo efectos perceptibles en los procesos asistenciales ni en los resultados clínicamente relacionados con la hipertensión. La retribución mediante "generosos" incentivos financieros, al menos en programas como los diseñados en el Reino Unido para el pago por desempeño, puede que no sean suficientes para mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos relacionados con la hipertensión y otras enfermedades.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno relevante.

Correspondencia: stephen_soumerai@hms.harvard.edu

COMENTARIO

En los últimos años, el "pago por desempeño" (P4P) está implantándose de manera acelerada en un buen número de países como una medida para impulsar mejoras en la calidad asistencial remunerando a los proveedores de la atención sanitaria según sus resultados en el cumplimiento de objetivos de preestablecidos (1). Este excelente trabajo presenta, a través de un enfoque cuasi-experimental longitudinal basado en el uso de series temporales interrumpidas, la evaluación de la efectividad del programa P4P sobre el manejo y el control de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en centros de atención primaria del Reino Unido. En el análisis los autores utilizan métodos de regresión lineal segmentada que controlan las tendencias seculares o factores importantes que podrían haber influido en la medida y en los resultados del estudio.

En términos generales, tras la implantación del P4P en el año 2004, no se observaron cambios (mejoras) en cifras de control de la presión arterial, en la intensidad del tratamiento farmacológico antihipertensivo ni impacto alguno en otras medidas de resultados finales como la mortalidad total o la morbilidad cardiovascular, sugiriendo así una falta de efectividad de este tipo de estrategias.

Aunque en principio medidas de este tipo parecen bastante lógicas, varias revisiones sistemáticas (2-4) ponen de manifiesto la falta de evidencia de estudios bien diseñados, que permitan apoyar o desaconsejar su implantación, sobre todo en el caso de programas dirigidos a enfermedades crónicas o factores de riesgo de alta prevalencia. Algunos estudios han sugerido

efectos positivos pequeños (en magnitud) y cortos (en duración), mientras que otros trabajos bien diseñados han cuestionado seriamente este tipo de medidas ante la ausencia de efectos clínicamente relevantes o, incluso planteando posible daño involuntario al paciente. Sin lugar a dudas, se necesitan más investigaciones de este tipo en esta área de los servicios sanitarios que sirvan para comprender mejor los factores específicos que puedan determinar (la falta) de efectividad (p.ej., ¿quién/es debe/n recibir los incentivos?, ¿cuánto y cómo debe pagarse?, ¿qué debe retribuirse (incentivos no financieros)?, etc.), además de otros aspectos relevantes ligados al entorno organizativo (estructural), social o cultural.

Ferrán Catalá-López

División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Madrid, España. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

(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) Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay C, Vernby A, et al. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD006731.

(3) Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD008451.

(4) Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157:889-99.

Informar sobre los costes y la radiación de las pruebas de imagen importa. Y también el orden en que se informa

Gimbel RW, Fontelo P, Stephens MB, Olsen CH, Bunt C, Ledford CJ, Loveland Cook CA, Liu F, Burke HB.

Radiation exposure and cost influence physician medical image decision making: a randomized controlled trial. Med Care. 2013;51:628-32.

Objetivo

Determinar si la información sobre seguridad y coste cambian la decisión de pruebas de imagen en los médicos.

Método

Estudio doble ciego, ensayo aleatorizado y controlado. A todos los médicos se les presentó un caso clínico tipo de paciente joven con tumor renal y las guías clínicas sobre imagen médica con tres pruebas adecuadas ecografía, tomografía computerizada (TC) y resonancia magnética (RM). Posteriormente de forma aleatoria se dividieron en dos grupos: uno fue informado sobre datos de costes y posteriormente de radiación; otro de radiación y posteriormente de costes.

Resultados

La mitad escogieron al principio la TC. Cuando leyeron la guía clínica del American College of Radiology (ACR) no cambiaron de pensamiento. En el

grupo que recibió primero la información de radiación, disminuyó las peticiones de TC significativamente ($p < 0,001$) aumentando las de RM y ecografía. Cuando les presentaron la de costes, descendió la de RM de forma significativa. En el grupo que recibe primero la información de costes, ya cae de forma significativa la TC y RM y aumenta la ecografía. El aporte posterior de información de radiación ya no modificó la decisión.

Conclusión

El orden de la información que se presenta es relevante para influir en las decisiones médicas.

Financiación: Uniformed Services University, programa de seguridad del paciente del Departamento de Defensa, EE.UU.

Correspondencia: ronald.gimbel@usuhs.edu

COMENTARIO

El riesgo de cáncer por radiación médica va en aumento, y se estima que un 2% de todos los tumores son y serán provocados por la TC. De estas últimas pruebas, se estima que del 20-40% son innecesarias. En muchas áreas de la medicina "menos es más" y más pruebas de imagen se asocian a peores resultados de salud (1).

Existen varias guías clínicas para pruebas de imagen, pero las más utilizadas son las del ACR y en Europa, las del Royal College of Radiology. No todas indican el nivel de radiación o el coste además de su variabilidad. La primera conclusión de este trabajo es que existen carencias formativas de los médicos. El orden en que se presenta la misma información influye. En un entorno particularmente sensible a los costes la vía más directa de influir en su decisión parecería dar primero esta información (3). Sin embargo, no todas las pruebas son igualmente válidas y habría que hacer la prueba más eficiente que evitara una escalada de otras pruebas. La prueba más barata no equivale a la más eficiente. En un paciente joven habría que intentar empezar siempre con pruebas con nula radiación ionizante. La información al médico solicitante se debería dar para que fuera formativa y que guiara al médico en su entorno informático habitual. Existen pruebas de que estos sistemas de ayuda a la prescripción ya funcionan (2).

¿Qué más se puede hacer para que las guías clínicas se utilicen? Tres cosas: formación, decisiones e incentivar su uso. Lo primero que destaca en su escasa aceptación es que, por ejemplo en España 80% de guías en España no sirven para nada (3). Las principales causas por las que los médicos no las siguen son de conocimiento, actitud y comportamien-

to. Entre las primeras destacan la falta de familiaridad o conocimiento. Para esta actitud existen varios factores pero el mayor es la inercia de la práctica previa y también la falta de acuerdo porque se consideran "libro de recetas teórico o demasiado rígido". Y en el comportamiento, las barreras individuales y del entorno laboral. En estas últimas es donde el proveedor del sistema sanitario tiene mucho que decir (2-4).

Además de los medios formativos citados, recordemos que los radiólogos tienen ya la potestad legal para indicar las pruebas médicas más adecuadas, démosles esa autoridad y potenciémosles en el sistema sanitario, evaluándoles por su desempeño. Respecto a la incentivación médica, deberíamos recordar al premio Nobel de Economía, Eric Maskin: "los incentivos logran más cosas que la ética o las prohibiciones". Si existen incentivos para otras actividades sanitarias, aquí también se deben plantear y cuidar de que no se pervertan (5).

Estanislao Arana

Fundación Instituto Valenciano de Oncología

(1) Srinivas SV, Deyo RA, Berger ZD. Application of "less is more" to low back pain. Arch Intern Med. 2012;172:1016-20.

(2) Bauer NS, Carroll AE, Downs SM. Understanding the acceptability of a computer decision support system in pediatric primary care. J Am Med Inform Assoc. 2013. Online. PubMed PMID: 23788628.

(3) Navarro A, Ruiz F, Reyes A, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. Rev Clin Esp 2005;11:553-40.

(4) Casey DE. Why Don't Physicians (and Patients) Consistently Follow Clinical Practice Guidelines?: Comment on "Worsening Trends in the Management and Treatment of Back Pain". JAMA Intern Med. 2013 online doi:10.1001/jamainternmed.2013.7672.

(5) Mannion R, Davies HT. Incentives in health systems: developing theory, investigating practice. J Health Organ Manag. 2008;22:5-10.

De sueños, también se vive: conocer, evaluar y coordinar prácticas de atención sanitaria y social para evitar cuidados inadecuados

Woodhams et al.

Triumph of hope over experience: learning from interventions to reduce avoidable hospital admissions identified through an Academic Health and Social Care Network. BMC Health Serv Res. 2012 12:153. doi:10.1186/1472-6963-12-153.

Problema

Nos enfrentamos al aumento de la demanda y costes de la atención sanitaria tanto por el envejecimiento social como por la aplicación de nuevas tecnologías y tratamientos, estimándose que un 1% de los usuarios del Reino Unido consume hasta el 30% de los recursos destinados a la atención sanitaria. Un foco preferente para los administradores es la reducción de la utilización de la atención sanitaria no apropiada, con criterios de eficiencia económica y manteniendo la calidad de los cuidados, especialmente en los ingresos hospitalarios no programados sin cirugía.

Objetivo

Determinar prácticas de cuidados sanitarios en una red establecida de centros sanitarios y sociales, destinadas a reducir ingresos evitables e intentando centrarse en las que ofrecen mejores resultados clínicos y socioeconómicos.

Métodos

Identificación, evaluación y comparación de intervenciones que reduzcan la hospitalización evitable mediante revisión de la literatura, estudios de casos y dos talleres presenciales de trabajo. La organización regional establecida (AHSN-Academic Health and Social Care Network-NHS-UK) sirve como vehículo para detectar iniciativas instauradas o piloto en todas las fases de la atención sanitaria, dirigidas a reducir ingresos evitables e invitando a colaborar a las personas implicadas en ellas, conociendo contextos de desarrollo y razones de éxito. Estas intervenciones se agrupan en tres fases de cuidados: en atención primaria dirigidas a prevenir ingresos, en servicios hospitalarios de urgencias y las posteriores al alta. Los talleres de trabajo (de media jornada) pretenden describir los grupos de pacientes con los que se trabaja, las mejores prácticas y las medidas aplicadas para conocer los resultados, con el ánimo de intercambiar conocimientos y mejorar experiencias.

Resultados

Se presentaron siete acciones significativas clasificadas en las tres etapas citadas de cuidados. Incluyeron el uso de modelos predictivos, equipos clínicos multidisciplinares especializados, gestores de casos, enfermera de enlace, médico generalista consultor en urgencias, audit clínico (con "Appropriateness Evaluation Protocol") y retroalimentación entre participantes.

La literatura ofrece programas efectivos en la reducción de hospitalizaciones evitables como los cuidados comunitarios a largo plazo, planes individualizados, herramientas de evaluación del riesgo, mejora de la planificación del alta o ampliar e integrar el apoyo socio-comunitario.

Con la agregación de datos en el estudio no se objetivaron variaciones firmes en la tasa de ingresos, no mostrándose efectivas a nivel macro las mejores intervenciones. Se valora la necesidad de una cultura de evaluación independiente y crítica de la práctica así como incluir las experiencias de los pacientes. Las actividades identificadas parecen realizarse de forma aislada, no siendo tenidas en cuenta por los directivos sanitarios.

Conclusiones

El artículo identifica estrategias para reducir las hospitalizaciones evitables en el desarrollo de la atención sanitaria, con un enfoque que ofrece la oportunidad de reunir a una amplia gama de profesionales en un foro de intercambio de experiencias innovadoras evaluando prácticas de trabajo y sus resultados.

La falta de coordinación e integración así como de cultura de valoración crítica y evaluación sistemática de acciones innovadoras y sus resultados, evita contrastar las diferentes labores y con ello el redirigir los recursos sanitarios hacia intervenciones comunitarias más rentables, por lo que seguiremos viviendo más de la esperanza, que del éxito.

Financiación: AHSN.

Conflictos de interés: Uno de los firmantes es directivo de un proveedor del NHS inglés.

Correspondencia: s.lusighan@surrey.ac.uk

COMENTARIO

Y costes innecesarios, añadiría al título. Ni "con crisis" ni "sin crisis": ¿qué buenos son los "Reinos de Taifas"! Para variar, nuestra cultura colectiva e individual nos lleva a ir cada uno por nuestro lado (atención fragmentada, paciente repartido (1) y "organizar" actividades que en general ni se evalúan ni se comparan y ¡tampoco se comparten! En este trabajo se nos presenta una más que interesante iniciativa de detección, evaluación y puesta en común de proyectos vigentes de mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia socioeconómica que tan ampliamente representan las hospitalizaciones inadecuadas (2,3) (hartamente estudiadas) extrayendo lo mejor de cada uno con la oración "algo tenemos que hacer" como subyacente, que parte inicialmente de unos pocos involucrados. El artículo muestra lo bueno y lo menos bueno de estas acciones.

Lo realmente valioso no es tanto que se nos hable de lo que conocemos, "ingresos inadecuados" sino que se haga sobre cómo identificar, evaluar y compartir experiencias participativas implantadas o en desarrollo en torno a este tema: hospitalizaciones inadecuadas especialmente por ingresos no programados en los que no se requiere cirugía, reconociendo deficiencias y aportando mejoras conocidas como necesidad de auditorías continuas y de una cultura de la evaluación de prácticas (y añadimos, de resultados), valorando realmente las acciones de dentro a fuera y de fuera hacia dentro, incluso reconociendo la aceptación que ten-

gan por la ciudadanía... con el fin de redirigir mejor los recursos socioeconómicos. Pensemos en todo lo desarrollado en más de veinte años: atención primaria, hospitalización domiciliaria, CMA, enfermeras gestoras-de enlace, salud mental ambulatoria, programas "de crónicos" con/sin tele-atención, pacientes expertos... podemos examinarlo en las webs institucionales de cada consejería de salud/sanidad. ¿Qué más hace falta? Debemos ampliar la mejora sobre el consumo inadecuado de recursos sanitarios, pese a quién le pese. "Todos a una..." ¿para cuándo? Compartir y cooperar es bien sencillo.

Sergio García Vicente

Departament de Salut Xàtiva-Ontinyent. Conselleria de Sanitat-València
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública-Universitat de València

(1) Repullo JR. Primaria y estrategias de crónicos: venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos. Aten Primaria. 2013;45(7):335-337. doi: 10.1016/j.aprim.2013.07.001.

(2) Fernández Gracia J, Martínez González MA, García Rodríguez J, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, García Martín M. Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. Med Clin (Barc). 1997;108:4-8.

(3) Freund T et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. Ann Fam Med. 2013 Jul-Aug;11(4):363-70. doi: 10.1370/afm.1498.

Privatización de la provisión asistencial y mortalidad evitable. Una perspectiva a partir de la experiencia italiana

Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D.

The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(2):132-8. doi: 10.1136/jech-2011-200640.

Epub 2012 Sep 29.

Antecedentes y Objetivo

En los años 90 en el sistema público de salud italiano se combinó una política de descentralización a las regiones con otra de privatización de la provisión de la atención hospitalaria y de especialistas (de un 80,5% de gasto sanitario público en 1980 a un 72,6% en 2000), que fue seguida de forma desigual por las regiones. Se aprovecha ese experimento natural para estudiar la relación entre el grado de crecimiento de cada tipo de (público y privado) y una variable de resultados sensible a la efectividad asistencial, la mortalidad evitable.

Métodos

Evaluación de la relación entre las tasas de cambio de la mortalidad evitable ajustada por sexo-edad y las de gasto público/privado en 19 regiones entre 1993-2003. El gasto privado se calculó como la suma del desembolso directo de las familias más los del SNS al sector privado. Se realiza una regresión lineal de efectos fijos: cada individuo (región) actúa como su propio control, y se relacionan variables cuantitativas, las independientes (variación público y privado a lo largo del período), y la dependiente (variación temporal de la mortalidad evitable). La misma modelización fue aplicada a la mortalidad no evitable, modelizando separadamente la tendencia general de descenso de la mortalidad en Italia y se estudió la colinealidad entre variables explicativas.

Resultados

Mayor gasto en prestación pública se asocia con disminución más rápida de la mortalidad evitable. Hechos los ajustes, cada 100€ per cápita adicionales aplicados en la prestación vía SNS, se asociaba a una reducción de un 1,47% de la tasa de mortalidad evitable (este es el único valor significativo $p > 0.01$). El sentido del resto de las correlaciones (no significativas) sería positivo (más gasto privado se alinea con un 0,47% de incremento de mortalidad evitable). El efecto en la mortalidad no evitable no era significativo y la asociación también tenía efecto positivo. La consistencia de este hallazgo se comprobó comparando dos regiones que en 2003 tenían grandes diferencias, Lombardía con mucho más gasto sanitario privado y PIB-per cápita que Toscana, aunque ésta última tiene más gasto en prestación pública; Toscana muestra un 10% menos de mortalidad evitable. También se comprueban que de dos regiones vecinas y similares en mortalidad evitable y prestación pública (1993), la que más creció en gasto público (Trentino -37%) mejoró a la que menos lo hizo (Friuli -32%).

Conclusiones y discusión

Este estudio avalaría que para mejorar en la mortalidad evitable es más eficiente invertir en prestación pública. Existen muchas debilidades y fuentes de confusión en este estudio que deben ser tenidas en cuenta (pocas regiones, cambios políticos en el mismo período, otras privatizaciones, etc.)

Financiación: Ninguna declarada.

Conflicto de intereses: Uno de los autores es propietario de un "pequeño" hospital.

Correspondencia: quercioli2@unisi.it

COMENTARIO

El artículo tiene particular interés por la actual coyuntura de debate sobre recortes presupuestarios, reformas del Estado de Bienestar y extensión del dogma de que el "gato privado" caza mejor los ratones-enfermedad que el "gato público". Y por eso se va a mirar con lupa, porque va contra-corriente, y apunta a que gastar en la pública, con todas sus ineficiencias, podría ser mejor negocio para obtener "value for money" que incrementar el gasto privado y la externalización al sector privado de la asistencia con financiación pública.

Apunta en esta dirección, pero el proyectil tiene poca pólvora. Este humilde 1,47% de reducción por cada 100€ de incremento de gasto en la provisión pública tiende, no obstante, a cobrar más significación cuando se reflexiona sobre el conjunto de la información, y se observa que es congruente con las hipótesis y teorías más extendidas. Primero, con el hecho de que en los países desarrollados estamos instalados en la parte plana de la curva de rendimientos del gasto sanitario (público y/o privado) en la salud ("flat of the curve medicine"). Sería sorprendente encontrar grandes impactos por el hecho del modelo de provisión, teniendo en cuenta que ambos tipos de asistencia tienen los mismos referentes de cultura profesional y estilos de práctica; otra cosa sería el desarrollo de modelos orientados a la salud pública, a la integración asistencial o a la priorización en función de la necesidad. Segundo, con el hecho de que no haya relación entre gasto sanitario y mortalidad no evitable; esta contrafactualidad explorada se alinea con la hipótesis de que las nuevas fronteras de mejora de la longevidad humana no parecen realizables con los instrumentos clínicos existentes; quizás sí con otras intervenciones en el ámbito económico, social, educativo, etc. En todo caso, vuelve a coincidir el resultado con lo teóricamente esperable. Y, tercero, con el sentido de correlación positiva (aunque insistimos no significativa) entre incremento de gasto sanitario privado y mortalidad evitable; aquí también se avalaría la escasa relación de la medicina guiada por el lucro directo del profesional o las empresas, y la adecuada focalización en lo más efectivo. De la demanda inducida por la oferta incluso cabría esperar mayor morbimortalidad en algunos ámbitos donde la efectividad decae y la inseguridad emerge.

En todo caso, la debilidad de las correlaciones y los problemas inherentes a estos modelos cuasi-experimentales, harán que asumir o no los hallazgos sea en último término un acto de fe individual. Personalmente no dejo de pensar... ¿qué pasaría si los hospitales públicos italianos avanzaran la próxima década hacia modelos de buen gobierno, gestión clínica, trabajo por procesos integrados con la atención primaria, y un buen marco de planificación de necesidades y tecnologías?; igual que en el caso de España, lo más sensato y efectivo parecería ser potenciar y reformar la prestación pública de servicios sanitarios (y no la externalización al sector privado) (1). Esta es mi convicción, pero, obviamente, no puedo llevarla al terreno de la demostración; o al menos no con esta limitada, aunque interesante evidencia.

José R. Repullo Labrador

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III

(1) Repullo JR. La mala senda de la sanidad pública. (http://elpais.com/elpais/2013/01/10/opinion/1357821159_682859.html).

Magallanes mantiene la flota unida y cada hospital aguanta su vela

Shwartz M, Peköz E, Labonte A, Heineke J, Restuccia J.

Bringing responsibility for small area variations in hospitalization rates back to the hospital. The propensity to hospitalize index and a test of the Roemer's Law. Med Care 2011;49:1062-67.

Contexto

Beneficiarios de Medicare, de 65 años o más, del Estado de Massachusetts sin límites especiales a la elección de proveedor ni sujetos a filtro alguno por un profesional de atención médica primaria. Datos del año 2000, anteriores por tanto a la importante reforma del 2006.

Material y métodos

Se seleccionan aquellas personas con un diagnóstico principal de isquemia transitoria, bronquitis crónica y enfisema, neumonía bacteriana, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, isquemia cardíaca, arritmia cardíaca, angina de pecho, síncope, dolor torácico, problemas de espalda (GRD 243), celulitis y abscesos (GRD 277), diabetes, alteraciones electrolíticas (GRD 296) o infecciones de riñón o tracto urinario. De ellas 302905 fueron tratadas ambulatoriamente y 52,746 ingresadas en alguno de los 66 hospitales del estado. Las áreas pequeñas se establecen mediante el algoritmo de agrupación de Ward y la gravedad se aproxima a través del APR-DRGs.

Para contrastar la ley de Roemer (en población asegurada, cama construida cama ocupada) se evitan los dos sesgos habituales: Primero, el de asignar camas a las áreas pequeñas según utilización lo que produce correlación automática aunque la oferta no induzca demanda. Segundo, imputar causalidad a la correlación camas-utilización que también podría explicarse como una anticipación de la demanda esperada. Para ello, y con un modelo bayesiano, los autores asignan a cada hospital los ingresos hospitalarios potenciales por cualquiera de las 15 causas arriba citadas y las camas resultantes por hospitalizado potencial se comparan con la propensión de cada hospital a ingresar pacientes.

Resultados

Se encuentra una fuerte relación entre propensión de cada hospital a ingresar y camas. De los 66 hospitales, 18 presentan alta propensión y 16 baja propensión, con diferencias significativas en ambos grupos en relación a la media. La gravedad media de los pacientes ingresados en los hospitales de alta propensión fue inferior a la gravedad media de los hospitales de baja propensión a ingresar y, aunque la diferencia carece de significación estadística, el tamaño del efecto –la diferencia entre los promedios de los grupos de alta y baja propensión– puede calificarse como ‘medio’ (ni pequeño ni grande).

Discusión

Queda contrastada sin sesgos la ley de Roemer: Las camas explican la propensión de los hospitales a ingresar sin relación alguna con la gravedad del paciente. Ello permite traer a colación tanto la conveniencia de planificar, para modelar la oferta, como la necesidad de que cada hospital asuma sus responsabilidades, sobre la propensión a ingresar, ya que los resultados del artículo permiten señalarlas partiendo del análisis de variaciones entre territorios.

Financiación: Agency for Healthcare Research and Quality.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: mshwartz@bu.edu

COMENTARIO

Vuelta a los clásicos (Evans, Fuchs, las ‘condiciones sensibles a la oferta’ de Wennberg)... y al sentido común existente detrás de todas las políticas conscientes de que el principal determinante de la utilización (aunque la llamemos morbilidad) es la oferta.

En España, con una Atención Primaria que gestiona la utilización, una oferta solo recientemente desbocada, y unos incentivos financieros menos potentes que en EE.UU., también encontraríamos, utilizando el modelo bayesiano del artículo, diferentes propensiones a ingresar difícilmente justificables. No tendrían por qué diferir mucho de las que viene publicando el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (1).

La relación entre propensión a ingresar y camas conviene verla más como incentivos a proveedores que como ‘camas’. En los años de Roemer, la cama era la medida de todas las cosas y, aunque en la parte B de Medicare, no gestionada, contexto del artículo comentado, los incentivos por actividad importan mucho, su traslación a España requiere contextualización. Peiró y Bernal (2) ya publicaron indicios favorecedores de la hipótesis de fascinación tecnológica para explicar la posibilidad de que los incentivos de tipo profesional asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada jueguen un importante papel en las VPM de atención hospitalaria en el SNS. Para ello se basaron en que: a) las tasas de los procesos más comunes de las respectivas especialidades, siempre que no vayan asociados a alguna innovación, parecen estar por debajo de las tasas de otros países; y b) las tasas de los procesos que se asocian a innovaciones tecnológicas parecen aproximarse notoriamente a las tasas de la población Medicare.

Nuestros cardiólogos e internistas (o su hospital) no cobran más por más pacientes que ingresen. La tecnología, en cambio, se asocia a reconocimiento profesional, viajes, conferencias... y, como dice Salvador Peiró “cuando se pueda operar un juanete con juanetoscopio de luz fría y colocar una prótesis de titanio y diamante el hallux valgus brillará con luz propia”.

La gran contribución del artículo posiblemente sea la de recuperar el análisis de variaciones en áreas pequeñas –no integradas ni coordinadas– obteniendo unos resultados que permiten determinar la responsabilidad de los hospitales de Massachusetts sobre sus tasas de ingreso. Se contribuye así a resolver un problema de los estudios de variaciones geográficas, particularmente en zonas densamente pobladas y con diferentes centros independientes proporcionando atención sanitaria: El de clarificar responsabilidades. No basta con que cada palo aguante su vela. Se necesitan ‘navegantes’ de la talla de Magallanes para mantener la flota unida y en rumbo a lo que importa (3).

Vicente Ortún

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

(1) <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

(2) Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit. 2006;20 (monográfico 1):110-6.

(3) Zweig S. Magallanes. Accesible en <http://es.feedbooks.com/book/3566/magallanes>.

Un éxito de la salud pública, y por tanto, de todos

Agüero F, Dégano IR, Subirana I, Grau M, Zamora A, Sala J, Ramos R, Treserras R, Marrugat J, Elosua R.

Impact of a partial smoke-free legislation on myocardial infarction incidence, mortality and case-fatality in a population-based registry: the REGICOR study. PLoS One 2013;8(1):e53722.

Antecedentes y objetivo

La enfermedad coronaria del corazón (EC) es la principal causa de muerte, y el consumo de tabaco es el más fuerte de los factores de riesgo modificables de la EC. El objetivo fue determinar el impacto de la prohibición parcial de fumar en lugares públicos implantada en España en 2006 sobre la incidencia, la hospitalización y la mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM), y sobre su letalidad a los 28 días, en Girona (España).

Métodos

Utilizando un registro de base poblacional (el estudio REGICOR), se compararon las tasas de incidencia, hospitalización y mortalidad, así como de letalidad a 28 días, por IAM en el periodo previo a la prohibición (años 2002-2005) y en el posterior (años 2006-2008). Para ello se utilizaron modelos de regresión binomial con ajuste por los principales factores de confusión.

Resultados

En el periodo posterior a la prohibición parcial de fumar, la incidencia y mortalidad por IAM descendieron significativamente (riesgo relativo [RR]: 0,89;

intervalo de confianza (IC) 95%: 0,81-0,97, y RR: 0,82; IC 95%: 0,71-0,94, respectivamente). La incidencia y mortalidad por IAM descendieron en ambos sexos, especialmente en las mujeres, y en las personas de 65-74 años. La incidencia de IAM también descendió en los ex-fumadores y en los no fumadores (fumadores pasivos). Sin embargo, la implantación de la prohibición de fumar no se asoció a menor letalidad por IAM.

Conclusiones

La prohibición parcial de fumar en lugares públicos implantada en España en 2006 se asoció a un descenso de la incidencia y mortalidad por IAM, en particular en mujeres, personas de 65-74 años y en fumadores pasivos. Estos resultados aclaran la asociación entre la mortalidad por IAM y la legislación sobre consumo de tabaco en lugares públicos, y apoyan su efectividad en la prevención de la EC.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Consell Interdepartamental de Recerca i Innovació-Tecnològica.

Correspondencia: edg7@cdc.gov

COMENTARIO

Las cosas bien hechas, bien parecen y mejor resultan. Una cosa bien hecha es haber invertido en desarrollar los sistemas de información que se utilizan en este trabajo (el estudio REGICOR y su enlace con el registro de mortalidad de Cataluña). Otra cosa bien hecha es la propia aprobación de la legislación parcial de consumo de tabaco en lugares públicos; aunque controvertida porque no incluía de forma total a los locales de restauración colectiva, fue un paso importante y, en el momento de su aprobación, era bastante avanzada por comparación con la legislación de la mayoría de los países europeos.

Lo que parece bien es el propio trabajo, porque está muy bien hecho y además es fácil de entender; en particular, la figura 1 vale más de mil palabras. Animo a los lectores a recuperar el trabajo (es de acceso gratuito) y verla; yo la usaré en alguna de mis clases para motivar a mis estudiantes a dedicarse a nuestro trabajo.

Por último, los resultados muestran un claro éxito de la salud pública. Este éxito tiene algunas características mencionables. La más importante es que, a diferencia de las intervenciones de medicina preventiva (e.g., consejo a los trabajadores para dejar de fumar), esta intervención de salud pública "erradica" el problema del tabaquismo pasivo en los centros de trabajo y produce beneficios "indefinidos" en términos de reducción de la incidencia de IAM. Además, a diferencia de intervenciones individuales, en las que resulta difícil que no haya alguna discriminación por sexo, edad o clase social, esta intervención beneficia (al menos en principio) a todo el mundo; la desaparición del tabaquismo pasivo en cada medio de trabajo afecta a todos los trabajadores sin distinción de edad, sexo, nivel jerárquico, trabajo desempeñado, etc. Otra cuestión más complicada es entender porqué los beneficios sobre el IAM se observan principalmente en las mujeres, un hallazgo que requiere investigación adicional. Por último, los be-

neficios se observan pronto. En sólo tres años después de la implantación de la legislación, la incidencia de IAM se reduce en un 11%, que alcanzó al 15% en los fumadores pasivos (de forma esperable los más beneficiados). No se trata de un éxito modesto, sino de un gran éxito. Para poner las cifras en contexto, ¿se imagina alguien que en España el PIB puede crecer a un 3,5% anual durante los próximos 3 años (casi el 11% acumulado)?

Estos resultados nos recuerdan que la legislación es uno de los instrumentos más potentes de la salud pública; es cierto que hay que preparar a la población para que se acepte y cumpla la legislación, y que hay que vigilar y reforzar su cumplimiento, pero cuando esto se hace bien, pocas cosas son tan efectivas como la "ley" para hacer de este mundo un lugar mejor.

Como sugieren los propios autores, es necesario ahora evaluar el impacto de la legislación de 2011 (prohibición prácticamente total de fumar en lugares públicos cerrados). La legislación debe mantenerse sin modificaciones y además se debe empezar a pensar en cómo reducir la exposición al tabaquismo pasivo incluso en los espacios cerrados privados. En un estudio reciente hemos visto que el tabaquismo pasivo en el hogar muestra una clara asociación positiva con el malestar sociológico en adolescentes españoles (1). Tendremos que echarle cabeza a este asunto en un futuro inmediato.

Fernando Rodríguez Artalejo

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

(1) Padrón A, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Second-hand smoke exposure and psychological distress in adolescents. A population-based study. *Tob Control*. 2012 Sep 22. [Epub ahead of print].

La contribución a la salud pública de la obligatoriedad del uso del casco por los ciclistas

Dennis J, Ramsay T, Turgeon AF, Zarychanski R.

Helmet legislation and admissions to hospital for cycling related head injuries in Canadian provinces and territories: interrupted time series analysis. *BMJ* 2013;346:f2674 doi: 10.1136/bmj.f2674.

Objetivo

Estudiar si la introducción de legislación sobre la obligatoriedad del casco en ciclistas se asocia a una menor frecuencia de traumatismos craneales en Canadá.

Tipo de estudio

Observacional de series temporales usando el conjunto mínimo de datos del Registro Canadiense de Traumatismos.

Ámbito

Las provincias y territorios de Canadá, entre 1993 y 2003, periodo en el que seis de las 10 provincias promulgaron legislación sobre cascos.

Participantes

Todos los ingresos en hospitales de agudos (n=66 716) por lesiones relacionadas con el uso de bicicletas en Canadá entre 1994 y 2008.

Principal medida de desenlace

Tasa de ingreso hospitalaria por lesiones craneales relacionadas con el uso de bicicletas antes y después de la entrada en vigor de la legislación provincial sobre uso de cascos en ciclistas.

Principales resultados de interés

Entre 1994 y 2003, la tasa de lesiones entre jóvenes (menores de 18 años) disminuyó en el 54% (intervalo de confianza al 95%: 48.2% a 59.8%) en las provincias con legislación sobre cascos comparado con la disminución del 33.1% (23.3% a 42.9%) en las provincias sin legislación. La tasa de lesiones craneales disminuyó el 26% (16.0% a 36.3%) en adultos en provincias con legislación y se mantuvo constante en provincias sin legislación. Sin embargo, al considerar las tendencias subyacentes, no fue posible detectar un efecto independiente de la legislación en la tasa de ingresos hospitalarios por lesiones craneales de ciclistas.

Conclusión

Las reducciones en las tasas de ingresos por lesiones craneales resultan mayores en las provincias que implantan legislación; aunque la propia legislación no parece modificar apreciablemente la tendencia que ya se venía observando en estas provincias. En un contexto como el canadiense donde se vienen haciendo múltiples acciones para mejorar la seguridad de los ciclistas y donde el uso del casco es frecuente, la contribución adicional de la legislación en las provincias parece haber tenido un efecto mínimo en la reducción de lesiones craneales.

Fuente de financiación: Ninguna.

Correspondencia: jessica.dennis@mail.utoronto.ca

COMENTARIO

El saber común atribuye al uso de casco por los ciclistas reducciones en la frecuencia de lesiones craneales, de ahí que entre las medidas para fomentar su uso se considere el uso obligatorio por ley. Para respaldar este tipo de normas, es preciso contar con bases científicas que muestren qué influencia tienen sobre el uso del casco y sobre la frecuencia de lesiones, además de otros efectos indirectos de interés (frecuencia del uso de la bicicleta, costes, desigualdad, etc.). Aunque los autores no citan una revisión previa sobre la cuestión (1), había dudas sobre los efectos positivos de esta legislación. Su investigación es pertinente pues normas similares están siendo consideradas en diversos países incluida España como un instrumento para reducir las lesiones por tráfico. Generalmente no se discute el efecto beneficioso del uso del casco para reducir lesiones craneales en los ciclistas, que se da por supuesto atendiendo a investigaciones previas, sino la capacidad de las leyes para añadir efecto a otras medidas no legislativas o el posible impacto de estas leyes en reducir el uso de la bicicleta. Así, en ciudades con dispositivos de acceso público a bicicletas, la obligatoriedad del casco podría reducir su uso pues no se entrega con la bicicleta en estos servicios, ni siquiera se plantea, por considerarse artículo de uso personal. Además este tipo de normativas reciben la crítica habitual a las medidas legislativas de salud pública que se entrometen en asuntos de opción individual. Lo interesante del trabajo es que aporta otros datos de interés además de los resaltados en las conclusiones para el asunto que nos ocupa. Por ejemplo, se observa que en las provincias con legislación el uso del casco es significativamente mayor que en las

provincias sin legislación, excepto en dos casos, en uno de los cuales el municipio de mayor importancia de la provincia ha implantado su propia legislación (efecto que no se ha controlado en los resultados). Por otra parte, la promulgación de leyes que obligan al uso del casco no parece haber reducido el uso de las bicicletas. Destaca también que la legislación se refiere al uso del casco en calles y carreteras, pero según refieren los autores el uso en otros entornos es muy alto en Canadá.

Creo que lo que más nos interesa aquí, es que aquellas provincias que implantan legislación ya han implantado previamente un variado abanico de intervenciones efectivas para el uso del casco y en general muestran tasas más bajas de lesiones craneales que el resto de provincias. De ahí que parece recomendable que antes de introducir nuevas normas, se vaya trabajando con la población y específicamente con el colectivo interesado en acciones no normativas, algunas de las cuales se han mostrado efectivas (2). Al igual que con el tabaco, el camino a legislar debe ser allanado por otras acciones y debe reforzarse atendiendo la protección de quien tiene menos capacidad de opción (menores por ejemplo o personas sin recursos).

Ildelfonso Hernández Aguado.

Catedrático de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández (Alicante).

(1) Macpherson A, Spinks A. Bicycle helmet legislation for the uptake of helmet use and prevention of head injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;3:CD005401.

(2) Owen R, Kendrick D, Mulvaney C, Coleman T, Royal S. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;11:CD003985.

La percepción de inseguridad laboral es un (moderado) factor de riesgo de enfermedad coronaria

Virtanen M, Nyberg ST, Batty GD, Jokela M, Heikkilä K, Fransson EI, et al.

Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;347:f4746.

Contexto

La intensificación de la competitividad del mercado laboral ha modificado los patrones de empleo provocando un incremento de la inestabilidad e inseguridad de los puestos de trabajo, situación acentuada con la crisis financiera global, por lo que tal inseguridad ha llegado a convertirse en una causa de estrés crónico. Factores psicosociales, como el estrés laboral se han descrito en la etiología de enfermedades coronarias, pero existen pocos trabajos que valoren la relación entre inseguridad laboral y estas enfermedades.

Objetivo

Realizar una revisión sistemática y meta-análisis para determinar y cuantificar la asociación entre la inseguridad laboral auto-percibida y la incidencia de enfermedades coronarias.

Método

Búsquedas en PubMed y Embase hasta 2012 y una búsqueda manual de las referencias citadas en los artículos utilizando la ISI Web of Science. Se seleccionaron estudios prospectivos de cohortes publicados en inglés desde 1992 hasta 2012. En una segunda estrategia se incluyeron datos a nivel individual de 13 cohortes europeas del Individual-Participant-Data-Meta-analysis in Working Populations (IPD-Work) Consortium.

La medida principal de resultados fue la incidencia de enfermedades coronarias durante el tiempo de seguimiento. La tasa media de desempleo a nivel nacional (7%) se utilizó para definir tasas altas o bajas de desempleo. Se analizaron los datos individuales de los participantes del estudio IPD-Work para establecer hazard ratios y sus intervalos de confianza (IC95), y el meta-análisis para evaluar la asociación entre inseguridad laboral e incidencia de eventos coronarios. Se realizaron análisis estratificados para valorar el efecto de diferentes factores.

Resultados

Se seleccionaron 29 de 329 artículos y, tras la revisión, sólo 4 estudios (publicados entre 1992 y 2004, en Estados Unidos y Europa) cumplían los criterios de inclusión. En la búsqueda manual, se encontraron 47 trabajos potencialmente relevantes, aunque posteriormente no se incluyeron. El número de participantes fue de 174.438, con 1.892 eventos incidentes de enfermedades coronarias durante el tiempo de seguimiento (9,7 años; 3,2-21,2). La inseguridad laboral se midió preguntando el nivel de inseguridad del trabajo actual o sobre el miedo a la pérdida de trabajo y al desempleo. La prevalencia de inseguridad laboral varió entre 9,6% y el 40,6%, siendo la media de 16,3%. Para valorar la aparición de eventos coronarios se utilizaron registros hospitalarios o médicos y registros nacionales de mortalidad. Se siguió a los participantes hasta la aparición de un evento coronario, la muerte o la pérdida. Dependiendo de los estudios se tiene información de variables sociodemográficas (sexo, edad...) sólo, o de otras variables de conductas de riesgo para la salud (uso de tabaco o alcohol, sedentarismo, IMC), o factores de riesgo (hipertensión, diabetes, colesterol). El riesgo relativo ajustado por edad de la alta versus la baja inseguridad laboral fue de 1,32 (IC95:1,09-1,59). Ajustado por otras variables sociodemográficas y factores de riesgo fue 1,19 (IC95%: 1,00-1,42). No se encontraron diferencias por sexo, edad, tasa nacional de desempleo o régimen de seguridad social.

Conclusiones

La inseguridad laboral auto-referida se asocia moderadamente al aumento en la incidencia de eventos coronarios, lo que es parcialmente atribuible a un menor nivel socioeconómico y a la presencia de algunos factores de riesgo. Los participantes que describen con más frecuencia la sensación de inseguridad, tienen un nivel socioeconómico más bajo, tienen menos actividad física, mayor prevalencia de hipertensión e hipercolesterolemia, que aquellos más seguros.

Financiación: EU New OSH ERA Research Program, Academy of Finland, BUPA Foundation.

Conflicto de intereses: No relevantes.

Correspondencia: marianna.virtanen@ttl.fi

COMENTARIO

Trabajo que resume la evidencia disponible sobre la asociación de la inseguridad laboral percibida y la incidencia de eventos coronarios. Los resultados obtenidos muestran la existencia de una modesta asociación entre ellos, y que esta puede ser un factor que modifique la incidencia de enfermedades coronarias, especialmente en individuos vulnerables. La heterogeneidad es moderada entre los estudios seleccionados (40%), pudiendo deberse a diferencias en la población seleccionada para los estudios, a la inclusión de diferentes factores de riesgo o a la duración del periodo de seguimiento.

Los autores señalan que la medición de la inseguridad laboral se ha realizado en el inicio del estudio y no tiene en cuenta la exposición permanente, sin embargo, estudios previos han demostrado que la exposición crónica a la inseguridad laboral puede ser más perjudicial que la exposición puntual (1); del mismo modo, no se incluyen medidas de factores a considerar como la severidad de las consecuencias de la potencial pérdida del trabajo, por lo que es posible que los resultados de este trabajo estén infraestimando el efecto de esta asociación.

La relación entre inseguridad laboral e incidencia de enfermedades coronarias no está clara, la percepción de poca seguridad laboral, entre otros factores, se asocia con una reducción de la satisfacción laboral y con una autopercepción negativa de la salud (2), provocando por otro lado, un aumento de conductas perjudiciales para la salud (incremento del número de horas trabajadas, disminución del estado anímico o depresión, ansiedad, aumento en el consumo de alcohol o tabaco, etc.), que puede ser variables confusoras a la hora de cuantificar el potencial impacto en el incremento de enfermedades coronarias.

Isabel Hurtado

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP-FISABIO), Valencia

(1) Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, et al. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:450-4.

(2) Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005;62:105-12.

¿Qué dijo el doctor? El recuerdo de instrucciones médicas

McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS.

What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Med Care.* 2012;50:277-82.

Contexto

Existe evidencia de que en Estados Unidos un gran número de personas tiene dificultades para comprender material informativo, en soporte impreso o multimedia, relacionado con temas de salud. Posiblemente, se debe a una deficiente adecuación del material y de la información a las características de los pacientes, por lo que a menudo recurren a la orientación que facilita el médico en consulta; ocurriendo especialmente en el caso de personas con niveles de alfabetización limitada. La comprensión de la información médica facilitada verbalmente ha sido menos estudiada.

Objetivo

Evaluar la capacidad que tienen los pacientes, en función de su alfabetización en salud, para recordar las instrucciones médicas facilitadas de forma verbal en el contexto de una entrevista médica.

Método

Estudio analítico observacional de corte transversal. Se reclutaron 755 pacientes de entre 55 y 74 años, sin problemas de visión ni audición, con un manejo fluido de la lengua inglesa y sin daños cognitivos severos.

Se diseñaron dos videos con información sanitaria presentada verbalmente por un médico: uno con instrucciones sobre cuidados para una herida por laceración (HL), y otro con información e instrucciones sobre un nuevo diagnóstico de enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERG). La duración aproximada de cada uno fue de dos minutos. Tras la proyección de cada video, los participantes respondieron un cuestionario con preguntas sobre la información recibida (7 ítems en el caso de HL y 10 en ERG -puntuaciones máximas 7 y 10, respectivamente-) y un test que permitió categorizar los niveles de alfabetización en: adecuada (AA), escasa (AE) o baja (AB). En el caso del video de ERG, los participantes respondieron una segunda vez al mismo cuestionario transcurridos 15 minutos.

Resultados

Aunque la mayoría de los participantes (72%) presentó niveles adecuados de alfabetización en salud, se observó una importante relación entre nivel de alfabetización y capacidad de recuerdo, siendo esta menor entre las personas con niveles de alfabetización menores tanto en el video sobre HL [Media(DE): AA=4.6(1.1), AE=3.5(1.3), AB=2.5(1.3); $p<0.001$], como en el de ERG [Media(DE): AA=6.5(1.7), AE=5.2(1.7), AB=4.2(1.7); $p<0.001$]. Independientemente del nivel de alfabetización, el nivel general de recuerdo fue bajo: sólo una cuarta parte de los participantes reconoció el dolor (29%) y la fiebre (28%) como signos de infección de la HL; por otro lado, tras la inmediata visualización del video de ERG tan sólo el 41% de los participantes recordaba cuándo debería tomar la medicación, y un 38% transcurridos 15 minutos.

Conclusiones

Muchas personas podrían tener dificultades para recordar la información médica transmitida verbalmente durante una entrevista clínica. Ser consciente del impacto que una escasa alfabetización puede tener en el recuerdo de la información, podría ayudar al personal médico a comunicarse de manera más efectiva y a emplear estrategias para confirmar la comprensión y mejorar el recuerdo por parte de los pacientes (p.e. facilitando también información impresa).

Financiación: National Institute of Aging.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: dmccarthy2@md.northwestern.edu

COMENTARIO

El término alfabetización en salud comenzó a utilizarse en la década de 1970 y puede concretarse en “el conocimiento de las personas, la motivación y las competencias que tienen para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información de salud con el fin de hacer juicios y tomar decisiones en relación a la misma” (1). Personas con un adecuado nivel de alfabetización en salud no sólo asumirán responsabilidades sobre su propia salud o la de su familia, también sobre la de su comunidad. Además, puede favorecer una mayor comprensión de la información recibida, una mayor capacidad para recordarla y, por consiguiente, una mayor atención a la propia salud en aspectos relacionados con la prevención y la adhesión a tratamientos.

Parece evidente la dificultad para comprender información médica en cualesquiera que sean los formatos en los que se presta, aunque se ha estudiado más en lo referido a formatos impresos o multimedia que a la información verbal. En nuestro entorno, pese a que la literatura al respecto es escasa, algunos trabajos han aportado algún conocimiento (2, 3).

Como señala el artículo, puesto que la comprensión de la información verbal y la capacidad para recordarla es limitada, parece aconsejable, por un lado, la entrega de material impreso y, por otro, la adecuación de la información facilitada a las características propias de cada paciente. En nuestro entorno existen recursos que pueden facilitar estas estrategias como, por ejemplo, el material aportado por diferentes instituciones dedicadas a promover la alfabetización y responsabilidad del paciente sobre su propia salud (p.e. escuelas, aulas o universidades de pacientes). Además, el impulso que desde hace unos años se viene realizando por parte del Sistema Nacional de Salud para promover la utilización de guías de práctica clínica, está favoreciendo la elaboración de material específico dirigido a pacientes (disponible en www.guiasalud.es).

El éxito de la información verbal facilitada depende, además de lo señalado, de cómo se desarrolle la interacción que se produce entre emisor y receptor. Precisamente, este último aspecto es una limitación importante reconocida en el artículo al no poder interactuar los participantes en el estudio con el emisor del mensaje (video).

José Miguel Carrasco Gimeno

Profesional independiente de la salud, la sanidad y el bienestar social

(1) Sorensen K, Van den BS, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80.

(2) García-Retamero R, Galesic M, Gigerenzer G. Cómo favorecer la comprensión y la comunicación de los riesgos sobre la salud. *Psicothema.* 2011;23:599-605.

(3) Barca I, Parejo R, Gutiérrez P, Fernández F, Alejandro G, López C. Information given to patients and their participation in clinical decision-making. *Aten Primaria.* 2004;33:361-4.

La percepción de los pacientes de su seguridad: más allá del no sabe/no contesta

Bjertnaes O, Skudal KE, Iversen HH, Lyndahl K.

The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I): assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability. *BMJ Qual Saf* .2013;22:743-751.

Antecedentes

Además de la efectividad clínica y la seguridad, la percepción del paciente sobre la atención recibida es una cuestión clave para juzgar la calidad asistencial y los riesgos de la asistencia sanitaria. Aunque existe un interés notable sobre la cuestión, revisiones recientes han puesto de manifiesto la inexistencia de una metodología válida y de uso general (1-2).

Objetivo

Elaborar un instrumento (PRIH-I) y evaluar su fiabilidad para conocer la percepción de la seguridad por parte de los pacientes atendidos en hospitales de Noruega.

Método

La primera fase consistió en la elaboración de un cuestionario de preguntas sobre los incidentes relacionados con la seguridad clínica atendidos en hospitales (PRIH-I). El proceso se basó en una revisión de la literatura y entrevistas semiestructuradas con profesionales. Una prueba piloto mediante entrevistas cognitivas a 19 pacientes demostró que muchos se sentían incapaces de juzgar algunos aspectos, lo que implicaba que algunas preguntas tenían que incluir una opción de 'no sé'. De igual modo, el hecho de que muchos pacientes no tuvieran experiencias negativas obligó a incluir la opción de "no aplicable" entre las respuestas posibles. En una segunda fase, las preguntas seleccionadas para el PRIH-I fueron incluidas en una encuesta nacional sobre percepciones en hospitales de Noruega. Se calculó un "índice de incidentes" sobre 12 de los aspectos incluidos.

Se realizó un análisis descriptivo y la valoración del coeficiente de correlación intraclass y el coeficiente de Kappa para evaluar la fiabilidad test-retest y fiabilidad para hospitales. Así mismo se utilizó la regresión lineal múltiple para evaluar las variables que influían sobre la percepción del paciente sobre la atención recibida.

Resultados

El cuestionario se remitió a 23.420 pacientes entre 1 y 5 semanas tras el alta a fin de que tuvieran reciente su experiencia asistencial, obteniéndose una tasa de respuesta del 46%. Un segundo cuestionario para valoración de la fiabilidad obtuvo una tasa de respuesta del 60,4%.

La mayor parte de respuestas desfavorables se centraron en los aspectos relativos al control de medicación, forma en la que los profesionales gestionaban los errores y a la transmisión de información importante acerca de los pacientes entre el personal sanitario. Pese a algunas limitaciones, la fiabilidad del instrumento es satisfactoria para la mayor parte de ítems considerados. La fiabilidad dentro del hospital fue excelente.

El análisis de regresión mostró que las lesiones derivadas de la cirugía, el retraso diagnóstico y los errores relativos a la medicación fueron los predictores más importantes para una deficiente percepción de la seguridad. En menor grado, pero con valores igualmente significativos, destacaron aspectos relacionados con la atención médica, errores de medicación, la organización y la información.

Conclusión

El 10,5% de los pacientes percibió que habían sido tratados incorrectamente en el hospital. Sin embargo, la gran mayoría de encuestas arrojaron respuestas favorables, indicando un buen nivel de seguridad percibida con un índice

de incidentes del 1,21% (SD:: 1,69). Pese a algunas limitaciones en la evaluación test-retest de algunos de los ítems incluidos, la fiabilidad del instrumento a nivel hospitalario es excelente, por lo que según los autores puede ser útil y coste-efectivo para su inclusión estudios multicéntricos.

Financiación: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Correspondencia: oan@kunnskapssenteret.no

COMENTARIO

Medir con validez y precisión los daños relacionados con la atención recibida es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente. Sin embargo todas las fuentes de datos y métodos tienen sus limitaciones. La visión del paciente puede ser una efectiva fuente de información. Pasar de lo retórico a lo concreto y de palabras a hechos es uno de los retos pendientes cuando hablamos –a veces sin demasiado fundamento, de involucrar a los pacientes en la mejora de la seguridad.

Una buena investigación de los daños relacionados con la atención sanitaria exige: elegir bien el método, adaptarlo al entorno asistencial y valorar la comparabilidad con otros estudios (3).

Este trabajo supone una contribución destacada en dos aspectos: el desarrollo teórico de la percepción de la seguridad por parte del paciente, a través del proceso de elaboración del cuestionario y la introducción de la dimensión de la seguridad percibida en una encuesta nacional dirigida a evaluar la calidad asistencial. Conocer la percepción de la calidad y la seguridad por los pacientes completa la visión, a veces sesgada e insuficiente de los profesionales, de los factores que la determinan y contribuye a identificar prioridades por parte de quien es la razón de ser del sistema sanitario: los pacientes.

Un aspecto relevante a considerar es el contraste entre las reducidas cifras de percepción de incidentes del estudio, próxima al 1% y la cifra habitual de eventos adversos detectada a través de la revisión de la historia clínica en los estudios epidemiológicos de base nacional, casi siempre próxima al 10-12%. Las respuestas de los pacientes pueden parecer excesivas en la opción de "no sabe/no contesta", pero lo que estos saben y padecen es importante y lo que no contestan, por considerarlo irrelevante o que no les afecta, puede indicar aspectos preocupantes sobre desconocimiento del riesgo asistencial. Por último, la lectura del artículo induce a pensar en la necesidad de realizar innovaciones metodológicas de las clásicas encuestas de satisfacción del paciente, algunas de resultados previsibles y con frecuencia complacientes y benévulos con el sistema.

Carlos Aibar Remón

Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Blanca Obón Azuara

Universidad de Zaragoza

(1) Ward JK, Armitage G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2012;21:685-99.

(2) Massó Guijarro P, Aranaz Andrés JM, Mira JJ, et al. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Qual Saf Health Care* 2010;19:144-7.

(3) WHO. Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/PSP_MethGuid.pdf

Simenon

Manuel Arranz

Georges Simenon

Las hermanas Lacroix, traducción de José Ramón Monreal, Barcelona, Acanalado, 2013.

La casa de enfrente, traducción de Carlos Pujol, Barcelona, Acanalado, 2013.

“Todas las familias tienen un cadáver en el armario...”.

“... cada vez que había tratado de vivir, lo que él siempre llamó vivir, había chocado violentamente con unas paredes”.

Hace algunos años, escribí un breve relato, brevísimo, quizás incluso sea excesivo llamarlo relato, que titulé así: Simenon. Para que luego digan de mis títulos. Ahí va:

“En literatura siempre he tenido claras mis preferencias. Con pocas, muy pocas variaciones las he mantenido hasta hoy inalterables. Naturalmente algunos autores han subido en mi estima y otros han bajado, y esto sin necesidad por supuesto de releerlos, en ocasiones incluso, como en el caso de Simenon, sin haberlos leído nunca ni tener intención de hacerlo. Ante una lista de autores o sus fotografías publicadas en algún periódico, elegía siempre a aquellos cuyas obras hubiera querido escribir. Indefectiblemente los mismos siempre, sin importarme lo más mínimo sus defectos físicos o las humillaciones por las que hubieran tenido que pasar en su vida. Podría dar una lista ahora mismo, pero no serviría de nada. Diré sin embargo que en esa lista nunca hubiera estado Simenon. No hace mucho se publicó su biografía, que tampoco he leído, y entonces nos enteramos de que su prolijidad no fue sólo literaria. La fotografía de su mujer y de su secretaria que convivía con ellos en la misma casa, y con la que mantuvo relaciones sexuales diarias durante más de cuarenta años, me conmovieron profundamente y desde entonces no puedo ver una fotografía de Simenon sin desear parecerme a él, ser como él. Incluso, si fuera necesario, literariamente”. Pues bien, estaba equivocado. He leído a Simenon. Y siento defraudar a algunas personas, pero por lo que realmente fue admirable Simenon no fue por sus innumerables mujeres, sino por su innumerable literatura. ¡Quién lo iba a pensar! Casi cualquiera de sus cerca de doscientas novelas podría avalar esta afirmación. Pero detengámonos un momento en las últimas que acaba de publicar Acanalado, que se ha propuesto ofrecérselo íntegro en excelentes traducciones. La última hasta la fecha, que naturalmente no es la última, *Las hermanas Lacroix*, data de 1938, cuando Simenon contaba ya con docenas de novelas a sus espaldas. La penúltima, *La casa enfrente*, es de 1933. Y una observación antes de empezar: el encasillamiento de Simenon en el género negro, vulgarmente llamado policíaco quizás con más propiedad –las denominaciones vulgares suelen ser siempre más exactas–, le ha beneficiado tanto como le ha perjudicado. Es posible incluso que fuera uno de los motivos para no otorgarle el tan ansiado Nobel. Pero Simenon es uno de los grandes, y a los grandes los géneros siempre les quedan pequeños.

Las hermanas Lacroix. “Todas las familias tienen un cadáver en el armario...”. No es más que la cita inicial. Una buena cita hay que reconocer. Un cadáver que a veces está vivo. Y los cadáveres vivos, ya

pueden imaginarse, son un incordio, no paran de crear problemas hasta que se les entierra. En realidad son, en sí mismos, un problema: *el problema*. A continuación, no se preocupen no voy a contarles el argumento, una muchacha en una iglesia pide a la Virgen... Llena eres de gracia... por su familia... La descripción de la iglesia, las llamas danzanas de las velas, la muchacha, su plegaria... Llena eres de gracia..., el confesor, el ajetreo del sacristán, pasos, chirridos, la lluvia afuera, en la calle, una voz familiar que grita su nombre, un sobresalto, una conversación entrecortada, angustiada... en una palabra, magistral, un par de páginas, Simenon no ha necesitado más, para conseguir lo que otros apenas consiguen, cuando lo consiguen, con docenas. Todavía no ha sucedido nada, pero ya sabemos que sucederá, mejor aún, ya sabemos que ha sucedido, y que lo que ha sucedido es irremediable, insidioso, seguramente humillante. Simenon, si me permiten expresarme así, sabe contar magistralmente lo que no cuenta. Es como leer en un cuadro. Vemos la escena que ha plasmado el pintor. Por ejemplo una familia en torno a una mesa cenando, escena clásica por antonomasia, escena dramática. El padre, la madre, una tía, el hermano, una sopa de puerros humeante, casi podemos olerla, vemos el gesto de cada cual, el rostro cansado del padre, la mirada interrogativa de la madre, el gesto airado de la tía, y adivinamos toda la historia. Podemos equivocarnos en los detalles, pero no en lo sustancial. ¿Y qué es lo sustancial? Lo sustancial es el miedo, lo sustancial es el odio, los celos, el resentimiento, el rencor, la angustiada angustia, la soledad, lo sustancial es la crueldad, la inocencia perdida. Sí, en el seno de una familia como en cualquier otra parte. Nada fácil de plasmar todo eso en un cuadro, en un relato, y que Simenon consigue con una naturalidad y economía pasmosas. Los personajes, los del cuadro o los de la novela, tienen todos ellos comportamientos tan naturales como extravagantes, no siempre es fácil distinguir entre ambos, comportamientos familiares, no terminar una frase, levantarse precipitadamente de la mesa, no contestar a una pregunta, asomarse inopinadamente a una ventana, salir dando un portazo. Y, una vez más, todo eso está tejiendo insidiosamente una historia, una historia familiar. Sí, lo han adivinado, familiar es la palabra clave en esta novela de Simenon, que también tuvo una familia, ¡y menuda familia!, con su cadáver insepulto en el armario incluido, como cualquier familia que se precie.

La casa de enfrente. “Uno se construye su madriguera. Se crea sus costumbres. Incluso no llega a pensar más que fragmentariamente, de una forma vaga, como se sueña”. Simenon no se molesta demasiado con los títulos de sus novelas. Mejor dicho, concibe los títulos como todo lo demás, la trama, el escenario, los personajes. Los per-

sonajes de Simenon son hombres y mujeres normales, con los estigmas que deja la vida a su paso, hombres y mujeres que se encuentran, por los azares de esa vida, azares que otros llaman necesidad, en situaciones de las que han perdido el control, mejor dicho, de las que nunca han tenido el control, situaciones que dirigen sus vidas en una dirección en la que no saben si quieren ir y cuyo destino ignoran. “Había pasado algo, algo insignificante y que sin embargo dejaba huella”. Después, o quizás ha sido antes, sucede un derrumbamiento, lento y fatal, de uno mismo, y aparecen los primeros signos corporales, inconfundibles, cansancio, arrugas, ojeras, un caminar indolente, barriga, desconfianza, soledad, incluso en compañía. Simenon es magistral describiendo todo esto sin aparentemente describirlo. Perder las riendas de la propia vida no tiene nada de anormal ni de patológico, no es una situación tan excepcional como podría pensarse, es más, es la situación habitual de la mayoría de hombres y mujeres. ¿Juguetes del destino? Más bien víctimas de él, si llamamos destino a la historia en unos casos, y a la biografía en otros. La libertad es la conciencia de la necesidad, permítanme la cita aunque sólo sea por la época que recrea Simenon en *La casa de enfrente*. Eso era lo que decían los teóricos marxistas de entonces. Hoy son muchos los que piensan lo contrario: la necesidad es la conciencia de la libertad. Suena casi igual, pero es todo lo contrario. Rusia en tiempos de Stalin. Una ciudad portuaria, próxima a la frontera con Turquía, una ciudad donde llueve a menudo y las calles suelen estar llenas de barro, no muy grande, pero con consulados y cónsules más o menos testimoniales e indiferentes, que asisten, prudentes, desde la galería, al nacimiento de una sociedad nueva, de una burocracia nueva. La novela data de 1933, año en que Simenon visitó Rusia. Y es justo recordar que Simenon fue de aquellos escasos escritores –Gide, asiduo lector de Simenon, sería en 1936 otra excepción–, que se dieron cuenta muy pronto del significado real del realismo socialista, mientras la mayoría de los intelectuales franceses, hasta bien entrados los setenta del siglo pasado, estuvieron dándonos la matraca con las bondades del mismo.

Leer a Simenon es un extraño y doble placer. (Todo placer auténtico siempre es doble.) En su caso, el placer de leer unos relatos magistralmente escritos, una prosa maravillosa (un brindis aquí por los traductores), y el placer de unas historias que tienen la virtud de inquietarnos desde el primer momento, de ponernos en guardia y hacer que nos preguntemos: ¿Cómo ha llegado Simenon a saber todo esto de nosotros? ¿Quién se lo ha contado? ¿Hay lazos más fuertes que el amor? ¿Algo más fuerte que la voluntad?

Quizás, permítanme que vuelva a insistir, una de las mayores virtudes de las novelas de Simenon sean sus personajes. Un gesto apenas esbozado, una frase dicha al azar, una peculiaridad física o psíquica, un silencio, le suelen bastar para conseguir unos personajes que no necesitan descubrirnos sus pensamientos más íntimos para que los conozcamos y sepamos a la vez que ocultan algo (el cadáver en el armario; aunque el cadáver también pueden llegar a ser ellos mismos). ¡Y entonces, ocurre! “Había pasado algo, algo insignificante y que sin embargo dejaba huella”. Algo previsible desde hacía tiempo, previsible incluso para el lector poco atento. Simenon no busca la sorpresa, ese fácil recurso que enseñan en los talleres de escritura, como si se pudiese enseñar a escribir. Él es más ambicioso, por eso los golpes de efecto no suelen entrar en su repertorio. Los suyos, me refiero a los golpes, son más contundentes, más duros, más inapelables, aunque sean previsibles. Lo que no era previsible en cambio, eran las consecuencias y las reacciones que ese hecho previsible y hasta provocado podía tener. También en la vida sucede así, piénsenlo un momento. Si me permiten el símil, sucede como en el ajedrez, juego al que supongo Simenon era aficionado, en que un movimiento inesperado, no importa si torpe o calculado (un buen jugador tiene que saber calcular hasta el azar), o el sacrificio aparentemente absurdo de una pieza (una de las jugadas preferidas de los maestros, una victoria sin sacrificios no tiene el mismo sabor), cambia de pronto toda la partida. No es que haya que empezar de nuevo, la partida ya está iniciada y no puede volverse atrás, hay que llegar hasta el final. Pero un solo movimiento, una pieza que avanza o que retrocede, ¡quién lo hubiera pensado!, ha cambiado el escenario del juego, el teatro de operaciones, y ahora el valor de las piezas y de los peones ya no es el mismo, depende, como sabe cualquier aficionado al ajedrez, de su posición respectiva, y la estrategia anterior, en el caso de que se tuviese alguna, ya no sirve. Los relatos de Simenon son como una exposición perversa del principio de causalidad, donde todo es a la vez causa y efecto de todo, donde lógica y razón desafían las apariencias, y al mismo tiempo es oro todo lo que reluce y las apariencias no engañan; porque las cosas, al final, casi siempre son lo que parecen. Todo lo dicho aquí sobre *Las hermanas Lacroix* y *La casa de enfrente*, podría hacerse extensivo a la mayoría de las novelas de Simenon, novelas que arrastran desde las primeras líneas (me resulta difícil imaginar a un lector que deje una novela de Simenon a medio leer, incluso en el caso de que prevea el final), novelas que desazonan, que inquietan, que seducen, novelas, en definitiva, que se leen como novelas, un género que todavía no se había pervertido, y del que Simenon fue un maestro indiscutible.

GCS EN LA RED

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