

Editorial	
La Atención Farmacéutica. ¿Antes consagrada que contrastada?	3
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Información entre hospital y atención primaria al alta del paciente: tardía, incompleta y no siempre	11
Comunicación Primaria-Especializada: importancia en el uso adecuado de los medicamentos	12
El escaso uso de instrumentos de utilidad contrastada para evaluar la utilización	13
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Las estatinas reducen el riesgo cardiovascular también en los japoneses. Y a nosotros ¿qué nos importa?	14
Los múltiples beneficios del ejercicio en las mujeres con cáncer de mama	15
En pacientes con infarto que no tuvieron una reperfusión inmediata, la reperfusión tardía no aporta beneficios sobre el tratamiento médico	16
Más razones para no realizar el cribado de cáncer de pulmón en personas asintomáticas	17
Los tubos de ventilación no mejoran el desarrollo infantil (valorado a los 9-11 años de edad)	18
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Aviso para eventuales planificadores: los médicos de las áreas con más recursos no perciben mejor calidad, ni más comunicación, ni mayor satisfacción profesional	19
La auditoria y el feedback pueden mejorar la práctica clínica... pero no siempre	20
Relación inversa entre tasas de cesáreas y su nivel de adecuación. O cómo medir la adecuación sin recurrir a paneles de expertos	21
Modos de ver	
Los marcos conceptuales de evaluación del desempeño de los servicios sanitarios... ..	22
... y sus utilidades	23
Evaluación económica, eficiencia, costes	
Comparaciones internacionales del gasto sanitario: la dimensión regional es importante	25
El precio de los medicamentos pagados por el sector público puede producir efectos indeseados	26
Utilización de servicios sanitarios	
El uso de los stents coronarios liberadores de fármacos en Italia proporciona algunas pistas sobre el papel de los incentivos ante igual evidencia sobre eficacia y diferente utilización en el sector público y privado	27
Algunos efectos de las visitas a urgencias, o como ir a por lana y... ..	28
Gestión: instrumentos y métodos	
La utilidad de la historia clínica electrónica para construir indicadores depende de la información incluida en la propia historia	29
Sucesos “gatillo”: una herramienta de interés para identificar efectos adversos en cuidados intensivos	30
Los pacientes son el combustible del sistema sanitario (o así parece, al menos)	31
La redefinición de la enfermedad	
La mayoría de las personas con enfermedad renal crónica detectada por cribado no desarrollarán una enfermedad renal terminal	32
Suplementos de antioxidantes: No siempre algo es mejor que nada	33
Política sanitaria	
Desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos y Canadá	34
Abrir nuevos servicios especializados asegura más intervenciones por habitante. No es tan seguro que la salud de la población mejore	35
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Las “ayudas a la decisión” para pacientes no incorporan suficientemente sus experiencias y perspectivas	36
Los cuidados inversos, por la jeta	37
Investigaciones que hicieron historia	
De la hipótesis de renta relativa, o de cómo la desigualdad en la distribución de la renta afecta a la salud	38
La ciencia sobre el papel	
El arte de titular	39

Editor

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

Editores asociados

Enrique Bernal Delgado, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Juan del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

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

Jaume Puig i Junoy, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Madrid)
 Xavier Bonfill (Barcelona)
 Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
 José Cuervo Argudín (Barcelona)
 Cristina Espinosa (Barcelona)
 Jordi Gol (Madrid)
 Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
 Ildefonso Hernández (Alacant)
 Albert Jovell (Barcelona)
 Jaime Latour (Alacant)
 Félix Lobo Aleu (Madrid)
 José J. Martín Martín (Granada)
 Vicente Ortún Rubio (Barcelona)
 Salvador Peiró (València)
 Laura Pellisó (Barcelona)
 María José Rabanaque (Zaragoza)
 José Ramón Repullo (Madrid)
 Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)

Consejo editorial

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

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

Revistas revisadas sistemáticamente

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

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

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

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

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

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

Oficina editorial

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

Imprime

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

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

La Atención Farmacéutica. ¿Antes consagrada que contrastada?

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Atención Farmacéutica. Realidad y apariencia

Desde la aparición en la escena sanitaria de la llamada Atención Farmacéutica (AF), un concepto excesivamente polisémico que permite amparar bajo su advocación todo tipo de actuaciones, han proliferado las iniciativas y debates alrededor de esta "nueva filosofía de la práctica". En principio el conjunto de la sociedad debería estar interesado en que las capacidades técnicas de un importante contingente de profesionales sanitarios, cuyos cometidos han ido perdiendo sentido con el desarrollo industrial del sector, se reorienten hacia actuaciones que contribuyan inequívoca y específicamente a la mejora de la salud. Sin embargo la etiqueta de Atención Farmacéutica se ha empleado para justificar todo tipo de demandas del colectivo, avalando casi cualquier práctica que pueda ser llevada a cabo por los farmacéuticos, lo que no facilita una percepción clara de las potenciales ventajas e inconvenientes de la extensión de unas actividades definidas de manera excesivamente vaga.

En lo que sigue se repasa la reciente emergencia del concepto de Atención Farmacéutica y sus interpretaciones, se revisa la evidencia disponible sobre su eficacia y se analizan las estrategias seguidas para su difusión. Dado que éstas parecen haber buscado más su reconocimiento nominal que la demostración de sus resultados efectivos, se apuntan algunas consideraciones sobre la necesidad de aplicar las mismas cautelas exigibles a la implantación de otras intervenciones sanitarias.

De la emergencia de la Atención Farmacéutica (AF)

Aunque la primera aparición del término AF (pharmaceutical care) se atribuye a algunos artículos de Brodie (1), existe unanimidad en datar la extensión de su uso a partir de la publicación en 1990 del ineludible texto de Hepler y Strand *Oportunidades y responsabilidades en AF* (2). La respuesta a la invitación lanzada en él fue inmediata, siendo respaldado por un "posicionamiento" de la Asociación Americana de Farmacia Hospitalaria (3), algo que contrasta con su entusiasta adopción, en otros países, por los profesionales de la farmacia comunitaria.

Posteriormente Hepler y Strand siguieron caminos diferentes y dieron lugar a dos formas de práctica de la AF: Atención Farmacéutica orientada a enfermedades crónicas de Hepler (4), y la Atención Farmacéutica Global de Strand (5). La primera, centrada en procesos crónicos, dio lugar a una investigación denominada Minnesota Pharmaceutical Care Project (6), mientras la segunda, de aplicación sistemática en todo tipo de situaciones ha desarrollado estudios de investigación con el nombre de proyectos TOM (7) (Therapeutic Outcomes Monitoring: Monitorización de Resultados Terapéuticos) (8). La definición seminal de la "Atención Farmacéutica" la entendía como "la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente". Los resultados concretos a los que hace referencia son la curación de la enfermedad, la eliminación o reducción de la sintomatología del

paciente, la interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y la prevención de una enfermedad o de una sintomatología. Un conjunto de objetivos comunes a la práctica totalidad de la atención sanitaria, antes que unas metas específicas de una determinada configuración de la prestación de determinados servicios profesionales.

Otras definiciones posteriores de la Atención Farmacéutica han acotado más el terreno de juego. Así para Faus y Martínez-Romero (9) Atención Farmacéutica es el seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente con dos objetivos:

1. Responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado por el médico que lo prescribió o por el farmacéutico que lo indicó.

2. Estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas no deseados, y si aparecen resolverlos entre los dos o con ayuda de su médico.

En España esta autodenominada "nueva filosofía de la práctica" encontró rápidamente paladines entusiastas y competentes. Tras algunos trabajos preliminares referidos genéricamente a la calidad de la asistencia en la oficina de farmacia (10-12), a la información a los pacientes (13) o la detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica (14), en 1995 se publica el primer texto programático de la AF (15), que aún presentaba en su título y contenido interrogantes y condicionales. Así, sostenía que *"aunque con cierta precaución y a la espera de los resultados definitivos (del estudio piloto), se puede afirmar que apuntan a que una intervención bien establecida, especialmente cuando se efectúa sobre pacientes de riesgo, supone un importante beneficio terapéutico, así como una disminución del gasto farmacéutico y, por tanto, un ahorro de recursos económicos para el Sistema, susceptibles de otros empleos"*.

En 1999 el movimiento disponía ya de una publicación propia, o más bien cedida por colectivos con intereses coincidentes o compatibles, desde la que lanzar una propuesta innovadora sobre la visita farmacéutica como actividad básica de atención profesional, explicando sus contenidos y proponiendo el diseño y uso de registros de pacientes en oficinas de farmacia, fruto y experiencia del estudio TOMCOR, parte esencial de su desarrollo metodológico del proceso de seguimiento de los pacientes (16)

Actualizando un posterior balance (17) a los tres lustros transcurridos desde la aparición formal del concepto, cabe incluir en él múltiples cambios legislativos, varios grupos de investigación, al menos dos revistas científicas, una fundación, cuatro congresos nacionales y uno universitario, un sinfín de simposios, jornadas y mesas redondas, cursos y masters sin cuento, una cátedra de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica, declaraciones y pronunciamientos de la OMC, un plan estratégico para su desarrollo por parte de la corporación profesional, un documento de consenso avalado por el Ministerio de Sanidad y numerosas apariciones en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud español del mismo departamento.

En la columna del haber destacan los innegables esfuerzos de investigación llevados a cabo y la implicación, en mayor o menor medida, de alrededor de un millar de profesionales en ejercicio que debaten sobre las dificultades inherentes a un

proceso sin acabar de definir. En la del debe caben algunos excesos programáticos que han provocado encendidas reacciones de algunos profesionales e instituciones, y el amparar bajo la misma etiqueta desde la realización de investigaciones rigurosas hasta el empleo del término como aval de cualquier actuación atribuible a los farmacéuticos o incluso a cualquier integrante del sector.

Entre esas reacciones encontradas se incluyen desde enmiendas a la totalidad del proyecto (18, 19) hasta acusaciones más o menos veladas de intrusismo (20, 21). De hecho el insistente empeño de la OMC en reiterar que “la instauración de un tratamiento con medicamentos se hará por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos” (22) sólo es comparable a la contumacia mostrada por algunos colegios de farmacéuticos en la defensa de sus particulares visiones sobre la atención farmacéutica, la distribución de medicamentos o conceptos tan peregrinos como la “farmacia mediterránea”.

Interpretaciones de la Atención Farmacéutica

Más preocupante que la manifestación de algunas hipersensibilidades corporativas resulta la persistente anfibia del marchamo “Atención Farmacéutica” que permite convivir bajo el mismo desde investigaciones solventes e interesantes esfuerzos reorganizativos hasta casi cualquier ocurrencia que quiera revestirse con el nuevo ropaje. Sirva como muestra lo aseverado en una publicación profesional (23), donde sin ningún rebozo se sostiene que “en el Consenso sobre atención farmacéutica (AF) de 2001 se afirma explícitamente que la dispensación activa forma parte de las actuaciones propias de la AF; precisamente por eso, y desde entonces, casi todos los farmacéuticos pueden decir que hacen AF, aunque sea en su forma más elemental y cotidiana”. A tenor del “casi” de la anterior declaración, resulta menos llamativo que el texto propugne que el cartonaje de los medicamentos se emplee como vehículo para facilitar una serie de recursos nemotécnicos al farmacéutico, que no al usuario. Así, entre los pictogramas que podrían aportar datos importantes para el ejercicio de esa peculiar concepción de la Atención Farmacéutica se sugieren un volante para representar el peligro para los conductores, un “ZZZ” para representar somnolencia, o una botella para recordar que no se debe tomar alcohol con tal medicamento. Igualmente se afirma que si en el cartonaje viniera indicado, con algún símbolo o referencia, la forma aconsejable de tomar el fármaco, sería más fácil y segura la dispensación, que no el consumo.

Por cuestionable que parezca justificar “en pro de una dispensación de calidad” la necesidad de un mediador para interpretar una señalética tipo “Barrio Sésamo”, no se trata de un caso aislado, ya que está muy extendida la tentación de hacer pasar como “herramientas de Atención Farmacéutica” (24) meras novedades instrumentales de sencillo diseño y fácil manejo incluso por ciudadanos poco despiertos. En general nos encontramos ante loables y meritorias iniciativas, pero que no requieren para el logro de sus deseables objetivos el amplio despliegue de profesionales que incorporan las oficinas de farmacia. Sin embargo, tales interpretaciones de la atención farmacéutica distan bastante de los objetivos declarados de sus promotores, según los cuales ésta busca “introducir un nuevo proveedor sanitario en el sistema sanitario” (25), de modo que la actuación del profesional se traduzca básicamente en ejercer como agente del “cumplimiento” del paciente. Se trata de un propósito razonable, dado que la actividad de los farmacéuticos ha ido perdiendo especificidad con la extensión de productos manufacturados por la industria

cuya dispensación ni siquiera personalizan, a diferencia de lo que ocurre en países donde el reenvasado individual es una tarea común en las farmacias. Pero depositar demasiados huevos en la cesta de la mejora icónica de las instrucciones para un adecuado cumplimiento no parece la mejor estrategia para poner en valor la potencial aportación al bienestar de tan amplio contingente de profesionales sanitarios.

Ante estos dispares enfoques, autores como Kielgast (26) han señalado el peligro de que el término “Atención Farmacéutica” pueda entenderse tanto como “una venta de medicamento acompañada de sonrisas agradables y consejo amistoso”, como un “programa científicamente organizado para cribar problemas, relacionados con los medicamentos en los pacientes, y resolverlos”. También en algún tratado español (27) se considera “que es importante señalar que los farmacéuticos que afirman que Atención Farmacéutica es lo que viene practicando desde siempre el farmacéutico, están en un grave error. La AF supone una diferencia esencial con la práctica tradicional de la Farmacia. Es la de asumir una responsabilidad directa en la atención a los pacientes que va mucho más allá de la simple dispensación y consejo puntual que se ha estado dando por los farmacéuticos desde el inicio de la profesión farmacéutica”.

Por su parte, la legislación promulgada en este tiempo, tanto por el Gobierno Central como por las Comunidades Autónomas, lejos de clarificar los conceptos ha contribuido más bien a aumentar la confusión ya que prácticamente en todas las leyes y disposiciones normativas en que se habla de Atención Farmacéutica, se identifica este concepto con el de Servicio Farmacéutico. Véase al respecto la Ley 3/1996, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica de la Comunidad Foral de Navarra, o la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, si bien en esta última se define la atención farmacéutica como “el proceso a través del cual el farmacéutico coopera con el paciente y otros profesionales sanitarios con el objeto de que el tratamiento medicamentoso produzca los mejores resultados terapéuticos en el paciente”.

Otros autores (28) han señalado la mala traducción que del término *Pharmaceutical Care* se ha hecho en nuestro país, puesto que existían dos posibilidades: traducirlo por Atención Farmacéutica o por Cuidados Farmacéuticos. Por diversas razones el término Atención Farmacéutica está plenamente consolidado, pero plantea graves problemas ya que no sólo se utiliza para denominar el trabajo propio del *Pharmaceutical Care*, sino que se está utilizando para identificar otras muchas funciones, que hace o puede hacer el farmacéutico y que no son *Pharmaceutical Care*. Por ello, para los defensores de la especificidad de la AF seguramente el término adecuado debería ser Seguimiento del Medicamento o Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, tal y como se está denominando a este tipo de procesos en algunos países europeos (29).

Las preguntas relevantes sobre la Atención Farmacéutica

Una vez cartografiados los términos del debate y su genealogía, pueden abordarse las cuestiones sustanciales que plantea la AF y que se refieren básicamente a la determinación de su eficacia y su eficiencia en diferentes escenarios verosímiles; y su viabilidad, modos de introducción e impacto.

El verdadero reto que enfrenta todavía la AF pasa por responder adecuadamente a algunas cuestiones planteadas hace más de quince años y aún no definitivamente resueltas: “Antes de que a los farmacéuticos se les pudiera otorgar la auto-

ridad de proveer atención farmacéutica y antes de que la profesión en su conjunto acepte esta responsabilidad deben cumplirse cuatro criterios: *a)* demostrar conocimientos adecuados y habilidades en farmacia y farmacología clínica; *b)* ser capaz de movilizar el sistema de distribución a través del cual se implementen las decisiones sobre el uso de medicamentos; *c)* ser capaz de desarrollar las relaciones necesarias con el paciente y demás profesionales de la salud, y *d)* disponer de un número suficiente de proveedores capaces de prestar estos servicios” (2) Unas exigencias que no proceden de los detractores de la AF, sino que fueron formuladas en su texto inaugural por sus “inventores”.

A tenor de la literatura existente, la respuesta a estas cuestiones formuladas en el texto seminal de la AF, no parece haber avanzado suficientemente al cabo de quince años. Persisten los interrogantes sobre la contribución de las actividades de AF a disminuir la prevalencia e incidencia de los PRM, sobre la medida en que esta actividad necesita estar ligada a la distribución de medicamentos y, más aun, si está en el interés del SNS retribuir estos servicios, a lo que no es indiferente que se haga con carácter adicional o modificando los mecanismos de pago vigentes (17).

El conocimiento sobre la eficacia y eficiencia de la AF

Para que la atención farmacéutica cobre legítimamente carta de naturaleza, se requiere de manera previa y primordial avanzar en la demostración de lo que *“las bases empíricas de la atención farmacéutica sugieren”*, que *“puede haber una coincidencia sustancial entre efectividad clínica y coste-efectividad”* (2). Al fin y al cabo la afirmación citada no es más que el enunciado de la clásica pregunta de investigación: Dada una hipótesis plausible, realizar las verificaciones oportunas para conseguir pruebas que permitan avalarla. En este aspecto la situación ha evolucionado notablemente en los últimos años, al menos en términos del número de trabajos referidos a la eficacia de la AF para contribuir a la mejora de la salud. Otra cuestión es que en la cuantiosa literatura existente abundan sesgos de entusiasmo y de publicación o interpretaciones gedeónicas, en las que las conclusiones preceden y se imponen a las premisas, pero esto es común al conjunto de la investigación sanitaria y por tanto, síntoma de normalidad.

Hoy en día ya disponemos de alguna información de calidad respecto a los efectos de la AF ya que numerosos países realizan investigaciones sobre ella, aunque la mayor parte de la producción se concentra en un pequeño número de estos. España ocupa un lugar destacado con respecto a los países de nuestro entorno, situándose por debajo de los EE.UU., al mismo nivel que Gran Bretaña y por encima de otros comparables, como Francia, Italia o Alemania (30).

De esta actividad dan buena cuenta las páginas de algunos de los colectivos que parecen apostar por el desarrollo de la AF más mediante la demostración que por la persuasión. Para comprobarlo basta una visita a las webs de la Red Española de Atención Primaria (http://www.reap.es/publicaciones_REAP.htm), el Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (<http://www.giaf-ugr.org/giaf/public.htm>), la Fundación Pharmaceutical Care (<http://www.pharmaceutical-care.org/>) o el Instituto de Salud Carlos III (http://www.isciii.es/htdocs/centros/ens/atencionFarmaceutica/aten_farmaceutica_indice.jsp). Sin embargo estos tenaces incrementos del conocimiento distan de dar una respuesta inequívoca a las preguntas planteadas.

Sabemos más, pero no lo bastante. Sabemos por ejemplo de la elevada prevalencia de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en los servicios de urgencias, y de su dis-

tribución en los 6 tipos y 3 dimensiones recogidas en el Segundo Consenso de Granada sobre PRM (31). Sabemos también de la distribución de esos problemas en la práctica de 25 farmacias comunitarias (32, 33). E incluso tenemos alguna noción sobre las intervenciones terapéuticas más empleadas en el seguimiento farmacoterapéutico, que en un 23% de los casos pasan por añadir un medicamento y en un 24% por sustituirlo (34), pero más raramente por modificar su cantidad (17%), disminuir el incumplimiento (18%) o retirar el fármaco (15%).

En general se ha avanzado bastante en la cuantificación y taxonomía de los PRM, aunque mucho menos en el conocimiento de la eficacia de las distintas estrategias para reducirlos. Pero sobre todo, gran parte de las investigaciones exhibidas muestran una continua confusión entre el proceso mejorable y el resultado esperable. Con demasiada frecuencia se insiste en un equívoco que equipara la mejora en el proceso con la mejora de los resultados en la salud del paciente. Subyace la asunción de que la mejora del proceso de la “atención” redunde en mejor salud, y aun a falta de verificar esta hipótesis plausible los esfuerzos se han orientado mayoritariamente al desarrollo de diferentes estrategias meramente procedimentales.

Evidencia sobre su eficacia

Aunque existe alguna evidencia, profusamente citada, que apoya una extensión del papel de los farmacéuticos (35), las revisiones sistemáticas de la bibliografía disponible ponen de manifiesto la escasez de estudios aceptables que permitan avalar gran parte de las opciones propuestas. Las revisiones publicadas (30, 36, 38-40) coinciden en sus principales diagnósticos, destacando la presencia de sesgos comunes, en particular referidos al entusiasmo y la selección de poblaciones. También en la excesiva heterogeneidad de los trabajos existentes, en los que se estudian tanto servicios farmacéuticos dirigidos a pacientes como dirigidos a proveedores sanitarios y se comparan servicios farmacéuticos con servicios prestados por otros profesionales o con servicios no comparables. Así mismo se constata la extensión de graves debilidades metodológicas, especialmente la inconsistencia de las definiciones, que hace imposible una interpretación global de cualquier cambio en el cumplimiento terapéutico o la incidencia de PRMs (38).

En muchos estudios la metodología utilizada no es válida, por lo que resulta difícil establecer una clara relación de causalidad entre la actuación y los resultados obtenidos. Es destacable la confusión que se produce a menudo en la definición de los resultados, ya que con relativa frecuencia no se evalúan estos, sino los procesos o pasos intermedios para su pretendido logro (41). Aunque ocasionalmente se apunta la eficacia de la AF en la mejora de la utilización de medicamentos y sobre distintos resultados intermedios (*“surrogate endpoints”*), la mejora en los resultados finales dista de ser concluyente. Dado que el objetivo declarado de estos servicios es resolver los problemas relacionados con los medicamentos, las medidas de resultados deberían focalizarse en dicha capacidad de resolución (40), y no en su mera cuantificación.

En su vertiente más positiva, la información sintetizada permite afirmar que los procesos de la atención farmacéutica se acompañan de un ligero descenso en el uso de servicios programados, pero no en aquellos no programados, como urgencias y hospitalizaciones. También existe alguna evidencia de que el consejo directo del farmacéutico a pacientes con diabetes o hipertensión mejora sus resultados (37). Parece también que la revisión y monitorización por farmacéuticos puede

mejorar la condición clínica de los pacientes y reducir el coste de los fármacos, si bien la falta de detalle sobre los costes evitados hace imposible juzgar su magnitud. No se aprecian, o son de una magnitud menor, los cambios en la calidad de vida (38).

En consecuencia, actualmente es imposible identificar una estrategia exitosa que pueda ser llevada a cabo por farmacéuticos para mejorar el cumplimiento. Se requiere realizar más estudios con mejores diseños sobre la eficacia de las intervenciones del farmacéutico comunitario para incrementar la adherencia de los pacientes a terapias crónicas de medicamentos (39). Entre las revisiones más recientes, una síntesis española sobre el estado actual de la investigación en AF (30) destaca la insuficiente producción científica acerca de una práctica profesional como el a veces llamado "seguimiento farmacoterapéutico", la "atención farmacéutica" o el "pharmaceutical care". Y denuncia que entre esta producción abundan las publicaciones inadecuadas, que contribuyen a que la interpretación de los resultados sea difícil, si no imposible, rozando una práctica no ética cuando los resultados sesgados reciben una falsa credibilidad.

Ante este panorama no debe extrañar que se alcen nuevas voces que ponen en cuestión la eficiencia, incluso la eficacia, del seguimiento farmacoterapéutico, en concreto de la eficacia de la intervención farmacéutica frente a no hacerla. Se llega a afirmar que "en un momento donde la evidencia científica es el criterio que debe marcar las decisiones en salud, sobre la utilización o no de una tecnología determinada, es obligado buscar la demostración de la efectividad de las intervenciones farmacéuticas en los pacientes, sin lugar a dudas junto al resto del equipo sanitario, como tecnología sanitaria que mejora la calidad asistencial" (42).

Evidencia sobre su eficiencia

Cuando no se conocen suficientemente los resultados de una intervención, establecer su eficiencia –la relación entre los beneficios aportados y los recursos consumidos– resulta especialmente problemática. Una de las primeras revisiones de los trabajos publicados sobre la evaluación económica de la AF dictaminó que, a pesar de la proliferación de artículos descriptivos, se carecía de estudios que cumplieran los criterios básicos exigibles, por lo que instaba a la realización de investigaciones bien diseñadas que permitieran determinar el impacto económico de estas prácticas (43). Más recientemente, otra revisión sistemática española (41) reiteraba que, en cuanto a la evaluación económica de las intervenciones farmacéuticas, la metodología utilizada en la mayoría de casos es deficitaria, destacando que una gran parte de los estudios solo consideran el coste de los medicamentos, obviando los de cualquier otro resultado o los de la propia intervención. Algo de especial importancia ya que dada la relevancia de las configuraciones locales de los costes de las intervenciones, muy ligadas a las disponibilidades marginales de recursos ya desplegados, las valoraciones de qué resulta coste-eficaz deben considerar cuidadosamente las características de cada entorno.

Pese a las limitaciones señaladas, para aquellas modalidades de AF que gozan de más investigación pueden realizarse algunas aproximaciones razonables que permitan valorar la conveniencia de insistir en su desarrollo.

Posiblemente la línea de AF más y mejor estudiada en España sea la relacionada con el proyecto de investigación TOMCOR, sobre el seguimiento durante un año de pacientes con enfermedad coronaria, llevado a cabo en 83 oficinas de farmacia de cuatro comunidades autónomas. Sus trabajos per-

miten acotar hasta dónde llega en la actualidad el conocimiento sobre la AF en términos económicos (44) y su relevancia.

En términos de impacto neto, la AF de cada uno de estos pacientes ocupa 245 minutos al año de tiempo farmacéutico, es decir, entre 180 y 201 minutos más que un paciente sin AF. Dicho tiempo se valoró entre 39,84 y 44,31 euros más. La AF en pacientes coronarios agudos apenas altera el valor de los recursos empleados y supone un ahorro cercano a 12 euros/paciente/año. En cuanto a los ahorros intuitivamente atribuidos a estas intervenciones, no parece que en la cardiopatía isquémica logren alterar sensiblemente el gasto en medicamentos, ya que fue muy similar al de los pacientes sin ella, apenas 1,08 euros inferior.

Más allá de los resultados de estudios concretos, la síntesis de la información que estos aportan resulta en este ámbito especialmente difícil, como han demostrado los intentos de epitomizar las evaluaciones económicas de atención farmacéutica como nueva tecnología sanitaria (45). No resulta factible realizar ningún metaanálisis cuantitativo mínimamente solvente, debido a la heterogeneidad de los estudios, que abordan aspectos organizativos, metodologías y tipos de pacientes distintos, y emplean diferentes formas de cálculo de costes. En general la revisión llevada a cabo ofrece resultados similares a la conclusión de la revisión Cochrane (37), en el sentido de que las intervenciones están pobremente definidas, con insuficiencias en la evaluación de costes y resultados finales. Todos los estudios publicados presentan limitaciones en su metodología que no permiten llegar a conclusiones determinantes sobre la eficiencia o efectividad de los programas.

Del cotejo de estas revisiones con las equivalentes realizadas para la atención farmacéutica en el ámbito hospitalario (46) sus autores apuntan que, presumiblemente, el impacto de la Atención Farmacéutica sea mayor en este último nivel, dado que sus pacientes utilizan más fármacos y con más potencial de efectos adversos que en el nivel ambulatorio, y que es más fácil para el farmacéutico hospitalario hacer una intervención centrada en un paciente que está ubicado en el mismo centro que cuando esto se hace a nivel comunitario. A falta de más investigación, parece verosímil que pueda establecerse una mayor eficiencia de la Atención Farmacéutica a nivel hospitalario que ambulatorio, dadas las mayores posibilidades de beneficios, en términos de PRM evitados, y los menores costes de unas intervenciones más concentradas.

En definitiva, atendiendo a los indicios que aporta la literatura existente, con independencia de la indudable deseabilidad de mejorar la efectividad de las medicaciones, lo único que parece evidente es que asumir que toda iniciativa que contribuya a reducir problemas relacionados con los fármacos resultará, dada la magnitud de los costes atribuidos a éstos, automáticamente coste-efectiva supone todavía un infundado salto inferencial.

Condiciones y estrategias para la extensión de la AF

A la vista del limitado palmarés que la AF puede exhibir hasta la fecha, es comprensible que sus paladines proclamen que "la atención farmacéutica (AF) necesita campañas de difusión y marketing" (47). Pero pese a las ampulosas declaraciones que consideran la AF "un futuro ineludible", e incluso "un nuevo Derecho Fundamental en Salud, no suficientemente reconocido y regulado por la Legislación" (48), la valoración comparativa de sus posibilidades de desarrollo en nuestro país no resultan "a priori" especialmente halagüeñas.

Barreras para la extensión

A partir de una encuesta elaborada por la FIP (Federación Internacional Farmacéutica), un trabajo académico analizó estas perspectivas en una treintena de países (49), atendiendo a tres grandes dimensiones: a) disponibilidad de tiempo, espacio y dinero por parte de las OO.FF., b) grado de fidelización de los pacientes a una misma farmacia, y c) práctica de seguimiento de la medicación. En España se daban buenas condiciones respecto al primer apartado, se carecía de información adecuada sobre el segundo, mientras para el tercero la situación era mala. En consecuencia se concluía que no se cumplían las condiciones básicas para el desarrollo de la AF, a diferencia de lo apreciado para Holanda, EE.UU. y quizás Japón.

Posteriormente algunos trabajos nacionales han constatado que la implantación de "servicios cognitivos" en la farmacia comunitaria española está siendo más lenta de lo que consideran deseable, realizando una revisión de la literatura sobre las barreras que dificultan esta implantación, y los facilitadores que podrían contribuir a acelerarla (50). Asumiendo que la implementación de la AF debe más a algunos profesionales pioneros que al apoyo de las organizaciones gremiales, se dictamina que el futuro pasa por la toma de conciencia por parte de estas sociedades de la importancia de la prestación de servicios cognitivos, en lugar de seguir focalizados exclusivamente en los aspectos más ligados a la distribución ordinaria (51).

Ciertamente, aunque la mayoría de los farmacéuticos declara aprobar la "filosofía" subyacente a la atención farmacéutica (52), y más concretamente los beneficios de los programas de seguimiento farmacoterapéutico, su implantación generalizada en la práctica diaria es aún minoritaria (53).

Entre las dificultades para la generalización de la AF una de las más consistentemente aducidas es la referida a la formación de los profesionales. Un trabajo ya clásico (54) analiza las barreras percibidas para la implantación de servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria en 11 países europeos. En él todos los entrevistados mencionaron una barrera, la que hace referencia a la ausencia de formación adecuada. Más recientemente se publicaron (55) los resultados de un estudio Delphi en el que se enviaron cuestionarios a dos grupos de farmacéuticos: uno formado por "expertos en atención farmacéutica", considerados en base a unos criterios de selección previamente establecidos, y otro por farmacéuticos sevillanos elegidos de manera aleatoria y estratificada. Todos los entrevistados mencionaron como barrera la ausencia de formación adecuada a las necesidades de la nueva actividad. Las barreras descritas por los expertos son: 1) el cambio de mentalidad en el modo de trabajar, 2) formación deficiente, 3) actitud negativa de los propios farmacéuticos (falta de ganas, incredulidad, miedo al cambio, etc.). Destaca que estos expertos no incluyeron la falta de tiempo y la falta de espacio en la farmacia, dos aspectos muy presentes en el grupo general.

En estos trabajos resulta chocante la persistencia en identificar la falta de formación, pues una sencilla consulta en red devuelve un importante número de programas de formación organizados por todo tipo de proveedores, alcanzando en ocasiones especificidades difícilmente imaginables. Sirva a modo de ejemplo el "Curso de Atención Farmacéutica Vía Satélite sobre salud mental y dispensación en el paciente geriátrico", becado por un laboratorio de genéricos.

Con tal profusión y productividad –la Cátedra de la Universidad de Granada, que financia otro laboratorio, afirma haber formado en sus dos primeros años de existencia a más de 1.500 farmacéuticos en atención farmacéutica (AF)– la percepción de falta de capacitación puede estar más relacionada

con los contenidos de los programas formativos que con su disponibilidad.

Atajos para su difusión

Se ha señalado ya que algunos promotores de la extensión de la AF no ocultan que ésta requiere de campañas de difusión y marketing. En sus *propias palabras*, "hay que vender la AF", *dado que interpretan que "la situación actual de la AF es mala porque no está implantada de forma generalizada y sus bondades no se perciben por los profesionales sanitarios ni por los pacientes"*. Pero las técnicas persuasivas han venido siendo empleadas por los proponentes de la AF desde hace tiempo, como cabe inferir de su resonancia en foros profesionales, prensa especializada e instancias administrativas, que es muy superior a la que parecería corresponder a su exigua realidad.

En ocasiones la venta de humo puede llegar a resultar insultante para algunas sensibilidades. En uno de los últimos análisis publicados sobre la situación actual de la AF se afirma sin rubor que el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos "cuenta con una alta participación y un importante compromiso por parte de los farmacéuticos implicados en el desarrollo de todas y cada una de las acciones del mismo, y sus resultados vienen a reforzar aún más si cabe el fundamento y la necesidad de la Atención Farmacéutica" (56). Una declaración que sería motivo de alborozo si una persistente cultura de la sospecha no aconsejase profundizar en sus bases. En tal caso uno se arriesga a saber más sobre la primera acción práctica del Plan Estratégico, la "Dispensación Activa de Estatinas". La acción se mantiene "viva" aunque el aspecto acreditativo se diera por finalizado. La intervención consistía en dispensar o no la estatina a tenor de la verificación previa de varios aspectos relacionados con su posible contraindicación o interacción, ofrecer consejo higiénico sanitario y remitir al médico o derivar hacia el consejo farmacoterapéutico si procede. Los datos disponibles para juzgar la magnitud de la participación, el compromiso y la fundamentación de la necesidad de la AF permiten saber que el número de registros remitidos por los 4.500 farmacéuticos participantes asciende a la notable cifra de 8.800, es decir 1,955555555 por cada uno de ellos. De ahí se concluye "una importante participación de los farmacéuticos comunitarios en la práctica de la dispensación como servicio de atención farmacéutica" y "una alta implicación en la práctica de la dispensación y su registro" (57). Algo de lo que es más que legítimo discrepar.

Con todo, siendo comprensible este afán propagandístico, lo que resulta especialmente llamativo es la captura del interés institucional hacia una forma de práctica de eficacia aún cuestionable. Así, apenas acordada una taxonomía básica de contenidos de la AF en el llamado "Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos" (58) "se consiguió una importante implicación de la Administración en este movimiento *"como respuesta a la demanda de los propios farmacéuticos, que acudieron a las Autoridades Sanitarias solicitando la colaboración en la implantación del nuevo modelo de ejercicio profesional"* (52). Una implicación que permite afirmar que dicho consenso, "donde se asume que Atención Farmacéutica es el conjunto de servicios farmacéuticos orientados al paciente", fue "impulsado y coordinado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo" (59).

Pese a las extendidas y reiteradas quejas de falta de visión estratégica de las organizaciones gremiales, de modo inmediato a la aparición del Consenso sobre Atención Farmacéuti-

ca, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos elaboró el ya citado Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica que afirma hacer suyos los objetivos concretos que persigue el seguimiento farmacoterapéutico, y se orienta a difundir e implantar el modelo de Atención Farmacéutica a nivel nacional.

Pero aún resulta más entusiasta en su afán de promover desde los poderes públicos la extensión de la AF el "Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español" (60) elaborado por el MSC, que establece medidas para su impulso que incluyen un razonable "desarrollo de proyectos de investigación sobre Atención Farmacéutica que permita apoyar el desarrollo de estudios sobre prevalencia y evitabilidad de los PRM", un educativo "plan de acciones formativas para asegurar la mayor implicación de los farmacéuticos en el desarrollo de la atención farmacéutica", continúa con un voluntarista "fomento de programas de atención farmacéutica y de seguimiento farmacoterapéutico", hasta llegar a otra redundante propuesta "para desarrollar programas de desarrollo de la atención farmacéutica".

En semejante contexto no debe extrañar que se afirme (56) que supone un aval importante para el desarrollo de la Atención Farmacéutica la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, en donde dicho concepto se cita hasta en seis ocasiones. Y ello a pesar de las múltiples críticas proferidas contra las versiones preliminares, mucho más amables con el concepto. Puede así ponerse énfasis en que el artículo 84.1 recoge textualmente que "los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de Atención Farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad". Y no parece preciso comentar que al tratar de los contenidos de las fichas técnicas se habla de "la información que se requiera para una actuación terapéutica y una atención farmacéutica correctas" en el artículo 31, dedicado a las garantías de información sobre el medicamento veterinario, pero se omite cualquier referencia a la AF en el artículo 15, que es el que establece las garantías exigibles a los medicamentos de uso humano.

En definitiva, parecen haberse dedicado más esfuerzos a conseguir crear un entramado normativo y programático que a evaluar y difundir efectivamente las actividades o procedimientos eficaces de la AF. Algo que muchos pueden considerar contrario a los objetivos inicialmente proclamados de incrementar la contribución real de los servicios farmacéuticos a la mejora de la salud de la población. Pero instalados en la sociedad del espectáculo, resultaría ingenuo acusar de no estar adaptados a sus tiempos a quienes deciden apostar por una idea del tipo "Si no es real, hazlo legal". E incluso "si no es legal, haz que lo parezca".

Silencios para la preocupación

Desde diversas perspectivas es comprensible la retórica mesiánica respecto a la AF expresada por algunos sectores profesionales en afirmaciones como "La AF es una necesidad, una oportunidad, una obligación legal y una posibilidad real" o "Querer es poder. No hay excusas: implantar la atención farmacéutica en la oficina de farmacia es posible por muchas dificultades que existan y, además, es obligado si se quiere una farmacia competitiva" (61). Más difícil es entender la apuesta de los financiadores públicos por estimular un modelo de actuación sin que se conozca aún ninguna reflexión aceptable sobre sus repercusiones económicas.

Porque entre tanto entusiasmo y algún voluntarismo, hemos llegado hasta aquí sin apenas tratar de los precios o tarifas, que no los costes, que puede suponer la prestación de las diversas encarnaciones de la AF. Algo que no es baladí tratándose de servicios ofrecidos por un conjunto de proveedores que, por más interesados que estén en redefinir sus cometidos sanitarios, han de velar primordialmente por la viabilidad de sus negocios, condición "sine qua non" para poder prestarlos.

En nuestro entorno el trabajo más completo y reciente sobre las barreras y facilitadores del desarrollo de la AF es la tesis de Gastelurrutia (62), algunos de cuyos subproductos ya han sido citados en este texto. En sus conclusiones se señala que "para muchos, debe comenzarse a realizar un análisis profundo del actual sistema retributivo de la farmacia comunitaria teniendo en cuenta que los nuevos servicios que se vayan implantando deben ser remunerados y que, probablemente, el margen comercial deba perder importancia en la cifra de negocio total de la farmacia. No existe acuerdo unánime en este punto".

Ciertamente existe una gran controversia sobre la necesidad de redefinir los criterios de retribución de las oficinas farmacéuticas. Lo arriba afirmado coincide básicamente con una Resolución del Consejo de Europa (Resolución ResAP(2001)2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria) abundantemente citada, aunque con demasiada frecuencia se omite, ignora o refuta un aspecto central de la misma, el que afirma que "el sistema de remuneración debe ser reexaminado teniendo en cuenta, no los márgenes y el volumen de ventas, sino el servicio profesional que se provee, como ha sido previsto por la Resolución AP(93)1, sobre la función y la formación del farmacéutico de oficina".

Parece olvidarse que en el caso de producirse una generalización de los servicios de atención farmacéutica, sería razonable reclamar una compensación proporcional a estos. Dicha compensación podría responder al espíritu de la resolución citada, llevando a un cambio de las bases los mecanismos de pago. Pero también podría reclamarse como un ingreso añadido que compense un esfuerzo adicional. Se tratará de un debate interesante si algún día se plantea abiertamente, ya que partiremos de una infinita ignorancia sobre la práctica totalidad de sus aspectos. Ignorancia sobre los costes incrementales que dichas actividades pueden suponer bajo diferentes esquemas organizativos, ya que no son idénticos si se pretende que estas actividades sean realizadas por farmacéuticos o si se confían algunas a otros profesionales sanitarios, lo que es usual en algunos países iberoamericanos. Ignorancia sobre los incentivos adecuados para favorecer la reorientación desde la que ahora propicia el sistema retributivo –vender más el producto de mayor margen– hacia otra más atenta a los resultados asistenciales. Y también ignorancia total sobre la valoración de estos servicios por sus destinatarios, pues pese a su proclamada necesidad, no parece que se haya intentado su difusión mediante mecanismos de mercado que permitirían conocer la disponibilidad a pagar por ellos.

Entre lo poco que sabemos conviene no olvidar que la atención farmacéutica puede contribuir a incrementar las ventas de la farmacia. O al menos eso demuestra la experiencia de una oficina de Benalmádena, que ha centrado su estrategia empresarial en el desarrollo y diversificación de servicios asistenciales encaminados a mejorar la atención de sus pacientes, incrementar su satisfacción y lograr así su fidelización, al tiempo que estrecha lazos con los centros de salud de su zona de influencia (63). Algo perfectamente compatible con hallazgos logrados más metódicamente (34) y que muestran que en las intervenciones farmacoterapéuticas es más frecuente añadir un medicamento (23%) o sustituirlo (24%) que retirarlo (15%).

Y con estos mimbres habrá que decidir sobre los mecanismos deseables de pago. ¿Se mantendrá el mismo esquema retributivo existente, considerando que forma parte del servicio, en línea con quienes afirman que siempre se ha hecho AF? ¿Se modificará el sistema de financiación sustituyendo los márgenes por otros elementos entre los que se incluya la compensación por determinados servicios definidos explícitamente por el financiador? ¿Realmente es verosímil esperar que se sigan pagando los márgenes actuales por actividades de mera logística secundaria y se retribuya adicionalmente el trabajo profesional? Vista la contumacia en el error probado en tantos aspectos de las políticas farmacéuticas, ninguna alternativa, por insensata que pueda parecer, es descartable de antemano.

A modo de conclusiones

La Atención Farmacéutica ha logrado en nuestro país una importante resonancia a pesar de que, según algunos estudios específicos, no se encuentra entre los que reúnen condiciones favorables para su extensión. A dicha notoriedad han contribuido actuaciones de muy distinta naturaleza. Por una parte, el abundante trabajo de investigación y difusión llevado a cabo por algunos grupos de profesionales interesados. Por otra la amplia capacidad demostrada para conseguir apoyos institucionales de todo tipo. Esta centralidad resulta más sorprendente si se considera que continuamente se entrecruzan discursos contradictorios sobre el ser –los contenidos– de la llamada Atención Farmacéutica y los limitados progresos que han aportado los múltiples esfuerzos investigadores. Se ha avanzado en el conocimiento sobre la AF, pero básicamente en lo referido a cuestiones de prevalencia de los PRM y los aspectos más procedimentales de aquella. Mucho menos en el conocimiento de la eficacia de las distintas estrategias para mejorar la salud de los pacientes.

La evidencia obtenida sobre la eficacia de la AF es aún muy insuficiente, con lo que en el conocimiento de la relación entre los resultados que puede aportar y los costes que supondrá alcanzarlos están aún pendientes de despejar ambos términos. Con tan exiguo “corpus” de conocimiento es comprensible que los profesionales, aun existiendo una importante oferta docente, perciban importantes carencias de formación que contribuyen a explicar la limitada extensión de la AF. Esta limitación es objetivable en las bajas cifras de participación que muestran incluso las experiencias más básicas de AF, aun cuando son auspiciadas por organismos colegiales. Además, la apuesta por una determinada concepción de la AF ha llevado a dejar de lado otras formas de actuación frente a los PRN, como las revisiones de utilización de medicamentos, bien mecánicas o asistidas, que disponen de mayor respaldo en su aplicación en otros entornos.

En el sector sanitario continuamente se desarrollan nuevas herramientas que pretenden mejorar sus resultados y la eficiencia de su logro. Cada vez más se exige de manera previa a su implantación disponer de evidencia que demuestre la eficacia de la intervención. Esto es especialmente cierto en el ámbito farmacéutico, cuyos productos fueron los primeros sometidos a lo que hoy conocemos como evaluación de tecnologías sanitarias. Sin embargo la Atención Farmacéutica viene logrando un respaldo por parte de las autoridades sanitarias que no se corresponde con el nivel de certidumbre existente sobre sus efectos y repercusiones. Por loables que sean los propósitos declarados y plausibles las hipótesis sobre las que se asienta la AF, antes de seguir avanzando en su reconocimiento normativo como actividad propia de los farmacéuticos co-

munitarios convendría que se aplicaran las mismas cautelas que preceden a la difusión de otras innovaciones en el sector.

Y mientras se demuestra la eficacia generalizada de una AF operativamente definida y su eficiencia, la implantación de programas de revisión de utilización sobre los que hacer pivotar las experiencias de atención farmacéutica se presenta como una opción poco aventurera, pero con beneficios seguros para todas las partes implicadas. Porque las deslumbrantes promesas de una AF aún menos que embrionaria puede que estén haciendo olvidar que la mera verificación “ex ante” del cumplimiento terapéutico y la evitación de algunas interacciones y contraindicaciones supone un valor añadido diferencial respecto a la situación presente.

Agradecimientos. Este estudio ha sido apoyado por una beca incondicional de la Fundación Merck a la Universidad Pompeu Fabra.

Referencias

- (1) Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ.* 1980; 44:276-8.
- (2) Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47:533-43.
- (3) American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1993; 50:1720-3.
- (4) Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs.* 1995; 49:1-10.
- (5) Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice.* Minneapolis: McGraw-Hill; 1998.
- (6) Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the pharmaceutical care project in Minnesota. *Am Pharm.* 1995; NS35: 30-9.
- (7) Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc.* 1997; NS37(6): 647-61.
- (8) Iñesta García A. Atención Farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75: 285-290.
- (9) Faus MJ, Martínez-Romero F. La Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm. Care Esp.* 1991; 52-61.
- (10) Llavona Hevia AM, Eyaralar Riera MT, Álvarez de Toledo Saavedra F. La calidad de la asistencia farmacéutica en la oficina de farmacia (I). *El Farmacéutico.* 1990; 83:60-4.
- (11) Llavona Hevia AM, Eyaralar Riera MT, Álvarez de Toledo Saavedra F. La calidad de la asistencia farmacéutica en la oficina de farmacia (II). *El Farmacéutico.* 1990; 86:71-6.
- (12) Llavona Hevia AM, Eyaralar Riera MT, Álvarez de Toledo Saavedra F. La calidad de la asistencia farmacéutica en la oficina de farmacia (y III). *El Farmacéutico.* 1991; 87:62-70.
- (13) Agirre Lekue MC, Ortiz de Zárate JA, García de Vicuña Landa B, Gorostiza Hormaetxe I, Ruiz Golvano J. Evaluación de la información al paciente en las farmacias. *Aten Primaria.* 1993; 11:33-7.
- (14) Álvarez de Toledo F, Zardain E, Eyaralar T, Dago AM, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. *Aten Primaria.* 1993; 11:70-4.
- (15) Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Cabiedes Miragaya L. La nueva Atención farmacéutica: ¿puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica? *Rev Esp Salud Pública.* 1995; 69:277-82.
- (16) Eyaralar Riera MT, Álvarez de Toledo Saavedra F, Dago Martínez AM, Pastor Sánchez R, Álvarez Sánchez G, Arcos González P. Actividades del proceso de Atención Farmacéutica: la visita farmacéutica. *Pharm Care Esp.* 1999; 1:70-5.
- (17) Gervas J, Álvarez de Toledo F, Eyaralar MT. Limitaciones clave de la Atención Farmacéutica como respuesta a los problemas relacionados con los medicamentos. *Pharm Care Esp.* 2003; 5:55-8.
- (18) Costas Lombardía E. Análisis crítico de la Atención Farmacéutica. *Med General.* 2000; 25:591-8.

- (19) Costas Lombardía E. Valoración de la atención farmacéutica: réplica a una respuesta a su análisis crítico. *Semergen*. 2002; 28:54-57.
- (20) González Salinas P. Informe sobre la atención farmacéutica; definición y posible incidencia en las competencias de los médicos; actualización de los informes de 4 de diciembre de 1998 y de 17 de diciembre de 2002. Madrid: Organización médica Colegial; 2003 (Disponible en: <http://www.cgcom.org/informes/index.htm>).
- (21) Huerta Blanco JR, Pulido Morillo FJ, Rodríguez Sendín JJ. Repercusiones de la atención farmacéutica sobre el ejercicio médico y la calidad asistencial. Madrid: Organización médica Colegial; 2003 (Disponible en: <http://www.cgcom.org/informes/index.htm>).
- (22) Manifiesto de la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, reunida el 23 de septiembre de 2006, sobre la prescripción farmacológica. (Disponible en <http://www.cgcom.org/informes/index.htm>).
- (23) Plasencia Cano M. Atención Farmacéutica, simbolismo y cartonaje. *Correo Farmacéutico*. 2005; 23.
- (24) Almirall Bolívar M. Nuevas herramientas en AF (I). *Farmacia Profesional*. 1999; 13(9):70-5.
- (25) Strand L. Pharmaceutical care supporters meet in Spain. *Pharmaceutical J*. 2000; 264:627-32.
- (26) Kielgast PJ. *Pharmaceutical Care*. *Int J Pharm Practice*. 1993; 5:125-126.
- (27) Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia clínica y atención farmacéutica. En: Bonal J, Domínguez-Gil Hurlé A, Gamundi MC, Napal V, Valverde E, eds. *Farmacia hospitalaria: planificación, organización, gestión y funciones*. 3ª edición. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2002.
- (28) Gastelurrutia MA, Soto E. *Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o Seguimiento de los tratamientos farmacológicos?* *Pharm Care Esp*. 1999; 1:323-8.
- (29) Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*. 2000; 41:137-43.
- (30) Rangel Mayoral JF, Luis Fernández J, Liso Rubio FJ. Estado actual de la investigación en atención farmacéutica. *Farm Hosp*. 2005; 29:335-42.
- (31) Baena MI, Faus MJ, Marín R, Zarzuelo A, Jiménez J, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:250-5.
- (32) Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*. 2001; 42:53-65.
- (33) Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2:189-94.
- (34) Sabater D, Fernández-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter*. 2005; 3:90-7.
- (35) Chumney EC, Robinson LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. *Pharm Pract*. 2006; 4:103-9.
- (36) Bero LA, Mays NB, Barjesteh K, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2):CD000336. Review.
- (37) Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4*. Oxford: Update Software.
- (38) Tully MP, Seston EM. The impact of pharmacists providing a prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharmacother*. 2000; 34:1320-31.
- (39) Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A. Effectiveness of Interventions by Community Pharmacists to Improve Patient Adherence to Chronic Medication: A Systematic Review. *Ann Pharmacother*. 2005; 39:319-28.
- (40) Roughead EE, Semple SJ, Vitry AI. *Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes*. *Int J Pharmacy Pract*. 2005; 13:53-70.
- (41) Castro I, Clopes A, Farré R, Sala ML. Avaluació d'intervencions farmacèutiques: revisió sistemàtica. *Societat Catalana de Farmàcia Clínica*. ACMCB. 2002 (<http://www.academia.cat/societats/farmcl/doc/INTFAR/INTFAR.htm>).
- (42) Baena MI. Comentarios sobre la investigación en Atención Farmacéutica. *Farm Hosp (Barc)*. 2006; 30:62-3.
- (43) Plumridge RJ, Wojnar-Horton RE. A review of the pharmacoeconomics of pharmaceutical care. *Pharmacoeconomics*. 1998; 14:175-89.
- (44) Cabiedes Miragaya L, Eyaralar Riera T, Arcos González P, Álvarez de Toledo F, Álvarez Sánchez G. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (proyecto TOMCOR). *Rev Esp Econ Salud*. 2002; 1:45-59.
- (45) Bermúdez-Tamayo C, Silva-Castro MM, Martín Martín J, Tuneu i Valls L, Márquez-Calderón S, Calleja Hernández MA, et al. Revisión de las evaluaciones económicas de atención farmacéutica como nueva tecnología sanitaria. En: de Solá-Morales O, Bohigas O, García Altés A, eds. *Economía de la Salud. ¿Dónde estamos 25 años después?* Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2005: 875-9.
- (46) Bermúdez Tamayo C, Silva-Castro MM, Martín Martín J, Márquez-Calderón S, Calleja Hernández MA, et al. Revisión de las evaluaciones económicas de atención farmacéutica en el ámbito hospitalario. XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Cádiz, 4-6 de junio de 2003.
- (47) Gastelurrutia MA. La atención farmacéutica (AF) necesita campañas de difusión y marketing. *Correo Farmacéutico*. 19 Nov 2006.
- (48) Amarilla M. La Atención Farmacéutica: Necesidad de un marco legal. Disponible en <http://www.eupharlaw.com/publicaciones.asp>
- (49) Van Mil JWF. *Pharmaceutical care, the future of pharmacy: theory, research, and practice*. Groningen: University of Groningen 2000 (<http://irs.uib.rug.nl/ppn/190074582>).
- (50) Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. *Seguim Farmacoter*. 2005; 3:65-77.
- (51) Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimos F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother*. 2005; 39:2105-10.
- (52) Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- (53) Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of Pharmaceutical Care in different countries. *Curr Pharm Design*. 2004; 10:3969-85.
- (54) Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract*. 2001; 9:163-8.
- (55) Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp*. 2003; 5:160-5.
- (56) Peña C. La Atención Farmacéutica en España: análisis de la situación actual. *El Global*. 2007; 322:5.
- (57) Varas Doval R. Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica: "Dispensación Activa de Estatinas": Resultados obtenidos tras la explotación estadística de los datos recibidos. Madrid: Aula de Farmacia. 2006; 37-42. (<http://www.auladefarmacia.org/docs/AULA%20de la farmacia%20N26%20-%20Medicamentos%20y%20Servicios%20Profesionales%201.pdf>).
- (58) Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Pharm Care Esp*. 1999; 1:107-12.
- (59) Farris KB, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI. *Pharmaceutical Care in community pharmacies: practice and research from around the world*. *Ann Pharmacother*. 2005; 39:1539-41.
- (60) Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. (Disponible en: <http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlres/0436DEE59C01411F99DE9652934C2287/78269/PlanEstrat%20C3%A9gicocodePol%20C3%ADticaFarmac%20C3%A9utica23noviembre20.pdf>).
- (61) Cómo implantar servicios de atención farmacéutica. *Correo Farmacéutico*. 26 Jul 2004.
- (62) Gastelurrutia Garralda MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. Madrid: Ergon; 2006.
- (63) La atención farmacéutica también sirve para aumentar la facturación de la farmacia. *Correo Farmacéutico*. 29 Jun 2006.

Información entre hospital y atención primaria al alta del paciente: tardía, incompleta y no siempre

Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M, Basaviah P, Baker D.

Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. JAMA. 2007;297:831-41.

Objetivo

Definir las deficiencias de información entre el hospital y la Atención primaria al alta hospitalaria, cuantificar su prevalencia, evaluar la efectividad de las diferentes intervenciones para mejorar estos procesos y analizar la asociación entre la falta de comunicación y los resultados clínicos.

Método

Revisión sistemática de la literatura (MEDLINE, Librería Cochrane y búsqueda manual de los artículos más relevantes). Se incluyeron estudios observacionales sobre comunicación e información al alta hospitalaria (para el primer objetivo) y estudios de intervención que incluyeran una actuación al alta hospitalaria diferente de la práctica habitual (para el segundo objetivo). Sólo se seleccionaron estudios publicados en inglés y en revistas con revisión por pares. Se extrajeron datos sobre diseño del estudio, características de la población, tamaño de la muestra, emplazamiento, intervenciones y resultados evaluados. Los resultados de los estudios observacionales fueron resumidos de acuerdo a disponibilidad, contenido, formato y satisfacción del médico de familia. Los estudios de intervención fueron sintetizados de acuerdo al diseño del estudio, disponibilidad y oportunidad.

Resultados

Se identificaron 1.064 referencias, 213 pasaron a revisión completa y finalmente fueron seleccionados 55 estudios observacionales y 18 de intervención. Sólo en un 3% de los casos el médico de familia estuvo involucrado en el proceso de alta. Los formatos de alta más utilizados fueron los resúmenes estructurados y las cartas de alta. Las cartas de alta fueron entregadas en mano a los pacientes o remitidas por correo el día del alta, siendo recibidas más rápidamente que los informes estructurados, sin embargo un 11% de las cartas y un 25% de los resúmenes no llegaron nunca a los médicos de familia. Las informaciones de mayor interés para los médicos de familia fue-

ron el diagnóstico principal, hallazgos físicos, resultados de exploraciones complementarias, tratamiento al alta, motivo de cambios en tratamientos previos, detalles sobre gestiones del seguimiento, información dada a los pacientes y familiares, y exploraciones pendientes. A pesar del acuerdo con los médicos hospitalarios sobre dicha información, se observaban importantes déficits en algunos aspectos (65% sin exploraciones pendientes y 91% sin consejo dado a familiares). La comunicación sobre resultados de exploraciones representó otro problema importante, de tal manera que casi en un 60%, en la visita de seguimiento tras el alta, el médico desconocía los resultados. En un 16 a 53% de altas mediante carta, los médicos de familia no habían recibido la información al recibir la visita de los pacientes y en un 66 a 88% en el caso de resúmenes. Los médicos de familia consideraron que en un 24% de los casos el seguimiento de los pacientes se vio afectado por altas incompletas o retrasadas. Las intervenciones más utilizadas fueron resúmenes de alta (manuales o generados por ordenador) y métodos para modificar el sistema de envío de alta (entrega en mano, electrónico, fax, otras). No se emplearon medidas de resultados estandarizadas, siendo las más utilizadas la oportunidad y en menor medida la calidad. La entrega en mano al paciente del alta fue la medida que más disminuyó el tiempo de recepción y las intervenciones que utilizaban varios métodos (llamada telefónica al médico de familia, citas de seguimiento, y folletos educacionales) fueron las que mejoraron globalmente todos los resultados.

Conclusión

Los métodos utilizados habitualmente para la comunicación al alta del paciente no cumplen los estándares para una comunicación oportuna, adecuada y de calidad para el seguimiento de los pacientes por sus médicos de familia.

Financiación: *Continuity of Care Task Force.*

Conflicto de intereses: *Ninguno declarado.*

Correspondencia: *skripal@emory.edu*

COMENTARIO

La comunicación entre niveles asistenciales constituye unos de los pilares básicos para la continuidad de la asistencia. El informe de alta hospitalario (IAH) y la hoja de interconsulta son los documentos más utilizados en nuestro país, siendo un documento obligatorio desde 1984, que tiene una estructura predeterminada y del que se realizan copias para la historia hospitalaria y para el paciente.

Aunque en el trabajo comentado se detectan déficits importantes en la recepción y contenido del informe de alta, su limitación a artículos en inglés hace que hallemos algunas diferencias con nuestro medio. En nuestro entorno (1-2), aunque hay lagunas en cuanto a la información recogida, no llegan a los porcentajes del trabajo comentado y un 70,3% de los médicos de familia estaban satisfechos o muy satisfechos con el IAH. Sin embargo coinciden en la falta de implicación del médico de familia en la decisión del seguimiento del paciente, el cual en muchas ocasiones es derivado a consultas externas, pudiendo ser asumido por su médico de familia, con la consiguiente descoordinación que ello genera. Otro

aspecto a mejorar sería el relativo a la información sobre cambios en la calidad de vida y grado de dependencia del paciente, así como la prácticamente nula información sobre los cuidados de enfermería necesarios.

No se encuentran referencias respecto al tiempo de recepción del informe, probablemente debido a que en nuestro país se entrega en mano al paciente, sin embargo sería importante la comunicación entre niveles en la planificación del alta de ciertos tipos de pacientes pluripatológicos y con necesidad de cuidadores. La utilización de comunicación telefónica o informática podrían mejorar la coordinación entre ambos niveles.

Victoria Gosalbes Soler

Centro de Salud Salvador Pau, Valencia

(1) Reyes A, González A, Rojas MF, Montero G, Marín I, Lacalle JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp.* 2001;201:685-9.

(2) Canals J, Montero JC, Buxadé I, Bolívar I. El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II): opiniones y satisfacción de los médicos de familia. *Aten Primaria.* 2002;30:561-6.

Comunicación Primaria-Especializada: importancia en el uso adecuado de los medicamentos

Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K.

Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. Qual Saf Health Care. 2007;16:34-39.

Objetivo

Evaluar la congruencia de los listados de medicamentos realizados en el hospital con la medicación real de los pacientes. Además se determinaron el momento de la estancia hospitalaria en el que se produjeron los errores y sus posibles consecuencias en los pacientes.

Método

Estudio transversal realizado en 2002-2003 en un servicio quirúrgico y uno médico en un hospital de Dinamarca. A los pacientes participantes se les realizó una entrevista estructurada en sus domicilios durante la primera semana tras el alta hospitalaria acerca de la medicación con receta que utilizaban (nombre del medicamento, médico prescriptor, duración, dosis y posología). Además se anotó la medicación que tenían almacenada. La medicación registrada en el hospital, ya fuera en la hoja de admisión, en el informe de alta o en cualquier otro informe hospitalario se comparó con el listado de medicación obtenido durante la entrevista. Además se estimaron la frecuencia de la utilización incorrecta de la medicación y sus consecuencias potenciales.

Resultados

Se incluyeron 200 pacientes (83 pacientes quirúrgicos y 114 médicos), el 70% eran mujeres y la edad media fue 75 años. 194 pacientes almacenaban medicación en sus casas, alcanzando un total de 1.189 medicamentos con receta. De los medicamentos de uso habitual (955 medicamentos) el 78% estaban registrados en algún informe del hospital, aunque en el informe de alta se registraron el 46% (444 medicamentos). El registro hospitalario de la medicación fue significativamente superior en los pacientes médicos que en los quirúrgicos ($p < 0,001$). Se encontraron 66 pacientes (55 quirúrgicos y 11 médicos) en los que no se hacía referencia a la medicación actual en el informe de alta y que tomaban medicación en el momento del alta. Al comparar la información sobre medicamentos reflejada en los informes hospitalarios (informe de alta o cualquier otro informe) con la referida por los pacientes se encontraron discrepancias en 63 medicamentos (34 pacientes). Los medicamentos prescritos por los médicos de familia se registraron con menos frecuencia en los informes hospitalarios que los prescritos por los especialistas (69% vs 89%, $p < 0,001$).

Conclusiones

Uno de cada cinco medicamentos de consumo habitual tras el alta no constaba en los registros hospitalarios (en especial los medicamentos prescritos en Atención Primaria). La pérdida de información ocurrió con mayor frecuencia en el momento del alta y únicamente la mitad de la medicación con receta se mencionaba en el informe de alta.

Financiación: Pfizer.

Conflicto de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: bente.glintborg@rh.hosp.dk

COMENTARIO

El informe de alta hospitalario (IAH) es un documento obligatorio y rutinario, pero imprescindible en la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. Proporciona al médico de familia información sobre la patología subyacente y acerca del tratamiento, control y seguimiento del paciente, lo que lo convierte en un elemento de gran importancia para la continuidad asistencial del enfermo.

Sin embargo, numerosos estudios muestran la baja calidad de estos informes, por contener información poco precisa e incompleta y no cumplir las expectativas de los médicos de familia (1-3). Todo esto convierte al IAH en un paso burocrático más, en lugar de una herramienta útil.

El trabajo de Glintborg et al nos muestra una vez más las deficiencias de los informes de alta y sus potenciales consecuencias negativas en la salud de los pacientes. Llama la atención que únicamente la mitad de la medicación con receta de uso habitual para el paciente se mencionara en el informe de alta, a pesar de que el 80% de estos medicamentos estaban registrados en algún informe del hospital. Otro aspecto sorprendente es que los medicamentos prescritos por los médicos de familia se registraran con menos frecuencia en los informes hospitalarios que los prescritos por los especialistas, siendo la medicación previa al ingreso necesaria en el periodo posterior al alta. Esta omisión y falta de precisión en la información contenida en los IAH, en concreto la relativa al tratamiento, coincide con estudios realizados en nuestro entorno (1-2).

El conocimiento por parte de los profesionales sanitarios y de los pacientes de información actualizada y precisa sobre los tratamientos y una adecuada comunicación entre los distintos niveles asistenciales y los pacientes, es básico para una utilización adecuada de los medicamentos. Además de cambios en la actitud de pacientes y médicos, los sistemas de información son un punto importantísimo de mejora. La historia clínica informatizada, y su conexión entre Primaria y Especializada, permitirá, al menos, tener un acceso rápido y actualizado no sólo del tratamiento (prescrito en cualquier nivel asistencial) sino también de todos los registros hospitalarios, exploraciones complementarias, etc.

Gabriel Sanfélix Gimeno

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

(1) Sarda N, Vila R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masque J. Analysis of quality and contents of the report of hospital discharge. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:241-4.

(2) Buxade Martí I, Canals Innamorati J, Montero Alcaraz JC, Pérez Galindo J, Bolívar Ribas I. The hospital discharge report in primary care (1). An analysis of its utility. *Aten Primaria*. 2000;26:383-8.

(3) Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract*. 2001;21:104-8.

El escaso uso de instrumentos de utilidad contrastada para evaluar la utilización

Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A, Leutscher E, Ruiz V.

Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention on inappropriate hospital stays. J Epidemiol. Community Health. 2007;61:128-34.

Objetivo

Evaluar la efectividad de una intervención combinada para reducir estancias hospitalarias inadecuadas.

Diseño

Cuasiexperimental pre-test/post-test con grupo control no equivalente.

Ámbito

Tres hospitales universitarios del Sistema Nacional de Salud en Alicante. El trabajo de campo tuvo lugar en mayo y junio de 2000, en tres fases: estudio basal (1 semana), periodo de intervención (2 semanas) y periodo postintervención (2 semanas) tras un periodo de pausa de 2 semanas.

Instrumento de evaluación

adeQhos@ (1), diseñado para la identificación de la inadecuación de la estancia hospitalaria por los propios clínicos durante el pase de visita. Cuenta con 4 apartados (datos identificativos, siete criterios de evaluación de la adecuación de la estancia, juicio clínico y listado de causas de inadecuación). Se utiliza en formato autoadhesivo, tipo "post-it", y es de distribución gratuita.

Participantes

Grupo de intervención (2 unidades quirúrgicas con 1.451 estancias hospitalarias) y grupo control (1 Unidad quirúrgica con 1.268 estancias). Con el apoyo de los jefes de servicio de los dos hospitales participantes en el primer grupo.

Intervención

Presentación oral estructurada "educativa", seguida de retroalimentación directa a los cirujanos sobre sus respectivos porcentajes de estancia inadecuada y evaluación diaria de adecuación por los cirujanos durante el pase de visita. El objetivo era reducir el citado porcentaje y el *mensajero* uno de los investigadores que no trabajaba en ninguno de los hospitales participantes. Tras la intervención se solicitaba a los propios médicos que evaluaran la adecuación de las estancias de sus pacientes utilizando el instrumento de evaluación.

Resultados

El grupo de intervención redujo su porcentaje de estancias inadecuadas de 14,3% a 7,9% (reducción absoluta: -6,9; IC -10,7 a -2,14; reducción relativa: 44,8%), y no se produjeron cambios en el grupo control. La reducción tuvo lugar en días de estancia innecesarios atribuibles a la gestión médica del paciente que descendió de 12,7% a 5,8% (reducción absoluta: -6,92; IC 95% -10,9 a -2,92), y no se produjeron cambios significativos debidos a otras causas.

Conclusiones

Una intervención combinada de retroalimentación y participación de los médicos en evaluaciones de adecuación es efectiva para reducir el porcentaje de estancias hospitalarias innecesarias, sobre todo aquellas atribuibles a los patrones de alta médica conservadores.

Financiación: Fundación Mapfre Medicina y Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: Dr. S. Peiró, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, San Vicente 112, 3, 46007 Valencia; speiro@comv.es

COMENTARIO

El objetivo de la investigación es lograr nuevos conocimientos, en nuestro ámbito; si además estos tienen utilidad y contribuyen a mejorar la salud de la población, ¡mejor, que mejor! Los investigadores de este grupo desarrollaron *adeQhos* a partir de dos instrumentos preexistentes; mostró un elevado grado de concordancia global, elevada especificidad y baja sensibilidad, con su predecesor –el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)–, características que lo configuran como un instrumento útil para la evaluación de la utilización inadecuada de la hospitalización y, sobre todo, como instrumento de intervención. El artículo muestra los resultados de su efectividad; cuando es autoadministrado por los clínicos consigue reducciones drásticas de las estancias innecesarias.

Sin embargo, si después de 25 años desde la creación del AEP (2) y ya demostrada la efectividad de las intervenciones utilizándolo (3), ¿por qué no los usamos en la práctica diaria? Es más, si el objetivo de las gerencias de los centros hospitalarios es reducir la estancia media, un instrumento como este de utilización gratuita, que hasta podría incluirse en la historia clínica electrónica, ¿por qué no se utiliza en todos los centros?

La respuesta la desconozco, pero es probable que tenga que ver con la denominada investigación traslacional –de transferencia– o cómo trasladar los descubrimientos de las ciencias biológicas básicas a la clínica; en este caso se trataría de trasladar los resultados

de la investigación en servicios de salud a la gestión diaria. No en vano, disponemos de un sinnúmero de instrumentos para evaluar satisfacción, calidad de vida, adecuación... y sin embargo, solo una pequeña proporción se utiliza más allá de estudios puntuales. La investigación traslacional es necesaria no solo para convertir los conocimientos básicos en aplicados (4), sino para promover el camino inverso, promoviendo investigaciones a partir de los problemas identificados en la clínica. En este caso la investigación en servicios sanitarios constituye una herramienta fundamental, con equipos multidisciplinares en los que se integran clínicos, epidemiólogos, gestores, etc. En nuestra mano está trasladar sus hallazgos a la mejora de la asistencia que prestamos en nuestros centros... Más nos vale que no haya que esperar 25 años más.

Susana Lorenzo

Fundación Hospital de Alorcón

(1) Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A. *adeQhos*, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:591-9.

(2) Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.

(3) Restuccia JD. The effect of concurrent feedback in reducing inappropriate hospital utilization. *Med Care*. 1982;20:46-62.

(4) Rozman C. Reflexiones sobre la investigación biomédica en España. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:19-23.

Las estatinas reducen el riesgo cardiovascular también en los japoneses. Y a nosotros ¿qué nos importa?

Nakamura H, Arakawa K, Itakura H, Kitabatake A, Goto Y, Toyota T, Nakaya N, Nishimoto S, Muranaka M, Yamamoto A, Mizuno K, Ohashi Y; MEGA Study Group.

Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomised controlled trial. Lancet 2006;368:1155-63.

Objetivo

Evaluar la eficacia del tratamiento con estatinas en la reducción del riesgo cardiovascular en japoneses.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo, randomizado, abierto, con enmascaramiento de la medida de las variables de resultado (endpoints). En el periodo 1994 a 1999 se seleccionaron pacientes hipercolesterolémicos (colesterol total 5,69-6,98 mmol/l) libres de enfermedad cardiovascular previa y se asignaron aleatoriamente 3.966 de ellos a seguir una dieta y 3.886 a dieta más dosis bajas de pravastina (10-20 mg/día). Se propuso un seguimiento de 5 años que luego fue extendido otros 5 por no producirse un número suficiente de eventos cardiovasculares. Al final del seguimiento, el 41% de los pacientes en el grupo de dieta tomaba estatinas frente al 89% en el grupo de dieta más estatinas. El análisis de datos se hizo según la intención de tra-

tar. El colesterol total se redujo un 2% en el grupo de dieta y un 11% en el de dieta más fármaco. El descenso en el colesterol LDL fue 3% y 18% respectivamente. La enfermedad coronaria fue menos frecuente en el grupo de dieta más fármaco que en el de dieta (riesgo relativo 0,67; intervalo de confianza 95% 0,49-0,91; p=0,01). No hubo diferencias en la incidencia de cáncer o de otros acontecimientos adversos graves entre los dos grupos.

Conclusiones

Dosis bajas de pravastina pueden reducir el riesgo coronario en los pacientes japoneses, a pesar de reducir sólo moderadamente el colesterol total y el colesterol-LDL.

*Financiación: Ministerio de Salud de Japón y Sankyo Co Ltd. Tokyo.
Correspondencia: nakamura@mhwf.or.jp*

COMENTARIO

En este trabajo hay, desde mi punto de vista, cuatro cosas destacables:

a) Aunque las personas que valoraron los endpoints desconocían el grupo de tratamiento de cada paciente, la randomización fue "no ciega". Por tanto, el médico y el paciente sabían si se estaba administrando estatinas. También el médico puede subir la dosis del fármaco si no se alcanzan objetivos terapéuticos, e incluso pacientes del grupo de sólo dieta pueden recibir estatinas a lo largo del seguimiento. De hecho, el 41% de los pacientes del grupos de sólo dieta recibía estatinas al final del seguimiento. Además, es posible intervenir sobre los hábitos de vida para mejorar los resultados clínicos en los que no recibieron estatinas. Otros ensayos importantes en medicina cardiovascular (e.g., STOP-Hypertension 2, CAPP, NORDIL) han tenido un diseño similar porque simplifica el estudio (no es necesario un placebo) y reduce costes. También se ha argumentado que este diseño reproduce mejor los resultados de la práctica diaria donde el médico cambia la dosis y el tratamiento según los resultados obtenidos. Es probable que estos ensayos obtengan resultados conservadores, porque se reducen las diferencias entre los tratados y no tratados, ya que un buen porcentaje de estos últimos también acaban recibiendo el tratamiento. Todo ello no obsta para tener cierto sabor agríndice con estos ensayos, pues es difícil asegurar que los beneficios de la randomización se mantienen a lo largo del estudio.

b) No está claro porqué la reducción del riesgo cardiovascular con pravastina fue tan importante, y similar al conseguido en ensayos en poblaciones anglosajonas, cuando la reducción de la colesterolemia fue sólo moderada y también inferior a la de los ensayos en Europa y Estados Unidos. Las dosis de pravastina empleadas son inferiores a las recomendadas en nuestro medio (20-40 mg), aunque eran conformes a las aprobadas en Japón cuando el estudio se diseñó. Como posibles razones para este efecto mayor del esperado, los autores citan las siguientes: el azar, los efectos

pleiotrópicos de la pravastatina, la especial sensibilidad de los japoneses a la pravastina, y las sinergias entre el fármaco y la dieta del ensayo. A propósito, la dieta recomendada fue la de la primera etapa del National Cholesterol Education Program norteamericano, en lugar de la japonesa tradicional, que es pobre en grasa y rica en pescado.

c) Japón es el país con menor mortalidad cardiovascular en el mundo. Además, en el grupo de dieta la incidencia de cardiopatía isquémica fue muy baja, 2,5% a 5 años. Este estudio muestra que la pravastatina puede reducir el riesgo cardiovascular en esta población. Ello es esperable ahora, pero no cuando se diseñó el estudio, pues hay ya bastantes evidencias de que la reducción relativa del riesgo cardiovascular con las estatinas es bastante similar con independencia del riesgo basal. Aun así, la eficacia de un fármaco puede variar con los hábitos de vida, factores psicosociales o la genética de las distintas poblaciones. Por ello, tiene sentido verificar la eficacia del fármaco en población japonesa, diferente en muchos aspectos de la anglosajona. De todas formas, aunque los beneficios relativos del medicamento son similares a los obtenidos en países anglosajones, el bajo riesgo cardiovascular de Japón hace que el número de sujetos que haya que tratar en prevención primaria durante 5 años para evitar un evento coronario sea bastante alto: 119.

d) Creo que las implicaciones de estos hallazgos son relativamente menores para España. Probablemente lo más importante es el argumento de consistencia. Cuando un medicamento es eficaz en pacientes con características clínicas, hábitos de vida, cultura y genética muy diferentes, se genera progresivamente la convicción de que el fármaco será útil en la gran mayoría de los pacientes. Entre estos están los españoles, que, al igual que los japoneses, tenemos muy bajo riesgo coronario y el HDL relativamente alto, pero somos más parecidos a los anglosajones en la mayoría del resto de las cosas.

Fernando Rodríguez Artalejo

Universidad Autónoma de Madrid

Los múltiples beneficios del ejercicio en las mujeres con cáncer de mama

Mutrie N, Campbell AM, Whyte F, McConnachie A, Emslie C, Lee L et al.

Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. BMJ. 2007;334:517-20.

Objetivo

Determinar si un programa de 12 semanas de ejercicio físico supervisado en grupo consigue beneficios psicológicos y funcionales en mujeres sometidas a tratamiento para el cáncer de mama en estadios iniciales.

Diseño e intervención

Ensayo controlado prospectivo y abierto, con asignación aleatoria a dos grupos: control (cuidados habituales) e intervención (añadiendo ejercicio –3 sesiones semanales de 45 minutos– durante 12 semanas y 6 sesiones de reflexión en grupo sobre un tema). Las mujeres de ambos grupos recibieron ayuda para crear un programa individualizado de ejercicio, las del grupo control a los 6 meses y las del grupo de intervención a las 12 semanas.

Selección de participantes

Se hizo una propuesta de participación a 1.144 mujeres que seguían tratamiento quimioterápico o radioterápico en tres centros sanitarios escoceses. De ellas 203 se incorporaron al estudio y 177 completaron el seguimiento. Criterios de inclusión: cáncer de mama en estadios 0 a III. Criterios de exclusión: ejercicio habitual, enfermedades cardíaca, hipertensiva o respiratoria inestables y disfunción cognitiva.

Seguimiento y mediciones

Seguimiento de 6 meses. Mediciones (12 semanas y 6 meses): valoración funcional del tratamiento del cáncer (FACT), general y subescalas; inventario de depresión de Beck (BDI), escala de afecto positivo y negativo, índice de masa corporal, actividad física de siete días,

test de marcha de 12 minutos y movilidad del hombro. Análisis por intención de tratar. Se usaron modelos de efectos mixtos con ajuste por valores basales, lugar de intervención y edad.

Resultados

Estimación del efecto de la intervención las 12 semanas: incremento de 129 metros caminados (IC95%: 83 a 176), de 182 minutos de actividad de moderada intensidad en una semana (IC95%: 75 a 289), de 2,6 puntos de movilidad del hombro (IC95%: 1,6 a 3,7), de 2,5 puntos en la subescala específica de cáncer de mama de la FACT (IC95%: 1,0 a 3,9) y de 4 puntos en el humor positivo (IC95%: 1,8 a 6,3). No hubo un efecto significativo en la escala de calidad de vida general (FACT-G), que fue la medida principal de resultado. A los 6 meses, la mayor parte de estos efectos se mantuvieron. No se observaron efectos adversos.

Conclusión

El ejercicio supervisado en grupo proporcionó beneficios funcionales y psicológicos tras 12 semanas de intervención y a los 6 meses de la misma. Los profesionales sanitarios deberían animar a sus pacientes a estar activos. Quienes toman decisiones sanitarias deben considerar la conveniencia de incluir el acceso al ejercicio entre los servicios de la rehabilitación oncológica.

Fuente de financiación: Cancer Research (Reino Unido). UK Medical Research Council (Reino Unido) financió a un colaborador.

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: nanette.mutrie@strath.ac.uk

COMENTARIO

Contamos con una prueba más de la capacidad del ejercicio para mejorar la capacidad funcional y el bienestar de las personas, en este caso personas en alto riesgo de deterioro emocional y físico, por sufrir un cáncer de mama y su tratamiento. Las pruebas del estudio de Mutrie y sus colaboradores son de valor discutible: la mayoría tiene una significación clínica poco definida (comparan medias y no emplean la mínima diferencia significativa) y la medida principal de resultado no muestra diferencias. Pero es un estudio metodológicamente muy pulcro, con buen reclutamiento y seguimiento de seis meses. Añade, por tanto, evidencias a varias revisiones cuyas conclusiones apuntan hacia el valor positivo del ejercicio para ayudar a las mujeres con cáncer de mama a mejorar físicamente y a encontrarse mejor (1, 2). Los estudios sobre programas de ejercicio, incluido el de Mutrie, suelen criticarse por la dificultad de delimitar qué componente proporciona el beneficio. Sin que esto deje de ser tenido en cuenta, en el caso de los ejercicios no nos debe llevar a mayores preocupaciones. Si acaso, la identificación de componentes debe servirnos para no olvidar cómo deben enseñarse los ejercicios: poniendo en juego todo lo humano. Con el ejercicio el cuerpo se pone en acción, se mira, se siente, se comparte y quizás ya no es tanto el cuerpo mutilado. Afortunadamente, vamos corrigiendo el error de inducir a la pasividad en las personas que se enfrentan a un problema de salud grave, por ejemplo recomendando evitar el ejercicio en muchas situaciones en la que esta indicación carecía de todo fundamento. Así

ha sido, y quizás sigue siendo, en el cáncer de mama. Puede ser hora de pasar a la acción y ofrecer un recurso sencillo y que viene dando pruebas de ser efectivo para mejorar la situación de las mujeres con cáncer de mama, desde hace, al menos, 10 años (3). Especialmente si, además, ya no se duda de que todas las mujeres sometidas a exéresis mamarias deben aprender ejercicios para prevenir complicaciones en el hombro y la aparición de linfedema. En el artículo se reconoce la dificultad de acceso a los puntos de enseñanza como una importante limitación. El número de profesionales sanitarios, particularmente enfermeras, y la red de centros del Sistema Sanitario Público Español podría estar en condiciones de ofrecer el ejercicio a muchas personas con diferentes tipos de problemas de salud que claramente se benefician de éste (cardiopatas, enfermedades pulmonares, osteoartritis de rodilla, etc.) y sin problemas de accesibilidad. ¿A qué esperamos?

Victor Sarmiento González-Nieto

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
Sevilla

(1) Kirshbaum MN. A review of the benefits of whole body exercise during and after treatment for breast cancer. *J Clin Nurs.* 2007;16:104-121.

(2) Markes M, Brockow T, Resch KL. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD005001.

(3) Mock V, Dow KH, Meares CJ, Grimm PM, Dienemann JA, Haisfield-Wolfe ME et al. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1997;24:991-1000.

En pacientes con infarto que no tuvieron una reperfusión inmediata, la reperfusión tardía no aporta beneficios sobre el tratamiento médico

Hochman JS, Lamas GA, Buller CE, Dzavik V, Reynolds HR, Abramsky SJ, et al, for the Occluded Artery Trial Investigators.

Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2006;355:2395-407.

Problema

Por diversos motivos, no todos los pacientes con infarto de miocardio llegan a tener un tratamiento de reperfusión precoz con una intervención coronaria percutánea (ICP) o con trombolisis, que es el tratamiento óptimo. La estrategia de reperfusión tardía (después de haber transcurrido el periodo actualmente aceptado de recuperación miocárdica) presenta potenciales ventajas, pero también posibles efectos adversos. No está claro hasta qué punto los pacientes estables de alto riesgo con oclusión total persistente de la arteria coronaria relacionada con el infarto, se beneficiarían de someterse a esta estrategia.

Objetivos

Determinar si una estrategia de intervención coronaria percutánea (ICP) realizada en pacientes con oclusión total de la arteria coronaria relacionada con el infarto reduciría la aparición de un resultado combinado (muerte, reinfarto o insuficiencia cardíaca clase IV).

Método

Ensayo clínico aleatorizado. Los pacientes fueron elegibles si tenían una angiografía (realizada entre 3-28 días después del infarto) que mostrara una oclusión total de la arteria relacionada con el infarto, con flujo anterógrado pobre o ausente y con riesgo alto (fracción de eyección menor del 50% y/o oclusión proximal de un vaso epicárdico mayor con una región de riesgo extensa). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo intervención (ICP, más stent si era posible, con optimización de tratamiento farmacológico) o al grupo control (optimización de tratamiento farmacológico).

La medida de resultado principal fue una agregación de eventos (muerte por cualquier causa, reinfarto o insuficiencia cardíaca clase IV que requiriera hospitalización o admisión en una unidad de estancias cortas). Un comité independiente de clasificación de morbi-mortalidad, cegado, fue el que evaluó estas medidas de resultado y asignó los eventos. Se realizaron análisis por intención de tratar.

Resultados

Se aleatorizaron 2.166 pacientes. Los resultados en la variable principal (tasa de eventos acumulados a los 4 años) fueron de 17,2% en el grupo intervención y de 15,6% en el grupo control (razón de riesgo: 1,16; IC del 95%: 0,92 a 1,45; $p=0,20$).

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables secundarias (componentes de la variable principal). Las tasas de muertes por cualquier causa (razón de riesgo: 1,03; IC del 95%: 0,77 a 1,40; $p=0,83$), las tasas de reinfarto de miocardio (razón de riesgo: 1,36; IC del 95%: 0,92 a 2,00; $p=0,13$) y las tasas de insuficiencia cardíaca clase IV de la NYHA (razón de riesgo: 0,98; IC del 95%: 0,64 a 1,49; $p=0,92$) fueron similares entre los dos grupos.

No se encontraron interacciones entre el efecto del tratamiento y las distintas variables de subgrupo (edad, sexo, raza o grupo étnico, arteria relacionada con el infarto, fracción de eyección, diabetes, clase Killip y tiempo transcurrido desde el infarto de miocardio hasta la aleatorización).

Conclusiones

La intervención coronaria percutánea realizada entre 3 y 28 días después del infarto no redujo el número de eventos agregados, ni ninguno de ellos (muerte, reinfarto o fallo cardíaco) por separado, en pacientes estables con oclusión de la arteria coronaria relacionada con el infarto.

Financiación: National Heart, Lung and Blood Institute.

Conflictos de interés: Varios autores declaran haber recibido honorarios de consultoría y por conferencias de diversos laboratorios farmacéuticos y de otras industrias de tecnologías sanitarias relacionadas con el sector cardiovascular.

COMENTARIO

No parece necesario repetir aquí la importancia de las enfermedades cardiovasculares, su impacto en los sistemas sanitarios o la variabilidad existente en su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Sin embargo sí es interesante reflexionar, aunque sea una vez más, sobre las relaciones entre los resultados de la investigación y la práctica clínica.

Los ensayos clínicos han mostrado que reperfundir precozmente a un paciente que ha tenido un infarto agudo de miocardio mejora su pronóstico. Esta mejora del pronóstico parecía ir ligada a que la restauración del flujo de la coronaria relacionada con el infarto mejoraba la función del ventrículo izquierdo y reducía la mortalidad. De estos resultados se infirió en un principio que la mejora en la función ventricular y la supervivencia estaban relacionados. Varios estudios tuvieron resultados contrarios a esta inferencia: se podía aumentar la supervivencia sin mejorar la función ventricular. Esto dio lugar a la hipótesis de la arteria abierta, la reperfusión realizada varios días, semanas o meses después del infarto aumentaría la supervivencia aunque no mejorara la función del ventrículo. Esta hipótesis no había sido demostrada en ningún ensayo, pero sí sugerida por varios estudios observacionales, y no se esperó a que fuera confirmada, sino que se empezó a incorporar a la práctica clínica (1) (es decir, se olvidó que seguía siendo una hipótesis).

Lo que interesa señalar en este comentario es cómo se han ido haciendo suposiciones sobre la base de resultados intermedios obtenidos mediante estudios muy dispares (principalmente observacionales), en poblaciones muy específicas y extrapolándolos a poblaciones diferentes. Es decir, se han dado saltos hasta llegar a aplicar una tecnología a pacientes sobre los que nunca se había demostrado beneficios.

Entonces llegó este trabajo. Se trata de un ensayo clínico financiado con 5 becas del National Heart, Lung and Blood Institute estadounidense, con colaboración de múltiples casas comerciales que donaron la tecnología. Los autores, con una metodología casi impecable, no encontraron beneficios al realizar revascularización (con o sin stent) de manera tardía o diferida, siempre que el tratamiento médico estuviera optimizado. La conclusión es que a este tipo de pacientes lo mejor es no intervenirlos.

Para finalizar, recordemos aquel concepto de "fascinación tecnológica" y revisemos cuanto hay de esta fascinación al trasladar los resultados de la investigación a la práctica clínica.

Román Villegas

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
Sevilla

(1) Hillis LD, Lange RA. Myocardial infarction and the open-artery hypothesis. *N Engl J Med.* 2006;355:2475-7.

Más razones para no realizar el cribado de cáncer de pulmón en personas asintomáticas

Bach PB, Jett JR, Pastorino U, Tockman MS, Swensen SJ, Begg CB.

Computed Tomography Screening and Lung Cancer Outcomes. JAMA. 2007;297:953-61.

Antecedentes y objetivos

Mientras se esperan los resultados de los ensayos de detección precoz de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada (TC), en algunos lugares ya se está aplicando esta forma de cribado a personas fumadoras y exfumadoras. Se pretende determinar si el cribado puede incrementar la frecuencia de diagnóstico de cáncer de pulmón y de su resección quirúrgica mientras reduce el riesgo de cáncer avanzado o de muerte por esta causa.

Método

Estudio de una cohorte de fumadores o exfumadores asintomáticos reclutada en tres centros académicos, sometidos a cribado anualmente, seguidos 3,9 años de promedio y con una completa evaluación y tratamiento de los hallazgos. Se compara la frecuencia observada de los diversos desenlaces antes citados con la esperada.

Resultados

Se esperaban 44,5 casos de cáncer de pulmón pero se diagnosticaron 144 (riesgo relativo [RR], 3,2; intervalos de confianza [IC] al 95%: 2,7-3,8). Se realizaron 109 resecciones pulmonares frente a las 10,9 esperadas (RR, 10; IC95%: 8,2-11,9). No hubo diferencias

en el número de diagnósticos de cáncer de pulmón avanzado (42 observados frente a 33,4 esperados) ni de muertes por ese cáncer (38 frente a 38,8).

Conclusiones

El cribado de cáncer de pulmón con TC de baja dosis aumenta la tasa de diagnósticos y tratamientos mientras que no modifica el riesgo de cáncer avanzado o muerte. Mientras no se dispongan de resultados concluyentes el cribado de cáncer de pulmón en asintomáticos sólo debería hacerse por motivos de investigación que tenga posibilidades fundadas de clarificar los riesgos y beneficios de esta intervención clínica.

Financiación: Ayudas institucionales de los 4 centros implicados y Steps for Breath fund at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, European Institute of Oncology, Ministerio de Salud italiano (Istituto Tumori); the National Cancer Institute (Mayo Clinic study); the Department of Defense (Army Advanced Cancer Detection) y the National Cancer Institute (Moffitt study).

Conflictos de interés: No se declaran.

Correspondencia: Peter B. Bach. MD, MAPP, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Box 221, New York, NY 10021.

COMENTARIO

Entre 2009 en Estados Unidos y 2016 en Europa llegarán los primeros resultados de los ensayos del cribado de cáncer de pulmón que incluyen tomografías computarizadas. La espera es impaciente y la controversia científica se aviva por momentos. Con seis meses de diferencia se publican dos estudios con conclusiones bien distintas, éste y el de Henschke et al. en el *New England Journal of Medicine* de octubre de 2006, que ya fue objeto de un comentario en las páginas de GCS (1). Mientras el segundo afirmaba que el cribado de cáncer de pulmón con TC helicoidal podría evitar el 80% de las muertes, éste resalta el exceso de intervenciones sanitarias diagnósticas y quirúrgicas que puede producir el cribado al tiempo que no parece reducir la frecuencia de mortalidad por cáncer de pulmón. Las razones de las discrepancias entre uno y otro trabajo están bien recogidas en el editorial que acompaña al artículo del *JAMA* (2), pero más allá de la validez o debilidad de estas investigaciones, lo que queda aún más patente es que sin los esperados resultados de los ensayos más arriba mencionados seguirá la polémica.

Con los datos científicos disponibles coincido con Bach y colaboradores en que no se debe iniciar el cribado de cáncer de pulmón. Cuando se plantean las razones del cribado se menciona acertadamente que el cáncer de pulmón es uno de los problemas de salud más graves y que aunque se abandonase el hábito de fumar aún habría muchas personas a elevado riesgo. Sin embargo, las decisiones de cribado se plantean con excesiva frecuencia tachando de presuntamente culpable a la decisión de abstenerse. Lo mismo sucede con otras acciones preventivas, particularmente las vacunas. Parece siempre que se está hurtando la posibilidad de más salud a los ciudadanos siendo cicatero en la difusión de tecnologías be-

néficas. Pues no, la prudencia se basa, entre otras razones, en éste como en otros casos, en la probabilidad de causar más perjuicio que beneficio; y también, en que si tanta excitación hay por intervenir, pues adelante, reduzcamos el tiempo entre diagnóstico y tratamiento para los cribados implantados y el retraso y tratamiento en la atención oncológica.

Aunque quizás anecdótico, el caso descrito por Rosa Montero en *El País* (3) sobre una mujer de Madrid ilustra bien la cuestión "De modo que el 19 de enero de 2006 mi vecina se hizo la mamografía. Y le dijeron que los resultados se los daría su ginecóloga de la Seguridad Social el 29 de diciembre. O sea, 11 meses más tarde. Bueno, vaya, esto sí que es un poquitito menos de progreso, pensé (...) Julia aún no ha ido a ver si su médico tiene la maldita mamografía, que a lo peor tampoco. Además, acaban de mandarle que se haga una citología el 6 de febrero, cuyos resultados no le darán hasta el 29 de noviembre. Los españoles debemos de ser muy buenos y muy pacientes (y además estar muy sanos) para aguantar todo esto". No es ético que alteremos la tranquilidad de los ciudadanos si no estamos seguros de qué hacemos y de cómo lo terminamos.

Ildefonso Hernández-Aguado

Universidad Miguel Hernández

(1) Hernández-Aguado I. Todavía no hay pruebas suficientes sobre la efectividad del cribado de cáncer de pulmón, pero las decisiones individuales y colectivas se complican. Comentario sobre International Early Lung Cancer Action Program Investigators; Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med*. 2006;355:1763-71. *Gest Clin Sanit*. 2006;8:140.

(2) Black WC, Baron JA. CT screening for lung cancer: spiraling into confusion? *JAMA*. 2007;297:953-61.

(3) Montero R. Salud. *El País* 2007 enero 23:80.

Los tubos de ventilación no mejoran el desarrollo infantil (valorado a los 9-11 años de edad)

Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, Dollaghan CA, Rockette HE, Pitcairn DL, et al.

Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. *N Engl J Med.* 2007;356:248-61.

Problema

¿La hipoacusia secundaria a la otitis media serosa (OMS) en los primeros años de edad produce dificultad en el desarrollo escolar, intelectual y psicosocial en los niños entre 9 y 11 años?

Métodos

Ensayo clínico aleatorizado y estudio de cohortes. En dos hospitales infantiles y seis grupos de pediatras del área de Pittsburgh se reclutaron 6.350 niños menores de 2 meses de edad, seguidos hasta los 3 años. Para el ensayo clínico se incluyeron 429 niños que tienen OMS entre los 2 meses y 3 años, durante 90 días (o al menos 120 días de un periodo de 180) si es bilateral o 135 días (o al menos 150 días de un periodo de 270) si es unilateral. Para la cohorte se seleccionó una muestra aleatoria de 241 niños que no cumplían el criterio de duración de la OMS citado.

Para el ensayo clínico se colocaron tubos de ventilación en un grupo de forma inmediata cuando se cumplían los criterios de OMS señalados, y en otro grupo se colocaron tardíamente, a los 6 (bilateral) o 9 (unilateral) meses de cumplirse los criterios de OMS. La asignación a los grupos de tratamiento fue aleatoria, mediante bloques de 4 niños. En la cohorte no hay ninguna intervención.

Resultados

Se valoró, en la primera fecha posible entre los 9 y 11 años de edad,

el desarrollo del niño mediante un conjunto de 48 tests relativos a la alfabetización y habilidad lectora; conocimiento fonológico; atención, impulsividad y función psicosocial y finalmente inteligencia y logros académicos. En el ensayo clínico las puntuaciones de los 48 tests no muestran diferencias entre el grupo de niños tratados precozmente y los tratados de forma retrasada. Los resultados se mantienen tras ajustar por sexo, edad de aleatorización (1º, 2º o 3º año), OMS unilateral o bilateral, continua o intermitente y por edad de tratamiento (antes de los 3 años de edad o después). En el estudio de cohortes las correlaciones entre la duración de la OMS y las puntuaciones de algunos tests son significativas, pero el porcentaje de varianza explicado por la duración de la OMS tras ajustar por variables demográficas es pequeño (1,8% - 6,4%). No hay diferencias en los resultados entre niños del ensayo y de la cohorte y tampoco hay diferencias en las puntuaciones de los tests de los niños aleatorizados que no autorizan su participación en el ensayo y los niños del ensayo.

Conclusiones

El tratamiento de la OMS mediante inserción de tubos de ventilación inmediata no mejora el desarrollo de los niños entre 9 y 11 años.

Financiación: Ayudas del National Institute of Child Health and Human Development y de la Agency for Healthcare Research and Quality, Glaxo y Pfizer.

Correspondencia: JL Paradise, jpar@pitt.edu

COMENTARIO

La otitis media serosa (OMS) es una enfermedad muy frecuente en la infancia, especialmente en los tres primeros años de edad donde se estima una prevalencia entre el 10-30%. Su síntoma más notable es la hipoacusia de transmisión (generalmente leve, entre 25-30 dB), siendo la causa más frecuente de hipoacusia en niños. Aunque la OMS tiene un comportamiento benigno, con un alto porcentaje de desapariciones espontáneas, está implicada en la etiopatogenia de otros tipos de otitis crónica (otitis crónica adhesiva, otitis con perforación timpánica, colesteatoma) y, además, se consideraba que la hipoacusia podía tener consecuencias en el desarrollo educativo del niño. Por estas razones se contempla el tratamiento de la OMS con tubos de ventilación (la efectividad del tratamiento médico con descongestionantes y corticosteroides nasales, antihistamínicos, mucolíticos y antibióticos es incierta [1]), aunque los beneficios del tratamiento quirúrgico también son cuestionados ya que la mejoría de la audición prácticamente desaparece a los 12 meses y el nivel del lenguaje y el desarrollo general son iguales en los niños con o sin tubos de ventilación como señala una revisión sistemática reciente (2).

El estudio comentado enfoca el problema en los 3 primeros años de edad, cruciales en la adquisición del lenguaje y socialización del niño, y muestra la ausencia de efecto de los drenajes timpánicos en el desarrollo del lenguaje, escolar y psicosocial a largo plazo, independientemente de la duración de la OMS y después de controlar el efecto de las variables confusoras demográficas (nivel educativo materno y socioeconómico), sin fijarse en el beneficio en la

audición que es un resultado intermedio. Sin embargo el estudio no puede evaluar el efecto del tratamiento en los niños con OMS severas que producen una mayor pérdida auditiva y que se prolongan más allá de los 3 años de edad, aunque a partir de los 3 años la prevalencia disminuye notablemente.

Así parece acertado seguir las indicaciones de la Academia Americana de Pediatría (3) que recomienda vigilar a los niños con OMS sin otros factores de riesgo durante 3 meses; realizar pruebas de audición en los niños con OMS de más de tres meses de duración y tratar mediante tubos de ventilación los niños con hipoacusia superior a los 40 dB o que presenten alteraciones timpánicas indicativas de progresión de la enfermedad a otros tipos de otitis crónica. Otra cuestión sería actuar sobre los factores medioambientales y familiares que influyen tanto en la aparición de la OMS como en progreso escolar y social del niño.

Rafael Carbonell Sanchis

Servicio de ORL, Hospital de Sagunt

(1) Williamson I. Otitis media with effusion. *Clinical Evidence.* BMJ Publishing Group. Updated March 2006.

(2) Lous J, Burton MJ, Felding JU, Ovesen T, Rovers MM, Williamson I. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD001801.

(3) American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Pediatrics.* 2004;113;1412-1429.

Aviso para eventuales planificadores: los médicos de las áreas con más recursos no perciben mejor calidad, ni más comunicación, ni mayor satisfacción profesional

Sirovich BE, Gottlieb DJ, Welch GH, Fisher ES.

Regional Variations in Health Care Intensity and Physician Perceptions of Quality of Care. *Ann Intern Med.* 2006;144:641-9.

Objetivo

Determinar si los médicos en las regiones con alta intensidad en la prestación de servicios sanitarios se sienten más capaces de cuidar mejor a sus pacientes que los que trabajan en áreas con baja intensidad de actividad sanitaria.

Métodos

Diseño transversal, basado en una encuesta telefónica sobre 10.577 médicos que trabajaban en 60 áreas sanitarias (51 metropolitanas). El resultado principal es la percepción del estilo de práctica medido mediante 12 preguntas; 6 de las cuales hacían referencia a la capacidad de los médicos para obtener determinado tipo de servicios o tecnologías y las 6 restantes referentes a su percepción de la calidad de los cuidados que prestaban y a la satisfacción con su carrera profesional. La variable explicativa principal es la intensidad de prestación de servicios, expresada en quintiles de gasto y medida a través del índice de gasto sanitario al final de la vida (1) (refleja el componente de gasto sanitario local atribuible a la cantidad total de servicios prestados extraído el efecto del precio y la carga de la enfermedad de la población). Se analizaron también covariables del médico (sexo, número de años de práctica, especialidad, ingresos percibidos, lugar de práctica, lugar de donde recibe emolumentos sea Medicare, Medicaid o Managed-care), tipo de fuerza de trabajo local (porcentaje de médicos que proveen atención primaria, porcentaje de pacientes para los que sus médicos actúan como gatekeeper) y recursos por habitante (médicos y camas).

Resultados

Los médicos cuya práctica se desarrolla en las regiones con más intensidad y que disponen de más recursos (camas, médicos, etc.) per cápita, perciben tener más dificultades en el acceso a servicios y tecnologías necesarios para sus pacientes. Por ejemplo, un 50% (frente a un 65% de los que practican en áreas de baja intensidad) sienten tener más problemas para derivar a sus pacientes para ingreso programado; o un 64% (frente a un 79%) perciben más obstáculos para obtener derivaciones a especialistas "terciarios". Por otra lado, también perciben peor comunicación con sus pacientes (62% vs 70% en las áreas de baja intensidad) y más dificultad para prestar servicios de alta calidad (72% frente a 77%). Un 77% (frente a un 81%) experimentan peor satisfacción en su carrera profesional. Las covariables apenas afectan los estimados no ajustados.

Conclusiones

A pesar de disponer de más recursos, los médicos que trabajan en las regiones de mayor intensidad no refieren mayor facilidad para obtener servicios ni mayor capacidad para proveer cuidados de calidad. Tampoco están más satisfechos de su carrera profesional.

Financiación: VA Career Development Award and Robert Wood Johnson Foundation Grant.

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: brenda.sirovich@dartmouth.edu

COMENTARIO

Con algunas limitaciones –la más destacable, una tasa de no respuesta del 39% que según explican los autores no afectaría las conclusiones– los resultados de este estudio muestran algo aparentemente inesperado: más recursos no se perciben como abundancia, no mejoran la perspectiva profesional de los médicos y no se perciben como útiles para prestar cuidados de alta calidad a sus pacientes. Pese a la consistencia de resultados en cada una de las preguntas del cuestionario, la carencia de un modelo causal previo ha obligado a los autores a plantear explicaciones plausibles. Entre ellas señalaré dos: 1) las zonas de alta intensidad (coste) se caracterizan por tener una práctica más orientada hacia el hospital, disponer de más médicos per cápita a su vez más demandantes de cuidados hospitalarios, y tener poblaciones más habituadas a solicitar cuidados hospitalarios. La mayor abundancia de recursos hospitalarios, en este contexto es percibida como escasez; 2) las zonas de alta intensidad tienen un mayor número de médicos, de distintas especialidades y ámbitos, envueltos en los cuidados de cada paciente. La menor continuidad de los cuidados dificulta la relación entre médico y paciente y disminuye la corresponsabilización de cada médico en el cuidado de cada paciente. En este contexto la percepción de calidad del trabajo realizado se diluye.

Sabíamos que más recursos no eran necesariamente más salud en el agregado poblacional (1, 2), y ahora sabemos que la cantidad de médicos que atienden a una determinada población (en Estados Unidos, un contexto regulado por el mercado antes que por elementos políticos, sindicales y corporativos) no implica mayor satisfacción con el trabajo desempeñado ni con la propia carrera profesional, poderosos mecanismos para mejorar la calidad de los cuidados. Estos resultados son nuevos elementos a considerar en el debate sobre si más gasto sanitario per cápita revierte en más salud para los ciudadanos y sobre cuál es la fuerza de trabajo apropiada para prestar los cuidados necesarios.

Conocidos los incentivos que mueven el sistema de prestación de servicios en España (3) y constatada la escasa energía dedicada –hasta hoy– a la gestión de la oferta, convendría empezar a pensar en la planificación de la fuerza de trabajo, con miras más amplias que la reducción de los conflictos de un momento concreto, y sin confiarla a acuerdos "sindicales" eventuales.

Enrique Bernal-Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

(1) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med.* 2003;138:273-87.

(2) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003;138:288-98.

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

La auditoría y el feedback pueden mejorar la práctica clínica... pero no siempre

Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD.

Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. Qual Saf Health Care. 2006;15:433-436.

Objetivos

Evaluar los efectos de la auditoría y el feedback (A+FB) sobre la práctica de los profesionales sanitarios y las medidas de resultados de los pacientes.

Métodos

Búsquedas en el registro del Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group hasta enero de 2004, identificando los artículos más relevantes y examinando también las referencias de los mismos. Se seleccionaron ensayos controlados aleatorizados de A+FB (definida como cualquier resumen de resultados clínicos durante un período de tiempo específico) que informaran objetivamente sobre la práctica profesional o los resultados de la atención sanitaria.

Los datos fueron extraídos por dos revisores de forma independiente que juzgaron la calidad de estudio aplicando una escala tipo Jadad. Se realizaron análisis gráficos, cualitativos y cuantitativos (meta-regresión). Para los resultados dicotómicos se calculó el riesgo relativo (RR) y la diferencia de riesgos (RD), ajustados por el cumplimiento inicial cuando fue posible, y para los resultados continuos se calcularon el porcentaje y la diferencia de porcentaje con relación al promedio del grupo control tras la intervención, ajustado por el resultado inicial cuando fue posible.

Resultados

Se seleccionaron un total de 118 estudios. En el análisis principal se analizaron 88 comparaciones de 72 artículos, comparando cualquier

intervención en las que formaban parte la A+FB (sola o acompañada) frente a no intervención. En los resultados dicotómicos, la RD ajustada del cumplimiento con la práctica deseada varió de -0,16 (un descenso absoluto del 16%) a 0,70 (un aumento del 70%) (mediana = 0,05, rango inter-cuartil = 0,03 a 0,11) y el RR ajustado varió de 0,71 a 18,3 (mediana = 1,08, rango inter-cuartil = 0,99 a 1,30). En los resultados continuos, el cambio porcentual ajustado con relación al control varió de -0,10 (descenso absoluto del 10%) a 0,68 (aumento del 68%) (mediana = 0,16, rango inter-cuartil = 0,05 a 0,37). En todos los estudios realizados, cuando el nivel de cumplimiento de la práctica recomendada era bajo al inicio y la intensidad de la A+FB aplicada eran más altas se asociaban con mayores RR ajustados (mayor efectividad).

Conclusiones

La A+FB pueden ser efectivas para mejorar la práctica profesional. Cuando son efectivas, los efectos son generalmente de pequeños a moderados. La efectividad relativa de la auditoría y la retroinformación sería probablemente mayor cuando el punto de partida que se quiere mejorar es bajo y cuando la retroinformación se realiza con mayor intensidad.

Financiación: No se presentan fuentes de financiación.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

COMENTARIO

La auditoría y el feedback continúan siendo ampliamente usados como estrategia para mejorar la práctica profesional. Parece lógico pensar que los profesionales sanitarios podrían modificar (mejorar) su comportamiento si al recibir información sobre su propia práctica esta fuera inconsistente con la de sus pares o la de las pautas clínicas aceptadas. Sin embargo todavía no se ha encontrado suficiente consistencia sobre la efectividad de estos instrumentos.

El estudio, sin apoyar *de forma obligatoria* el uso de esta estrategia para cambiar la práctica médica, concluye que es efectiva, aunque de forma variable, ya que dependería del nivel de partida de la práctica y de la intensidad de la A+FB aplicada (solos o con reuniones educativas). En cualquier caso, el análisis principal presenta desde un efecto negativo evidente (disminución del 16% en el RD) a un efecto positivo muy grande en los ensayos incluidos en esta revisión (aumento del 70% en el RD).

Si bien se ha realizado un esfuerzo importante en la identificación de los factores asociados que puedan influir en la efectividad de esta estrategia, aún no podemos decir que el tema esté resuelto. Por un lado, se han hallado pocos estudios que pudieran comparar diferentes intensidades de FB y, por otro, no ha sido posible analizar la influencia que pudiera tener el FB *activo*, de mayor efectividad que el pasivo o no deseado (la mera provisión de información genera pocos o ningún cambio en la práctica), o el *momento* en que se realiza (mayor efectividad cuando se da más cerca de la

toma de decisiones) (1). Otro de los aspectos no evaluado fue la *motivación* de los profesionales, factor contextual a tener en cuenta según algunos autores (2). Así pues, sería posible que los efectos de la A+FB fueran mayores en el caso de que los profesionales sanitarios participaran activamente, con responsabilidades específicas y formales para implementar el cambio (3).

Por último, la variación tan importante de los efectos presentados en esta revisión, sugiere que habría que seleccionar qué tipo de práctica o comportamiento es el adecuado para utilizar el A+FB (solos o formando parte de una intervención más amplia) y, sobre todo, que sea activo y buscando el momento más cercano a la toma de decisiones. En cualquier caso, no debemos olvidar que un meta-análisis nunca es un sustituto para un estudio con un tamaño muestral adecuado, bien diseñado, realizado y analizado. De hecho, se basa en ellos.

Pedro Antón García

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ*. 1991;303:398-402.

(2) Kanouse DE, Jacoby I. When does information change practitioners' behavior? *Int J Technol Assess health Care*. 1988;4:27-33.

(3) Antón P, Peiró S, Aranz JM[®] et al. Effectiveness of one physician-oriented feedback intervention on inappropriate days. *J. Epidemiol. Community Health*. 2007;61:128-134.

Relación inversa entre tasas de cesáreas y su nivel de adecuación. O cómo medir la adecuación sin recurrir a paneles de expertos

Baicker K, Buckles KS, Chandra A.

Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. *Health Affairs*. 25(2006):w355-w367.

Hipótesis de investigación

1. Existe una amplia variación en la aplicación de cesáreas. ¿Explican una parte sustancial de dicha variación factores no clínicos, como ratio recursos/parto o la presión judicial?
2. ¿Existe una relación inversa entre tasas de cesáreas y nivel de adecuación?
3. ¿Alcanzan las zonas con mayores tasas mejores resultados en mortalidad materna o neonatal?

Método

Se analizan más de 10 millones de partos ocurridos entre 1995-98 en 198 poblaciones de EEUU, junto con información sobre mortalidad, recursos hospitalarios, presión por mala práctica (datos de aseguradoras), y diversas características poblacionales. Se estudian por separado los casos de bajo (BP) <2.500 gr. y normopeso (NP). El análisis consta de 3 fases. En la primera se calculan tasas de cesárea no estandarizadas por área y se explica su variabilidad en función de factores de riesgo materno-fetales (características a nivel individual que agregan por área), factores socioeconómicos, capacidad del sistema sanitario y presión judicial por mala práctica. En la segunda parte, se ajusta un modelo de regresión logística cuya variable dependiente es haber recibido o no cesárea en el parto y cuyas variables explicativas se agrupan en dos partes. La primera parte recoge información a nivel individual sobre el nacimiento y la segunda es el efecto de área. De esta manera, la estimación de la primera parte del modelo permite obtener la probabilidad de cesárea (PPC) basada en la clínica de las pacientes (medida de uso apropiado, habiendo corregido por el efecto de área), y la segunda representa la tasa, ajustada por riesgo clínico, en cada área (medida de riesgo de cesárea no justificada por variables clínicas). En la tercera parte del estudio, se relaciona uso intensivo de cesáreas con mortalidad infantil y maternal mediante un modelo de regresión binomial negativa.

Resultados y discusión

Hay una enorme variación geográfica en el empleo de la técnica: de 13,1 a 26% (NP) y de 26,7 a 45,1 (BP). Si bien el concepto "factores de riesgo materno-fetales" representa un alto porcentaje en los niños BP (22,7%), en ambos grupos la presión judicial explica en torno al 14% y el porcentaje de variabilidad que se debe a "otras causas" (no explicado por el análisis) sobrepasa el 40%. La correlación entre PPC agregada por área –medida del uso apropiado– y tasa ajustada es negativa y significativa ($R^2=0,39$ en NP y $R^2=0,32$ BP), lo que significa que áreas con mayor uso emplean la cesárea en nacimientos en los que está menos justificada clínicamente (atendiendo a las características individuales). Por último, el estudio muestra que cambios en la tasa de cesárea de una desviación estándar (en torno a 5%) no afectarían a las cifras de mortalidad materna o neonatal.

Conclusiones

Se demuestra que existe gran variabilidad geográfica en el uso de la cesárea, y que sólo una pequeña parte de la misma está justificada por las características de las pacientes. Existe una relación inversa entre volumen de intervenciones y adecuación de las mismas.

Fuentes de financiación: Becas del National Institute on Aging y del National Institute of Child Health and Human Development.

COMENTARIO

La evaluación del uso apropiado de un procedimiento clínico se suele realizar mediante panel de expertos que puntúan su adecuación en distintos escenarios teóricos y/o pacientes. En este trabajo la opinión experta sería la deducible de la experiencia médica colectiva ante millones de situaciones, registrada en las bases clínico-administrativas y sintetizada en modelos probabilísticos.

La calidad y cantidad de información utilizada y los distintos enfoques metodológicos avalan la sospecha de que tasas altas de utilización reflejan uso inadecuado de este procedimiento. Como no se detallan las variables incluidas en cada uno de los modelos utilizados, ni la significación y valor de los parámetros estimados, es difícil su reproducción en nuestro medio.

A la espera de estudios locales, podemos aventurar conclusiones similares en un entorno donde: A) Los centros sanitarios privados, tercera parte de los partos, tienen tasas de cesáreas muy superiores a los públicos. No parece que un mayor riesgo clínico o las preferencias de su clientela expliquen tal diferencial, que apuntamos se justifican más en el modelo de incentivos. B) Las tasas en los centros públicos siguen en ascenso. Sabemos que los obstetras españoles son reacios a practicarlas "a demanda" (1). También que estos profesionales se mueven en escenarios propensos a prácticas defensivas, donde el Sistema sirve a una población más exigente (sana, informada y joven) en un trance de alto valor social: el nacimiento de un hijo/a.

Para ajustar servicios y expectativas, parece necesario primero asomarse a estas últimas –el Sistema está en contacto con su clientela meses antes del parto– y, después, hacer un esfuerzo organizativo que adecúe la oferta a la gama de preferencias sociales: sensibilidad hacia la diversidad cultural, protocolos de parto no medicalizado, etc. En este sentido es interesante un documento elaborado por la Generalitat Catalana (2). Mientras, la Oficina del Defensor del Pueblo espera desde este verano los informes reclamados a los Servicios de Salud sobre medidas de racionalización de las cesáreas y la existencia de protocolos de partos no medicalizados. Parece que es hora de incorporar este asunto en la agenda e intentar detener la escalada promoviendo un diálogo entre los actores que no olvide a las parturientas.

Julián Libro

Fundación IISS

Berta Ibáñez

Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria (BIOEF)

(1) Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K, Bleker O, Libro J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG*. 2006;113:647-653.

(2) Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esprotpa.pdf>

Los marcos conceptuales de evaluación del desempeño de los servicios sanitarios...

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS.

A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care. 2006;18 Suppl 1:5-13.

Objetivo

Los países y las organizaciones internacionales han renovado su interés en analizar el desempeño de los sistemas sanitarios. Esto ha llevado al desarrollo de indicadores para monitorizar, evaluar y gestionar los sistemas sanitarios con el objetivo que sean efectivos, equitativos, eficientes y de calidad. A pesar de la existencia de múltiples indicadores, a menudo no está claro cuáles son los conceptos subyacentes, cómo se conceptualiza y se mide la efectividad, o cómo se utilizan los resultados para estimular la mejora y asegurar la calidad de los servicios sanitarios.

El artículo explora las bases conceptuales, los indicadores de efectividad y las estrategias de mejora de la calidad de los marcos conceptuales del Reino Unido, Canadá, Australia, Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y la OCDE.

Métodos

Se revisaron los marcos conceptuales, indicadores, definiciones de calidad y estrategias de mejora, de las iniciativas de evaluación del desempeño del Reino Unido, Canadá, Australia, Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y la OCDE, a partir de documentos publicados en Internet.

Resultados

Todas las estrategias conciben la salud y los servicios sanitarios en uno o más marcos conceptuales, pero difieren en sus conceptos y su operacionalización. La efectividad implica, a nivel nacional, el logro de resultados en salud de alta calidad e, internacionalmente, el logro de resultados del sistema de manera eficiente. Los indicadores son mayoritariamente de resultado y, menos, de proceso. Los marcos conceptuales están ligados a una combinación de estrategias e iniciativas para estimular y gestionar la mejora de la calidad y del desempeño.

Conclusiones

A pesar de la variedad en las iniciativas de medida del desempeño de los servicios sanitarios (hay tantos marcos conceptuales como países), todas ellas se centran en mejorar el estado de salud de la población y gestionar los servicios sanitarios en torno al consumidor. La iniciativa del Reino Unido se basa en un modelo de "scorecard", el de Canadá en los determinantes de salud, y el de la OMS y la OCDE en posibilitar la comparación internacional de países. La mayoría de las iniciativas usan objetivos de salud pública y áreas prioritarias de servicios sanitarios como objetivos de los sistemas sanitarios para la medida del desempeño.

Fuentes de financiación: No constan.

Dirección para correspondencia: cs@cmwf.org

Conflicto de intereses: No declaran.

COMENTARIO

La medida del desempeño de los servicios sanitarios está recibiendo cada vez más atención. Las presiones fiscales, el aumento de las expectativas y exigencia de la población y la necesidad de rendir cuentas ante la sociedad son algunas de las causas. Además, estas iniciativas suponen una fuente de información con la que diseñar intervenciones y políticas sanitarias. Las experiencias de otros países son útiles para aprender de marcos conceptuales de otros entornos, de ejemplos de buena práctica y de los errores hechos en otros lugares, e incluso se proponen para evaluar reformas sanitarias. También resultan de mucho interés las comparaciones entre el nivel de desempeño y calidad entre países, al estilo de las realizadas por la OMS o la OCDE.

Las iniciativas de Canadá, Australia y Nueva Zelanda son muy interesantes. En Canadá, la iniciativa surgió a partir de la necesidad de disponer de indicadores de salud y de servicios sanitarios sobre la población atendida y las desigualdades entre regiones y provincias, determinantes no médicos de la salud, los servicios sanitarios recibidos por la población y las características de las comunidades y del sistema sanitario.

En Australia se estableció el *National Health Performance Committee* con el objetivo de desarrollar un marco de evaluación del sistema, impulsar su utilidad en la mejora del sistema a través del benchmarking y dar información pública sobre su desempeño. La información tiene un impacto directo en el desarrollo de políticas y en las decisiones de financiación. En Nueva Zelanda, la medida del desempeño se centra en los aspectos de acceso, desigualdades étnicas y calidad de la atención. Además, el sistema de financiación de los servicios sanitarios se basa en los resultados obtenidos.

La principal debilidad de las iniciativas de evaluación del desempeño existentes es el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad en base a los resultados obtenidos en la evaluación. Hoy por hoy, quizás su aplicación más directa esté en el pago por desempeño.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
Agència de Salut Pública de Barcelona

... y sus utilidades

Schoen C, Davis K, How SK, Schoenbaum SC.

U.S. health system performance: a national scorecard. Health Aff (Millwood). 2006;25(6):w457-75.

Objetivo

Estados Unidos tiene algunos de los hospitales mejor equipados y de los médicos más especializados del mundo. El porcentaje del PIB que representa el gasto sanitario de ese país es el doble de un país industrializado medio, con un crecimiento anual muy rápido. Sin embargo, es el único país industrializado que no garantiza la cobertura universal de la población. Tampoco es el país con mejores indicadores de calidad ni es el líder en sistemas de información.

El objetivo de este trabajo fue presentar los resultados de una batería de indicadores diseñados para evaluar y monitorizar el desempeño del sistema de salud americano.

Métodos

Con la guía de la *Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System* y un panel de expertos, se diseñó una batería de indicadores (37) que cubría las dimensiones de resultados de salud, calidad, acceso, eficiencia y equidad. Los indicadores permiten evaluar y monitorizar todas las dimensiones de desempeño del sistema en relación con benchmarks y a lo largo del tiempo, y ofrecen una visión global del sistema. Los benchmarks se fijaron a partir de estándares internacionales y valores de Estados Unidos. Se calcularon ratios entre los valores de Estados Unidos y los de los benchmarks.

Resultados

Las ratios calculadas están entre 51 y 71: 69 en resultados de salud, 71 en calidad, 67 en acceso, 71 en equidad y 51 en eficiencia. Destacan los malos resultados en algunos indicadores: la mortalidad

infantil es de 7,0 por 1.000 niños nacidos vivos (benchmark 2,7 por 1.000), 49% de adultos reciben los cribados y cuidados preventivos comúnmente recomendados (benchmark 80%), 66% de adultos tienen accesible un proveedor de atención primaria (benchmark 84%), 34% de pacientes dicen haber sufrido un error médico, de medicación o de laboratorio (benchmark 22%), 47% de pacientes dicen poder ser atendidos por un médico el mismo día o al día siguiente cuando lo necesitan (benchmark 81%), 65% de la población está asegurada (benchmark 100%), 7,3% del gasto sanitario corresponde a gastos administrativos (benchmark 2,0%).

Conclusiones

En general, los datos muestran muchas posibilidades de mejora. A pesar del elevado gasto sanitario de Estados Unidos, éste tiene peores resultados en muchos indicadores. Dentro del mismo país, hay muchas diferencias entre los estados, hospitales o aseguradoras que están al principio y al final del ranking, así como una gran distancia entre la media nacional y los *top*. En la mayoría de los indicadores, Estados Unidos ha de mejorar en un 50% para aproximarse a los mejores. Los resultados ponen de relieve que podría mejorarse a través de iniciativas que mejoraran el acceso, la calidad y la eficiencia, de forma interactiva.

Fuentes de financiación: No constan.

Conflicto de intereses: No constan.

Dirección para correspondencia: cs@cmwf.org

COMENTARIO

Las iniciativas de medida del desempeño de los servicios sanitarios son interesantes. A nivel puramente descriptivo como es el caso presentado en este artículo, dan información sobre el funcionamiento del sistema y permiten identificar lagunas y áreas de mejora. A nivel práctico, sin embargo, como es el caso de las iniciativas de Australia, Nueva Zelanda o de la atención primaria del Reino Unido (1) –comentada por Juan Gérvas en este número de GCS–, pueden llegar a ser mucho más interesantes, ya que establecen la base sobre la que realizar la asignación de recursos y, en definitiva, son un instrumento de ayuda en el diseño de políticas.

La idea de pago por desempeño (*pay-for-performance*), asignando recursos económicos adicionales a aquellos servicios sanitarios, médicos o equipos que consigan mejores resultados parece clara y ha sido estudiada en otros contextos. De hecho, estas iniciativas son una oportunidad para alinear objetivos de mejora de la efectividad de la práctica médica con objetivos financieros. Sin embargo, sorprende la poca evidencia existente sobre la efectividad de estas iniciativas, y la poca que hay tiene resultados variados. Dos estudios de revisión recientes destacan un efecto positivo en el acceso a la atención, un efecto negativo en la atención a los pacientes más graves, la ausencia de efecto si los incentivos

son demasiado pequeños y la iniciativa incluye pocos proveedores, y efectos perversos de los incentivos (2, 3).

En cualquier caso, llegar al pago por desempeño requiere disponer de excelentes sistemas de información, indicadores validados y sólidos, y transparencia en la transferencia de información, además de la voluntad política de pagar por resultados. La experiencia internacional indica que hacer pública la información sobre desempeño puede ser útil para mejorar la calidad de los sistemas sanitarios, tal y como lo es en el contexto clínico.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
Agència de Salut Pública de Barcelona

(1) Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.

(2) Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):135-57.

(3) Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006 Aug 15;145(4):265-72.

II. SEMINARIO CRES DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y DEL MEDICAMENTO: EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO PARA LOS SISTEMAS SANITARIO Y SOCIAL

Barcelona, 10 y 11 de mayo de 2007

Coordinadores: David Casado Marín y Pilar García Gómez

Programa

Jueves 10 de mayo, de 10.00 a 20.00 horas.

- Bienvenida y presentación del Seminario CRES
- Envejecimiento, salud y dependencia: mitos y realidades
- La protección social de la dependencia en España y la UE
- El impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario: nuevos enfoques
- La provisión eficiente de servicios sociales (I): métodos
- La provisión eficiente de servicios sociales (II): el caso británico
- El tratamiento del apoyo informal en la evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias

Viernes 11 de mayo, de 9.00 a 14.00 horas.

- El gasto futuro en CLD y su financiación: una perspectiva europea
- El impacto presupuestario del nuevo SND a medio y largo plazo
- Clausura

Ponentes

David Casado Marín. Profesor asociado del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Investigador del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF.

Adelina Comas-Herrera. *Research Officer.* London School of Economics (LSE). Health and Social Care Research Center.

José Luís Fernández Plotka. *Research Fellow.* London School of Economics (LSE). Health and Social Care Research Center.

Juan Oliva. Investigador asociado de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) de Madrid. Profesor asociado del Departamento de Economía de la Universidad de Castilla La Mancha (Toledo).

Jaume Puig Junoy. Catedrático EU del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Co-director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF.

Para informarte

Balmes, 132 - 08008 Barcelona

info@idec.upf.edu

Tel. +34 93 542 18 50

www.idec.upf.edu/sreto

Comparaciones internacionales del gasto sanitario: la dimensión regional es importante

López-Casasnovas G, Sáez M.

A multilevel analysis on the determinants of regional health care expenditure: a note. Eur J Health Econ. 2006.

Objetivo

Determinar si la interdependencia fiscal entre regiones dentro de un país es un factor importante para la estimación de la elasticidad renta en sistemas federales. Secundariamente estimar la elasticidad renta del gasto sanitario regional y compararlo con los publicados para países. También contrasta si el efecto de las variables explicativas del gasto regional es el mismo para todos los países, y formula argumentos explicativos sobre las diferencias y las causas de la heterogeneidad. Se parte de la hipótesis de que siendo la atención sanitaria un bien público local en los países descentralizados, la estimación de modelos de gasto con datos nacionales comete sesgo de agregación, al desconsiderar la diversidad en su interior.

Diseño

Modelo de regresión con dos niveles (región y país) explicativo del gasto para 110 regiones de ocho países de la OCDE en 1997. La variable dependiente es gasto sanitario per capita deflactado con la Paridad de Poder de Compra (PPC). La variable explicativa de interés es la renta per capita (también ajustada por PPC). Otras variables explicativas de control son la estructura demográfica y el tipo de sistema sanitario. El modelo admite coeficientes aleatorios. Se emplean variables instrumentales para afrontar la endogeneidad de los regresores.

Resultados

La elasticidad renta del gasto sanitario regional difiere entre países y es muy inferior a la que se había estimado con datos internacionales agregados. No hay evidencia de que el efecto de la demografía o la financiación pública difiera entre países. La elasticidad renta promedio estimada es 0,26. Oscila entre 0,22 (Alemania) y 0,29 (España). Somos el país más pobre de los ocho de la muestra y el de mayor elasticidad renta del gasto sanitario, pues el ranking de elasticidades es exactamente opuesto a la renta de los países. El porcentaje de financiación pública del gasto sanitario y el porcentaje de población mayor de 65 años influyen positivamente en el gasto sanitario.

Conclusiones

La elasticidad renta del gasto sanitario regional difiere entre países y es plausible que el grado de descentralización fiscal contribuya a marcar las diferencias.

Financiación: Parcial de proyecto de investigación CICYT SEC98-0296-C04-02 y del proyecto AATRM 115/28/2000.

Correspondencia: guillem.lopez@upf.edu

COMENTARIO

Aunque la Economía de la Salud lleva un cuarto siglo tratando de explicar los determinantes del gasto sanitario agregado de los países, cuya quintaesencia numérica es la elasticidad renta (*¿es la sanidad un bien de lujo?*) y de su crecimiento, esta titánica investigación está en su infancia (1). Salvo alguna excepción reciente (2), tres generaciones de trabajos concuerdan en estimar elasticidades renta del gasto sanitario próximas o superiores a la unidad: la sanidad es un bien de lujo. Sin embargo, las estimaciones con microdatos dicen que las personas y las familias no aumentan ni mucho menos en la misma proporción su gasto sanitario cuando crece su renta: la sanidad es un bien normal.

Previamente ya se había apuntado que la elasticidad renta varía según el nivel de análisis, siendo generalmente mayores las elasticidades que se obtienen comparando países que las de estudios nacionales o regionales (3). Este trabajo obtiene valores muy bajos, en el entorno de 0,2-0,3. Aunque hay diferencias entre países, no son tan fuertes como en las comparaciones internacionales más agregadas. No hay contradicción en esta aparente paradoja. Es una cuestión de interpretación correcta. Lo que nos dice ese 0,25 es que si entre dos regiones de un país hay un diferencial de renta per capita del 100% (una es el doble de rica que la otra), el diferencial promedio de gasto sanitario entre ellas será del 25%.

Este trabajo sigue la tradición de los modelos macro de comparación internacional del gasto, con la importante innovación de incorporar la dimensión regional, y encuentra elasticidades bajas, más próximas a las halladas con muestras de microdatos de familias que a las resultantes de estudios macro internacionales. En vez de comparar la trayectoria temporal de los países, compara las regiones dentro de los países y a éstos entre sí. Utiliza modelos multinivel, que le van como anillo al dedo al problema de separar la varia-

bilidad del gasto en el interior de los países y la que se produce entre países. Las variables de control (mayores de 65 años, peso de lo público en el gasto sanitario) son clásicas, pero los resultados no. En estudios con datos internacionales parecía que a mayor participación pública en la financiación de la sanidad, menor gasto (1). Aquí el resultado es opuesto: a mayor financiación pública, más gasto. Posiblemente la selección de países –no incluye ni EEUU ni Suiza, muy privatizados y gastadores– explique esta aparente disensión. Pero previene contra el uso de generalizaciones frívolas del tipo “la financiación pública encarece la sanidad”. Los ocho países seleccionados tienen la sanidad descentralizada. Cuanto mayor es la diversidad regional de la renta en un país, mayor es también la del gasto sanitario. Las políticas pro-diversidad regional de los países descentralizados pueden incrementar el gasto sanitario, porque se produce un efecto emulación –buscar la igualdad en los niveles máximos de prestaciones, acceso, cobertura. Esto puede ser lo que ocurre con España. Un hecho documentado en el trabajo que invita a la reflexión es que España es el país de los ocho más homogéneo en gasto regional y el tercero más homogéneo en renta regional. Comparadas con las de nuestros vecinos, las regiones y nacionalidades españolas son relativamente homogéneas.

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de GC

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión

(1) Gerdtham UG, Jönsson B. International comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. En: Culyer A y J Newhouse (eds). Handbook of Health Economics. 2002. Vol 1 cap 1.

(2) Sen A. Is health care a luxury? New evidence from OECD data. Int J Health Care Finance Econ. 2005;5:147-64.

(3) Di Matteo L. The income elasticity of health care spending. A comparison of parametric and nonparametric approaches. Eur J Health Econ. 2003;4:20-9.

El precio de los medicamentos pagados por el sector público puede producir efectos indeseados

Duggan M, Scott Morton FM.

The distortionary effects of government procurement: evidence from Medicaid prescription drug purchasing. *The Quarterly Journal of Economics*. 2006;CXXI(1):1-30.

Objetivo

El objetivo de este artículo consiste en analizar el impacto de dos importantes mecanismos que determinan el precio que Medicaid paga por la compra de medicamentos para sus 50 millones de personas cubiertas por el programa: la fijación del precio a partir del precio de venta en el resto del mercado y la limitación de la evolución temporal del precio pagado al crecimiento del índice de precios al consumo.

Datos y método

Este estudio utiliza datos de IMS del período 1997-2002 para las ventas en el conjunto del mercado de Estados Unidos y datos de compras de medicamentos de Medicaid para el mismo período. Se definen dos variables dependientes: el precio medio de un medicamento en cada año y el número de nuevas versiones de un mismo principio activo que han entrado en el mercado. Entre las variables explicativas de los dos modelos econométricos estimados se encuentra como variable explicativa principal la cuota de mercado de Medicare para cada medicamento (proporción de las ventas totales que representan las compras de Medicare).

Resultados

Un aumento del 10% en la cuota de mercado de Medicare implica un precio un 7% más elevado en 1997 y un 10% en 2002. Este impacto de la cuota de mercado de Medicare se obtiene ajustando por el efec-

to reductor del precio que tiene la presencia de genéricos y de otros sustitutos (principios activos en el mismo grupo). Para los principios activos introducidos en el mercado de Estados Unidos a partir de 1997, el número de nuevas versiones introducidas es mayor para aquellos medicamentos en los que las compras de Medicare suponen una mayor cuota del mercado total, una vez se controla por el efecto del volumen de las ventas del conjunto de mercado. El número de nuevas versiones introducidas en el mercado es el doble en el caso de principios activos con un volumen de compras de Medicare por encima de los \$200 millones que en los de menos de \$50 millones.

Conclusiones

La fijación del precio pagado por Medicare sobre la base del precio observado en el mercado privado conduce a un aumento del precio pagado por el resto de compradores y por el propio Medicare. La limitación de la evolución del precio pagado por Medicare al crecimiento del índice de precios al consumo favorece la proliferación de nuevas versiones más caras del mismo principio activo, las cuales escapan a esta limitación.

Financiación: US National Science Foundation and Alfred P. Sloan and Robert Wood Johnson Foundations.

Correspondencia: M. Duggan, Economics Department, University of Maryland, 3115L Tydings Hall, College Park, MD, 20741. E-mail: duggan@econ.umd.edu

COMENTARIO

Los resultados de este artículo, lejos de poner en cuestión la utilización de la capacidad de compra (o poder de mercado) en el mercado farmacéutico por parte de grandes aseguradores, sean éstos públicos o privados, lo que hace es arrojar luz sobre un hecho crucial para valorar los efectos de las políticas públicas: los detalles de las políticas de compra pública son determinantes para establecer la respuesta estratégica de los agentes económicos que intervienen en el mercado y, por lo tanto, para determinar el resultado final de la intervención pública. Si las políticas de compras públicas no son capaces de anticipar las reacciones estratégicas de los agentes económicos, los resultados de las políticas, aunque bien intencionadas, pueden ser bastante diferentes de los esperados.

La primera parte de este estudio pone de relieve el hecho de que al adoptar el comprador público (US Medicaid, en este caso) como referencia el precio en el mercado de las ventas del resto de mercado menos un determinado porcentaje de descuento, resulta que los proveedores aumentan el precio en el resto del mercado precisamente en los medicamentos que más compra Medicaid. El efecto será que el resto de compradores pague un precio más elevado, y también el propio Medicaid.

La segunda parte del estudio tiene especial relevancia para la comprensión de los incentivos por parte de los proveedores a la introducción de formas modificadas de los principios activos ya introducidos en el mercado (*line extensions* o innovaciones galénicas, por ejemplo). El hecho de imponer por parte del comprador un límite al aumento en el precio, exógeno a la evolución del propio mercado farmacéutico, resulta en una mayor proliferación de nuevas formas de los mismos productos y en el hecho de que el precio medio pagado por el asegurador público crezca más deprisa para

un mismo principio activo que el IPC. La razón es sencilla, las nuevas presentaciones constituyen un "producto" diferente al que no se aplica esta limitación en su precio de entrada.

Esta evidencia sobre el impacto de las políticas de compra por parte del sector público no es nada ajena a la situación de la regulación de precios de los medicamentos en el mercado español, a pesar de la distancia que separa nuestro SNS del sistema sanitario de Estados Unidos. En mercados farmacéuticos con una regulación de precios muy estricta (incluida la casi congelación de precios a partir de la entrada en el mercado) y con un comprador público mayoritario, como el sueco y el español, existe un comportamiento similar que también ha sido contrastado empíricamente: el precio de entrada de sustitutos terapéuticos (otros principios activos del mismo grupo terapéutico) es mayor que el que se produciría en condiciones de competencia y precisamente el consumo se desplaza de forma muy rápida hacia los nuevos principios activos más caros, siendo el resultado un aumento importante del precio medio por día de tratamiento.

En la misma línea, la aplicación de precios de referencia y las medidas de fomento de los genéricos han impulsado la entrada en el mercado de las denominadas innovaciones galénicas con un precio mucho más elevado que la presentación tradicional del mismo principio activo y un desplazamiento del consumo hacia las nuevas presentaciones (canibalización) escasamente justificado por la aportación terapéutica de las nuevas presentaciones.

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra (UPF)

El uso de los stents coronarios liberadores de fármacos en Italia proporciona algunas pistas sobre el papel de los incentivos ante igual evidencia sobre eficacia y diferente utilización en el sector público y privado

Grilli R, Guastaroba P, Taroni F.

Effect of hospital ownership status and payment structure on the adoption and use of drug-eluting stents for percutaneous coronary interventions. *CMAJ*. 2007;176(2):185-90.

Objetivo

Examinar la influencia de factores como la titularidad del hospital, características organizativas y estructura de pago en el uso de stents liberadores de fármacos (SLF) en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y en el efecto sobre el volumen de Cirugía Cardíaca (CC).

Métodos

Análisis transversal sobre la utilización de SLF, según distintas características del paciente y del hospital, sobre 12.993 pacientes que recibieron ICP con stent (convencional o SLF), y análisis de regresión de series temporales para evaluar el efecto del uso de SLF sobre el número de procedimientos de CC e ICP realizados entre 1998 y 2004 en 4 hospitales privados y 9 públicos de la región Emilia-Romana de Italia. Los 4 centros privados y 2 de los públicos disponen de servicios de Cardiología Intervencionista y CC y tienen un sistema de pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Los restantes hospitales públicos carecen de servicios de CC y operan bajo un sistema de pago de cobertura total de costes.

Resultados

La proporción de pacientes tratados con un SLF fue mayor en los hospitales privados (42%) que en los públicos (26%). La adherencia a las guías de práctica clínica regional fue del 20,8% en los hospitales privados y del 33% en los públicos que disponían de servicio de CC. Los hospitales públicos utilizan los SLF de forma más selectiva que los pri-

vados (mayor frecuencia de indicación en lesiones de alto riesgo). En los centros públicos es más frecuente la utilización en pacientes inestables (infarto agudo y angina inestable), mientras que en los privados es más común en pacientes con angina estable. El análisis de series temporales mostró una asociación entre el aumento del uso de SLF (a partir del año 2002) y la reducción del número de procedimientos de CC, junto con un incremento de los de ICP. Los cambios a largo plazo (cambio en la pendiente) fueron más acusados en los centros públicos que en los privados, en cuanto a la disminución del volumen global de CC (-20,1 vs -1,8) y de By-Pass Aorto-coronario (BPAC) aislado (-16,1 vs -6,2), y al incremento del volumen de IPC (36,4 vs 6,4). Por el contrario, la cirugía valvular aislada o asociada a BPAC disminuyó en los centros públicos (-2,3 y -5, respectivamente), pero aumentó ligeramente en los privados (0,1 y 4,1, correspondientemente).

Conclusiones

Los hospitales públicos y privados se comportan de diferente manera en la adopción de SLF y en su utilización en el ICP como sustitutos de la revascularización quirúrgica. Estos hechos pueden comprometer el uso coste/efectivo de los SLF en el sector privado.

Fuente de financiación: Agenzia Sanitaria Regionale de Emilia-Romagna.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: rgrilli@regione.emilia-romagna.it

COMENTARIO

Este estudio demuestra una mayor selectividad de los hospitales públicos en la utilización de los SLF, aplicando esta tecnología a los pacientes que más se benefician de ella, lo que conlleva un aumento en la proporción de SLF en los procedimientos de ICP y una disminución de la de BPAC. Por su parte, el sector privado realiza un uso menos restrictivo de SLF sin que ello conlleve cambios en el volumen de cirugía coronaria. La principal diferencia entre los centros públicos que disponen de CC y los privados estriba en sus incentivos, lo que podría explicar el escaso número de pacientes con enfermedad multivascular que son derivados a centros privados para ICP y el relativamente estable número de cirugías cardíacas realizadas en estos centros.

El aumento en la utilización de SLF ha sido constatado en numerosos países, además de Italia. En España en 2005, se implantó un SLF al 49% de los pacientes sometidos a ICP, lo que significa un total de 41.352 SLF, con un incremento respecto al 2004 del 64%, que a su vez había crecido respecto al 2003 en un 115% (1). Aunque en España no se dispone de datos sobre diferencias en el empleo de ICP entre hospitales públicos y privados, existe evidencia de una importante variabilidad entre Comunidades Autónomas (1). Estas diferencias no se explican por la distinta carga de enfermedad, pero sí se asocian a la riqueza de la región (2), de forma que a mayor riqueza, pero no a mayor necesidad, se hacen más procedimientos de ICP. Los resultados de otros estudios españoles

muestran que la proporción de uso inapropiado de ICP no es significativamente diferente en hospitales públicos y privados (21% vs 28%; $p=0,2$), pero en los pacientes más estables, la proporción de ICP inapropiado tiende a ser mayor en los centros privados que en los públicos (27% vs 17%; $p=0,06$) (3).

Ante estas razones la financiación de procedimientos médicos debería depender de su indicación apropiada (en función de la mejor evidencia científica disponible), en lugar de, como ocurre habitualmente, por el mero hecho de haber sido realizados. De esta manera se podría contribuir a mejorar la eficiencia y a alinear los intereses de los pacientes, médicos, financiadores, aseguradores, e industria.

Pablo Lázaro y de Mercado

María Jesús García de Yébenes y Proas

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, Madrid

(1) López-Palop R, Moreu J, Fernández-Vázquez F, Hernández Antolín R. Registro español de hemodinámica y cardiología intervencionista. XV Informe oficial de la sección de hemodinámica y cardiología intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2005). *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:1146-64.

(2) Fitch-Warner K, García de Yébenes MJ, Lázaro P, Belaza-Santurde J. Variabilidad entre comunidades autónomas en el uso de tres tecnologías cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:1232-43.

(3) Aguilar MD, Fitch K, Lázaro P, Bernstein SJ. The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in Spain. *Int J Cardiol*. 2001;78:213-21.

Algunos efectos de las visitas a urgencias, o como ir a por lana y...

Forster AJ, Rose NG, van Walraven C, Stiell I.

Adverse events following an emergency department visit. Qual Saf Health Care. 2007;16:17-22.

Objetivo

Describir los tipos de efectos adversos en pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario y desarrollar mecanismos de medida adecuados para estimar el riesgo de efectos adversos.

Método

Seguimiento prospectivo durante las siguientes dos semanas de una cohorte de 408 pacientes que fueron dados de alta del servicio de urgencias del hospital en las 2 semanas siguientes. El perfil de la muestra se corresponde con el de población en cuanto a edad y sexo.

Resultados

Se siguieron de forma completa a 399 de los 408 pacientes seleccionados para el estudio. 24 pacientes (incidencia del 6%, 95% IC

4% a 9%) experimentaron efectos adversos, de los cuales 17 (4%, 95% IC 3% a 7%) se consideraron evitables. De los no prevenibles, cinco fueron efectos secundarios de medicamentos y dos más fueron complicaciones menores de procedimientos realizados. De los 24 efectos adversos 15 condujeron a una visita adicional a urgencias o a la hospitalización. Entre los 78 dolores torácicos diagnosticados se identificaron efectos adversos evitables en 5 (incidencia del 6%, 95% IC 3% a 14%).

Conclusión

La mayoría de los efectos adversos que ocurren tras las visitas al servicio de urgencias son prevenibles y a menudo revelan errores en el diagnóstico o manejo.

Correspondencia: aforster@ohri.ca

COMENTARIO

En la literatura sobre urgencias emerge una palabra fetiche: caos. También en este trabajo, en el que se reconoce que gracias al caos la probabilidad de que los pacientes que acuden a estos dispositivos sufran algún tipo de efecto adverso es mayor. Que el caos sea una referencia continua y universal debería hacernos pensar que quizá se trate de una forma de organización propia más que una característica coyuntural que delata la imposibilidad de establecer cierto orden. Pero otras características más propias de la forma de actividad de estos servicios, como la escasa información clínica previa sobre los pacientes al tratarse de contactos discontinuos o el carácter agudo de la patología que pueden presentar sí pueden aumentar el riesgo de sufrir estos efectos en mayor medida que en otros dispositivos. Por diversas razones casi uno de cada 20 pacientes enviados a casa tras una visita a sus urgencias hospitalarias sufre algún efecto adverso relacionado con la misma y la mayoría de estos son evitables.

Últimamente disponemos de abundantes referencias sobre las visitas que generan los problemas relacionados con medicamentos (1) pero en este estudio son una pequeña proporción. A pesar de los resultados los autores reconocen que si los comparamos con los efectos adversos que se miden tras la hospitalización, los encontrados en su estudio no son muchos, aproximadamente una cuarta parte, aunque los que se producen en urgencias son evitables en mayor proporción. También son conscientes de las múltiples limitaciones del estudio, como que para la selección de pacientes se comentara la solicitud de participación con el médico que los atendía antes del alta y esto pudiera provocar un sesgo de selección o una especial atención por parte del clínico responsable y recomienda no extrapolar los resultados al resto del sistema sanitario canadiense. Aun así podemos hacerlo al SNS español. Con más de 20.000.000 de urgencias hospitalarias al año tendría la friolera de 1.250.000 casos de efectos adversos. Nos vale para

hacernos una idea, sobre todo cuando concluyen que probablemente sus resultados infraestiman la realidad.

Cuando llega el turno de proponer estrategias que reduzcan esta tasa, además del establecimiento de vías clínicas para las condiciones más frecuentemente asociadas, en su caso el dolor torácico, añaden una medida de especial interés en nuestro contexto como la asignación directa desde el triaje de urgencias de determinados perfiles de pacientes con riesgo aumentado de padecer estos efectos a médicos experimentados como forma de garantizar un manejo más correcto. En el Sistema Nacional de Salud aún se mantiene abierto el debate acerca de la formación de los médicos de urgencias cuando no el mismo modelo de atención, y junto a este el tema de la mayoritaria presencia de médicos en formación, residentes de primer y segundo año, en los servicios, aún no resuelto al menos en forma de plan de formación o supervisión organizada de su actividad. Por si fuera poco, a estos asuntos se une el nuevo escenario de escasez de recursos humanos disponibles que se empieza a padecer en muchos servicios de urgencia de los centros hospitalarios, siendo especialmente preocupante la situación de los centros ubicados alejados de las capitales. Por ahora pocos hablan de la necesidad de incentivar los puestos a la vista de la dificultad para cubrirlos de forma estable. En este escenario, ¿encontraremos médicos experimentados a los que asignar los pacientes con mayor riesgo de efectos adversos que elijan trabajar en el caos?

Rafael Sotoca

Servicio de Calidad Asistencial
Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana

(1) Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annett JL. National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events. JAMA. 2006;296:1858-66.

La utilidad de la historia clínica electrónica para construir indicadores depende de la información incluida en la propia historia

Baker DW, Persell SD, Thompson JA, Soman NS, Burgner KM, Liss D, et al.

Automated review of electronic health records to assess quality of care for outpatients with heart failure.
Ann Intern Med. 2007;146:270-7.

Objetivo

Las historias clínicas electrónicas (HCE) pueden ser utilizadas para evaluar la calidad de la atención sanitaria (audit clínico). El objetivo de este trabajo es valorar la exactitud de la revisión automatizada de HCE para analizar la calidad de la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Métodos

Diseño observacional comparativo del audit automatizado de HCE con un audit mixto de revisión automática y revisión manual de las anotaciones electrónicas en pacientes con aparentes problemas de calidad. El estudio se realizó en un centro de medicina interna que utilizaba desde hace años una HCE de desarrollo comercial. Se revisaron 517 adultos con diagnóstico de IC y un mínimo de 2 visitas en los últimos 18 meses. Las variables utilizadas como criterio de calidad incluían la fracción de eyección ventricular (FEV), la prescripción de betabloqueantes e inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA) o bloqueantes de la angiotensina (ARA) en pacientes con disfunción ventricular sistólica, y prescripción de warfarina para los pacientes con fibrilación atrial (comorbilidad). Los denominadores excluían a los pacientes con criterios de exclusión predefinidos para el correspondiente tratamiento.

Resultados

El rendimiento del audit automatizado fue similar al del audit mixto para los indicadores de FEV (94,6% vs. 97,3%), la prescripción de betabloqueantes (90,9% vs. 92,8%), y de IECA/ARA (93,9% vs. 98,7%). Sin embargo, el audit informatizado mostró resultados inferiores al mixto en el caso de la administración de warfarina (70,4% vs. 93,6%), sobre todo porque la revisión automatizada no identificaba las justificaciones existentes para obviar la prescripción de warfarina.

Limitaciones

Los autores señalan que los resultados del estudio pueden no ser generalizables a otros centros u otros modelos de HCE. Otras limitaciones incluyen la posibilidad de no haber identificado casos de IC (se identificaban por la HCE) y la revisión manual sólo se realizó en caso de sospecha de problema en el indicador.

Conclusiones

El audit de historias clínicas electrónicas puede ser útil para valorar la calidad de la atención a la IC, aunque algunos criterios pueden tener problemas y subestimar la calidad de la atención.

Financiación: Agency for Healthcare Research and Quality.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: dwbaker@northwestern.edu

COMENTARIO

El audit médico –la revisión de historias clínicas para valorar la calidad técnica de la atención o la adecuación de los procesos realizados– es el eje central de la evaluación de los procesos de asistencia sanitaria, y la evaluación de los procesos es la piedra angular de la evaluación de calidad desde la perspectiva de lo profesional y, también, de la construcción de indicadores (1). El audit puede incluir la evaluación de procesos deseables (ej.: betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca), procesos usuales pero que en tasas altas sugieren problemas de calidad (ej.: cesáreas) o procesos no deseables (ej.: pacientes con más de 2 meses de espera entre un cribado positivo y la cirugía de mama) (2).

Conocer, por centros o por médicos, indicadores como el porcentaje de diabéticos que se realizan al menos un control anual de Hb1ac o el porcentaje de los que tienen este parámetro en valores normales, aporta una gran información para la gestión clínica y sanitaria, especialmente porque permite orientar las actuaciones de mejora. Pero revisar historias clínicas manualmente es una forma muy costosa de evaluar la calidad asistencial y, más aún, en atención extrahospitalaria donde, y a diferencia del hospital, la información relevante puede estar distribuida en visitas diferentes a lo largo del tiempo, puede ser muy difícil de identificar o puede estar repartida entre diversos médicos (especialmente, entre médicos de familia y especialistas).

Las posibilidades de la historia clínica electrónica para resolver estos problemas son obvias, y las posibilidades de los indicadores así obtenidos para “gobernar” la atención primaria han sido claramente intuados en algunos países (por ejemplo, en el contrato de

atención primaria del Reino Unido) (3). Una de las limitaciones de esta aproximación deriva de la calidad de la información contenida en la historia clínica electrónica, aspecto sobre el que llama la atención el artículo comentado. Sus resultados no son, desde luego, generalizables al entorno español, pero sí tiene interés la idea central del estudio: para que se puedan construir indicadores de calidad y eficiencia de la atención primaria y extrahospitalaria a partir de las historias electrónicas, la información contenida en estas historias debe ser completa y de calidad.

Y esto requiere facilitar la incorporación de esta información a los sistemas informatizados (desarrollo y comodidad del software, adaptación al trabajo en atención primaria, formación, etc.) y estudios de validez periódicos. Son necesidades obvias... pero no está mal que *Annals of Internal Medicine*, una de las grandes revistas médicas mundiales, venga a recordarnos la importancia, en gestión sanitaria, de hacer bien lo obvio.

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia

(1) Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull.* 1992;18:356-60.

(2) Peiró S, Casas M. Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, eds. *Invertir en Salud. Prioridades para la salud pública en España-Informe SESPAS*, 2002. Valencia: SESPAS y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. 2002;511-29.

(3) Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006;355:375-84.

Sucesos “gatillo”: una herramienta de interés para identificar efectos adversos en cuidados intensivos

Resar RK, Rozich JD, Simmonds T, Haraden CR.

A trigger tool to identify adverse events in the intensive care unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006;32:585-90.

Objetivo

En los últimos años se han desarrollado diversos instrumentos de identificación de efectos adversos basados en “sucesos gatillo” (trigger tool: instrumentos que identifican historias clínicas para revisión, a partir de sucesos que, conceptualmente, tienen una mayor probabilidad de haberse originado en un problema de calidad asistencial). En la práctica, los trigger tool se han convertido en un importante complemento de la declaración voluntaria para la detección de efectos adversos. El objetivo de este estudio es identificar la tasa de sucesos adversos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) usando técnicas de trigger tool y, para un subconjunto de UCI, una revisión detallada de historias.

Métodos

Se presentan los resultados de 62 UCI pertenecientes a 54 hospitales universitarios y comunitarios que durante el periodo 2001-2004 participaron en un proyecto del Institute for Healthcare Improvement para el desarrollo de una *ICU-trigger tool*. Las historias clínicas se seleccionaron por muestreo aleatorio (pacientes de más de 18 años y a partir de las 48 horas en UCI) y se revisaron usando un proceso en 2 fases: 12.074 fueron revisadas mediante trigger tool y un 20% (1.294, en 13 UCI) recibieron una revisión detallada.

Resultados

En los 12.074 ingresos revisados mediante trigger tools la prevalencia de sucesos adversos fue de 11,3 por cada 100 estancias en UCI. Para el subconjunto de 1.294 historias revisadas detalladamente la prevalencia fue de 16,4 sucesos adversos por cada 100 estancias en UCI. El 55% de las historias de este subconjunto contenían al menos un efecto adverso y 6 sucesos gatillo permitieron identificar la mayor parte de los sucesos adversos.

Conclusiones

Los *ICU-trigger tools* no son un método riguroso para medir la incidencia de efectos adversos, pero la revisión de historias identificadas mediante “sucesos gatillo” es una aproximación práctica de relativo bajo coste para mejorar la detección de efectos adversos en la UCI y podría ser también útil para valorar el impacto de las actuaciones de mejora.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: rresar@ihi.org

COMENTARIO

Además de su aportación instrumental, el trabajo reseñado contiene importantes elementos de reflexión sobre las especificidades de los sucesos adversos en las UCI. El mero hecho de que uno de los “sensibilizantes” sea que el paciente es atendido por 3 consultores o más, ya describe la diferencia de organización entre el sistema norteamericano y lo que se podría definir como sistema europeo, en el que el especialista en cuidados críticos se convierte en el responsable primario del paciente durante su estancia en la UCI. También llama la atención la no consideración de la estabilidad laboral del personal implicado, algo clásicamente identificado como uno de los factores primordiales en la producción de sucesos adversos. Así mismo, el criterio de consideración de suceso adverso es mucho más laxo que el de algunas de las referencias que se aportan (por ejemplo, los trabajos de Cullen), lo que habla a favor de una mentalidad más tolerante y adaptada a la realidad, como pone de manifiesto el ejemplo de los intervalos de administración de las dosis de digital, especialmente afortunado.

En cuanto a la omisión del potencial efecto Hawthorne asociado al estar el personal perfectamente apercebido del proceso de detección de errores que conducen a la producción de sucesos adversos, esto puede tener dos lecturas: a) los autores no se han planteado el efecto distorsionante de tener al personal sobre aviso, b) los autores buscan ese efecto voluntariamente, para disminuir los errores por falta de atención. Por otra parte también resulta llamativo que los efectos adversos en pacientes críticos relacionados con los fármacos se han sobre-estimado, a la vez que se han infra-estimado los relacionados con las instalaciones y equipos. ¿Qué pasa con las alarmas inactivadas, con las caídas de tensión eléc-

trica cuando el suministro no está garantizado por un doble proveedor, con la caída de presión de gases medicinales, con los defectos de limpieza ligados a un aumento de infecciones cruzadas, con la incorrecta fijación de drenajes, tubos y vías vasculares...? Los autores no se plantean nada de todo esto, y este decalaje entre lo que puede suceder y lo que se pretende identificar contrasta con un aparente incremento de la cultura de seguridad del paciente. Cualquiera de los déficits mencionados son potencialmente de mayor riesgo que los errores de medicación. A este respecto cabe destacar esfuerzos como el de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (1) con dos estudios sobre la detección de sucesos adversos con una mentalidad más amplia, el segundo de ellos realizado en enero de 2007, o la experiencia de nuestra propia unidad (2) y el proyecto de la SEMICYUC que emprenderá un ambicioso estudio en el primer cuatrimestre de este año 2007.

Como conclusión podría decirse que la política de incremento de seguridad del paciente crítico pasa, sin duda, por estudios como el que se comenta, pero que no puede quedarse ahí, y que factores no abordados por los autores son potencialmente más peligrosos y probablemente menos prevenibles que aquellos en los que se focalizan.

Ricardo Abizanda

Hospital General de Castellón

(1) Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P et al. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med.* 2006;32:1591-8.

(2) Cubedo M, Bernat A, Nicolás J, Abizanda R, Sanz M, Bisbal A et al. Efectos indeseables adversos (EIA) en una UCI polivalente. Posible influencia del efecto Hawthorne en su detección. Congreso Nacional de SEMICYUC. A Coruña, junio 2005.

Los pacientes son el combustible del sistema sanitario (o así parece, al menos)

Fleetcroft R, Cookson R.

Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? J Health Serv Res Policy. 2006;11:27-31.

Marco

Vivimos una temporada de interés por el pago por rendimiento (*pay for performance*, PXP) y los ingleses están dispuestos a liderar el mundo al respecto. Es una cosa, el PXP, sin mucho fundamento científico, todo lleno de buenas intenciones y de mejores promesas, pero que en la práctica nadie sabe si sus beneficios compensarán sus perjuicios. Los autores se preguntan, en concreto: ya que se trata de pagar el rendimiento, y sobre todo el esfuerzo, la carga de trabajo, ¿hay alguna relación entre esto y el impacto en salud de la población?

Tipo de estudio

Descriptivo lógico, con explotación de resultados de publicaciones previas.

Material y métodos

Los autores partieron de los 151 indicadores de calidad que firman los médicos generales ingleses, que sirven para incentivar su trabajo. Son indicadores clínicos (81 en total), de organización (56), servicios extras (10) y de valoración del paciente (4). Los indicadores tienen un pago por puntos, según cumplimiento, que da lugar a un máximo de 1.050 puntos (550 se asignan según el rendimiento clínico). Para un centro de salud "típico" inglés, con tres médicos a tiempo completo y 5.550 pacientes, el incentivo máximo por los indicadores clínicos puede llegar a los 95.000 euros brutos por año (a unos 173 euros brutos por punto). Lo que se pretende es premiar el rendimiento, entendido como la carga de trabajo (el volumen y cantidad) para el médico general. Los autores complementan estos datos con los procedentes del estudio de McColl y colaboradores (1), muy conocido y relevante, en el que se estimó la ganancia en salud de ocho intervenciones médicas. Estos datos de impacto en salud se refieren fundamentalmente a las áreas clínicas cardíacas. La revisión del *King's Fund* de indicadores de salud en atención primaria valoró los de McColl y colaboradores como basados en pruebas y ligados al resultado en salud (2). De hecho, son los únicos indicadores que cumplen las cinco condiciones necesarias marcadas por Dixon y colaboradores para indicadores en atención primaria (3). Para calcularlos se parte de datos clínicos rutinarios en la atención de los pacientes afectados, y se calcula el probable impacto en salud de una determinada intervención en un problema sanitario concreto, según las muertes evitadas por año en una población de 100.000 habitantes en la que se dé la prevalencia e incidencia habitual del problema considerado. Se comparó este resultado previsible con el incentivo estimado para el indicador correspondiente. Se pretendió, pues, valorar si hay concordancia entre los incentivos, la carga de trabajo, y la probable ganancia en salud.

Resultados

Las muertes potencialmente evitables por 100.000 habitantes y año son para las ocho intervenciones estudiadas, en orden decreciente, 308 (uso de IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca), 146 (vacuna antigripal en mayores de 65 años), 120 (consejo breve antitabaco y preparados de nicotina), 71 (cribaje, seguimiento y tratamiento de la hipertensión), 48 (uso de aspirina en la isquemia coronaria), 33 (uso de anticoagulantes en fibrilación auricular), 14 (uso de estatinas en la isquemia coronaria, prevención secundaria), y 3 (uso de

estatinas sin isquemia coronaria, prevención primaria). Los incentivos monetarios máximos anuales para un centro de salud "típico" van de unos 25.500 euros brutos para la hipertensión, a los cero euros para la prevención primaria con estatinas. Para el uso de IECA, unos 3.500, y para la prevención secundaria con estatinas, unos 4.000, y para el consejo breve contra el tabaco, unos 5.250. Los autores concluyen que hay una disociación entre los incentivos monetarios del pago por rendimiento y el probable impacto en salud de las actividades que se financian. Lo que se paga es la carga de trabajo (como se pretendía con el pago por rendimiento), no el beneficio en la salud de la población.

Fuente de financiación: No consta.

Dirección para correspondencia: r.fleetcroft@uea.ac.uk

COMENTARIO

En la organización de los servicios sanitarios hay una retórica constante en la que se pone al paciente siempre como eje del sistema. Aparentemente, pues, el sistema sanitario existe para resolver las necesidades sanitarias de la población. Cabe preguntarse si esa retórica se corresponde con algo más que palabras o, incluso, si en la práctica incluso la situación es inversa. Los resultados de este trabajo confirman que la organización sanitaria trabaja hasta cierto punto para sí misma, y al establecer un sistema de incentivos por rendimiento lo hace según la carga de trabajo, en abierta contradicción con los resultados esperables en el impacto en la salud de la población. Es decir, lo que se paga es el trabajo en sí mismo, no su beneficio. Buen ejemplo es que se "sobrepague" el cribaje, seguimiento y tratamiento de la hipertensión, una actividad que llena las consultas médicas y sobrecarga todo el sistema sanitario, pero que obtiene escasos beneficios en salud, comparada con otras actividades tan simples como el uso de IECA en la insuficiencia cardíaca o el consejo breve contra el tabaco. Parece, pues, que los pacientes son el combustible del sistema sanitario.

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid)
Equipo CESCA, Madrid

(1) McColl A, Roderick P, Gabby J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-60.

(2) Greenhalgh T, Eversley J. *Quality in General Practice*. London: King's Fund Publishing; 1999.

(3) Dixon M, Sweeney K. *A practical guide to Primary Care Groups and Trusts*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2000.

La mayoría de las personas con enfermedad renal crónica detectada por cribado no desarrollarán una enfermedad renal terminal

Hallan SI, Dahl K, Grootendorst DC, Aasberg A, Holmen J, Dekker FW.

Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey. *BMJ*. 2006;333:1047-50.

Contexto

Las recomendaciones para el cribado sistemático de enfermedad renal crónica (ERC) se limitan actualmente a los pacientes con hipertensión o diabetes, aunque se están proponiendo políticas más agresivas de ampliación del cribado a todas las personas que acuden al médico por cualquier causa.

Objetivos

Comparar distintas estrategias de cribado de ERC –todas ellas basadas en la estimación de la tasa de filtración glomerular (TFGe)– y examinar la ocurrencia de enfermedad renal terminal y muerte por causas cardiovasculares en los pacientes detectados, con el objetivo de encontrar una estrategia efectiva y describir la historia natural de la enfermedad.

Diseño y mediciones

Se parte de un amplio estudio transversal, llevado a cabo en una región de Noruega, en el que participaron 65.604 personas de 20 años o más. El estudio comprendía un cuestionario y un examen clínico, incluyendo determinación de creatinina sérica y medición de la tensión arterial. A partir de la creatinina sérica se estimó la TFGe. Se hizo un seguimiento de 8 años, ligando los datos de cada persona a los de registros centrales que permitían detectar un diagnóstico de ERC en estadio final o muerte.

Análisis

Se evaluaron modelos de cribado para personas con diabetes o hipertensión, y para personas con otros factores de riesgo (ancianos, obesos, fumadores, cardiopatas o con antecedentes familiares de hipertensión o cardiopatías). Las estrategias se valoraron con el porcentaje de pacientes con ERC en estadios 3-5 (TFGe <60/ml/min/1,73 m²) y el número de personas que era necesario cribar para diagnosticar un caso (NNC). Los estadios 1 y 2 de la ERC no pueden evaluarse con la TFGe porque no está aún alterada.

Resultados

Se obtuvo la TFGe en el 99,4% de los participantes. La prevalencia de ERC en estadios 3-5 fue de 4,7%. El 44,2% de todos los casos pertenecían a diabéticos e hipertensos. El NNC para identificar un caso fue de 5,9 en hipertensos y diabéticos y de 34,6 en la población sin estos factores de riesgo.

Se analizaron distintos puntos de corte para restringir el cribado según edad (en los no diabéticos ni hipertensos). Las curvas ROC proporcionaron un máximo de sensibilidad y especificidad a partir de los 55 años.

En los grupos con otros factores de riesgo la tasa de detección ascendió hasta el 81,4%, con un NNC de 19,1. Las estrategias propuestas en guías de varias organizaciones aportaron NNC similares, pero con tasas de detección de 51,6%.

Sólo 38 de las 3.069 personas en las que se identificó ERC en el cribado desarrollaron la enfermedad hasta un estadio final, y este riesgo fue muy bajo entre los que no padecían diabetes ni hipertensión, las mujeres, las personas mayores de 70 años y los que tuvieron TFGe de 45-59/ml/min/1,73 m². El riesgo de muerte por causa cardiovascular fue más alto en los grupos con TFGe <60 /ml/min/1,73 m².

Conclusiones

La estrategia de cribado dirigida a personas con hipertensión, diabetes y mayores de 55 años aporta la tasa de detección de ERC en estadios 3-5 más alta, junto con un bajo NNC. Sin embargo, la progresión de la ERC en estos estadios hasta sus etapas finales es rara, lo que contradice afirmaciones anteriores.

Financiación: Solo se declara la financiación de los autores por las organizaciones donde trabajan.

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: stein.hallan@ntnu.no

COMENTARIO

Hasta el momento, no hay ensayos clínicos que analicen el cociente entre beneficios y riesgos del cribado de la ERC (1). A falta de ellos, este amplio estudio poblacional con 8 años de seguimiento tiene un gran valor. Con los datos que aporta, se pueden poner en tela de juicio las recomendaciones de ampliación del cribado de ERC que se están proponiendo desde diversas instancias.

En 2002 se publicaron unas recomendaciones de la National Kidney Foundation, entre las que se proponía realizar pruebas de cribado de ERC (TFGe, razón albúmina-creatinina en orina y sedimento urinario) a las personas mayores de 60 años, diabéticos, hipertensos, con enfermedades autoinmunes, con antecedentes familiares de ERC, minorías raciales, etc (2). Aunque la propia guía calificó estas recomendaciones como de grado C (basada en opiniones de expertos), se han convertido en las más citadas y aceptadas en la literatura médica. Con posterioridad, la Sociedad Internacional de Nefrología aún ha ido más allá en la propuesta del cribado: ampliarlo a todas las personas que visiten al médico general (3).

La fascinación por el “más vale prevenir” nos está llevando continuamente a nuevas propuestas de cribado poblacional, olvidando los riesgos que conlleva. No es sólo un tema de costes, es un

tema de salud. ¿Qué se conseguiría con el cribado de toda la población o de todos los mayores de 55 años que pasen por la puerta del médico de cabecera? El etiquetado de ERC para el resto de tu vida es una carga pesada. Y es algo innecesario, teniendo en cuenta que el riesgo de desarrollar una enfermedad renal que necesite diálisis o transplante es mínimo para esas personas. La mayoría de ellas morirá por otras causas.

A todo ello puede añadirse la controversia sobre los diversos métodos de cribado y la falta de evaluación de los resultados del tamizaje precoz. Con todo esto y los resultados de este estudio, la adopción de un modelo de cribado de ERC de personas sin hipertensión ni diabetes no puede ser recomendada.

Antonio Romero Tabares y Soledad Márquez Calderón

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Sevilla

(1) Clase CM. Glomerular filtration rate (editorial). *BMJ*. 2006;333:1030-1.

(2) K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. *Am J Kidney Dis*. 2002;30:S1-S246.

(3) International Society of Nephrology. ISN calls for proactive albuminuria testing. *ISN News*. 2005;13:3.

Suplementos de antioxidantes: No siempre algo es mejor que nada

Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C.

Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis. JAMA. 2007;297:842-57.

Objetivo

Evaluar el efecto de la administración de suplementos antioxidantes para la prevención primaria y secundaria de diferentes enfermedades sobre la mortalidad.

Método

Revisión sistemática con metanálisis de ensayos clínicos en los que se evaluaba la administración de beta-caroteno, vitamina A, vitamina C, vitamina E o selenio (solos o en combinación con otros suplementos antioxidantes y/o vitaminas) frente a placebo/no intervención. Se evaluó cualquier dosis, duración y vía de administración. Se excluyeron los ensayos clínicos en prevención terciaria (tratamiento), en enfermedades agudas y en enfermedades malignas, excepto cáncer de piel.

Las medidas de resultado fueron la mortalidad por cualquier causa, incidencia de cáncer y progresión de enfermedad, sin bien los resultados finales sólo se discutieron para la mortalidad.

Se valoró la calidad metodológica mediante tres criterios: aleatorización, cegamiento y pérdidas en el seguimiento. Ensayos con uno o más de estos tres criterios inadecuados se consideraron con elevado riesgo de sesgo. El análisis se realizó estratificado según este riesgo de sesgo.

Análisis estadístico

Los resultados se informaron como riesgos relativos (RR), con intervalo de confianza (IC) del 95%, basándose en un modelo de efectos aleatorios. Los autores utilizaron meta regresión para analizar los efectos de las siguientes variables: intervención evaluada, riesgo de sesgo de los ensayos, tipo y dosis de suplemento, administración única o combinados, duración de la suplementación y tipo de indicación (prevención primaria o secundaria). La robustez de los resultados fue valorada mediante un análisis de sensibilidad.

Resultados

Se incluyeron 68 ensayos clínicos, con un total de 232.606 pacientes. Cuando se consideraron conjuntamente todos los ensayos clínicos con antioxidantes, independientemente de su calidad metodológica, no se observó un efecto significativo sobre la mortalidad (RR=1,02; IC95%: 0,98-1,06).

El análisis de la meta regresión multivariante mostró que los ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo (RR=1,16; IC95%: 1,05-1,29) y el selenio (RR=0,998; IC95% 0,997-0,9995) estuvieron significativamente asociados a mortalidad.

En los 47 ensayos clínicos considerados con bajo riesgo de sesgo, que incluían 180.938 participantes, los suplementos antioxidantes aumentaron de manera significativa la mortalidad (RR=1,05; IC95%: 1,02-1,08), mientras que el análisis de los de elevado riesgo de sesgo, mostró que la mortalidad disminuía de forma significativa en el grupo suplementado (RR=0,91; IC95%: 0,83-1,00). La diferencia entre la estimación del efecto antioxidante en los ensayos en función de la calidad fue significativa, al probar la interacción, sobreestimándose el efecto en los de mayor sesgo.

El análisis de los ensayos con bajo riesgo de sesgo, indicó que el beta-caroteno (RR=1,07; IC95%: 1,02-1,11), la vitamina A (RR=1,16; IC95%: 1,10-1,24), y la vitamina E (RR=1,04; IC95% 1,01-1,07), solos o combinados, incrementaron la mortalidad. No se observó un efecto significativo con la vitamina C.

La administración de selenio se asoció a menor mortalidad (RR=0,998; 0,997-0,9995) en el análisis global, si bien tras excluir los ensayos de baja calidad, no se pudo demostrar tal efecto.

Conclusiones

Los suplementos antioxidantes con betacarotenos, vitamina A y vitamina E, en prevención primaria o secundaria, se asocian a un incremento de la mortalidad. En el caso de la vitamina C y en los ensayos de buena calidad sobre el selenio no se ha demostrado ninguna relación.

Fuente de financiación: The Copenhagen Trial Unit, Center for Clinical Intervention Research, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital.

Conflictos de interés: Ninguno.

Correspondencia: goranb@junis.ni.ac.yu

COMENTARIO

Los suplementos vitamínicos están atravesando un mal momento. Durante años, la palabra antioxidante ha sido sinónimo de salud, ya que permitía frenar la oxidación, proceso que inevitablemente conducía al envejecimiento y desarrollo de graves enfermedades. Sin embargo, un reciente metanálisis ha concluido que, con la excepción del selenio y la vitamina C, estas sustancias resultan perjudiciales para tal fin.

No han tardado en publicarse críticas al estudio desde diversos ámbitos, argumentando las limitaciones metodológicas que presenta y que los propios autores reconocen en la discusión del artículo. Estas limitaciones se centran en la heterogeneidad de los estudios incluidos, ya que se desconoce el riesgo de comparar los efectos de la intervención de distintos antioxidantes, administrados a diferentes dosis y periodos de tiempo, valorados en diferentes patologías y grupos de población (prevención primaria o secundaria). Sin embargo, y a pesar de estos problemas, los resultados obtenidos son coherentes con los de estudios previos que evaluaban el papel de estos suplementos en la prevención del cáncer de pulmón (1), enfermedades cardiovasculares (2) y cánceres gastrointestinales (3). El argumento del estudio para explicar el efecto negativo observado es que el stress oxidativo, más que participar en la patogénesis de las enfermedades, sea consecuencia de ellas, y que por tanto, su eliminación interfiera con algunos mecanismos esenciales de defensa. Los autores concluyen que estos resultados, obtenidos con productos "artificiales", no deberían extrapolarse a los beneficios de consumir productos ricos en antioxidantes, tales como frutas y verduras.

Lo cierto es que en una sociedad en la cual la salud se vende en forma de píldoras, y donde más de un 10% de la población adulta consume los suplementos evaluados, el incremento hallado en la mortalidad podría resultar devastador a nivel poblacional. Quizás sea hora de reflexionar y recordar aquello de "primun non nocere".

Sandra Flores Moreno

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Sevilla

(1) Carballoso M, Sacristan M, Serra C, Bonfill X. Drugs for preventing lung cancer in healthy people (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2003. Oxford: Update Software. CD002141.

(2) Vivekananthan DP, Penn MS, Sapp SK, Hsu A, Topol EJ. Use of antioxidant vitamins for the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2003;361(9374):2017-23.

(3) Bjelakovic G, Nikolova D, Simonetti R, Gluud C. Antioxidant supplements for preventing gastrointestinal cancers: a systematic Cochrane review and meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD004183.

Desigualdades en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos y Canadá

Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S.

Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health.* 2006;96:1300-7.

Objetivos

Comparar el estado de salud y el acceso a los servicios sanitarios y prácticas preventivas en Estados Unidos y Canadá, teniendo en cuenta la disponibilidad de aseguramiento sanitario, la raza, el nivel de ingresos y el estado migratorio.

Material y métodos

Diseño transversal basado en encuestas de salud –Joint Canada/US Survey of Health 2002-2003– que entrevistaron telefónicamente a 3.505 personas de Canadá y a 5.183 de EE.UU., con porcentajes de respuesta del 69,3% y del 50,2% respectivamente. Se analizaron variables de estado de salud, acceso y utilización de servicios sanitarios y de prácticas preventivas y satisfacción con los servicios de salud (variables dependientes) comparando la población con y sin aseguramiento sanitario (en EE.UU.) y de distintas razas (blanca versus el resto), nivel de ingresos y estado de migración. Se ajustaron modelos de regresión logística para comparar ambos países y para describir las desigualdades en las variables dependientes de acceso y utilización de servicios respecto a ingresos, la raza y migración, ajustando por edad.

Resultados

La población de EE.UU. presentaba peores indicadores de salud y de sus determinantes que la de Canadá, a excepción del consumo de tabaco. Las personas sin seguro sanitario de EE.UU. presentaban peor salud, mayor consumo de tabaco y sedentarismo, tenían peor acceso a los servicios de salud, recibieron menos servicios médicos y realizaron menos prácticas preventivas. Además, estaban menos satisfechas con los servicios de salud. La población no blanca de ambos países presentaba peores indicadores que la de referencia. En el análisis multivariado, las personas de EE.UU. tenían menos frecuentemente un médico regular, más probabilidad de tener necesidades de servicios de salud no cubiertas y de no poder pagar los medicamentos necesarios. Existían desigualdades respecto al nivel de ingresos, la raza y el estado de migración en los dos países, siendo más importantes en EE.UU.

Conclusiones

La población de EE.UU. tiene menos acceso a los servicios de salud que la de Canadá. La cobertura universal de los servicios de salud parece reducir las desigualdades en el acceso a éstos.

COMENTARIO

Aunque los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en ésta, la existencia de servicios sanitarios adecuados es una necesidad fundamental y el acceso a los mismos debería ser un derecho de todas las personas sin distinciones sociales. Tanto la calidad como la cobertura de los servicios sanitarios son una parte integral de la definición del desarrollo en sí mismo y constituyen unos de los principales indicadores de bienestar social (1). La financiación de los servicios sanitarios es importante por dos motivos (2). Primero, por determinar la disponibilidad de los servicios y el acceso a los mismos. Segundo, los mecanismos de financiación determinan el grado de protección financiera contra los grandes costes de la enfermedad. Los sistemas de financiación basados en los impuestos generales suelen ser más progresivos, el acceso a los servicios sanitarios según nivel de renta o según clase social suele ser más equitativo y la protección financiera en caso de enfermedad es igualitaria si la cobertura es universal. En el otro extremo, la financiación privada suele ser regresiva y tanto el acceso a los servicios sanitarios como a la protección financiera en caso de enfermedad son un privilegio de las clases aventajadas.

En EE.UU. existen 42,4 millones de personas (14,5% de la población) que declararon no tener cobertura sanitaria en la National Health Interview Survey de 2006. Estos porcentajes son mucho más importantes para la población con menor nivel socioeconómico. El artículo evidencia cómo la falta de cobertura sanitaria repercute en la salud y en el acceso a los servicios de salud. No deja de sorprender que uno de los países más ricos del mundo tenga un sistema de salud que sirve de manera tan desigual a la población ya que son las personas de clases sociales menos favorecidas las que tienen menor cobertura. En el Estado Español la cobertura sanitaria universal favorece que las desigualdades en el ac-

ceso a los servicios de salud sean mucho menos pronunciadas, aunque algunos servicios no prestados por la sanidad pública (como la odontología) o las prácticas preventivas siguen siendo más accesibles para la población de clases aventajadas (3-4).

Finalmente, una consideración sobre la palabra “disparities” (disparidades) utilizada en el título del artículo, palabra que se suele usar en EE.UU. en lugar de “desigualdades” o “inequidades”. Teniendo en cuenta que la “desigualdad en salud” según la OMS se refiere a diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas, concepto que incluye, por tanto, una dimensión moral o ética (5), podemos afirmar que lo descrito en el artículo son “desigualdades” en salud y en el acceso a los servicios de salud y no “disparidades”.

Carne Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona
Universitat Pompeu Fabra

(1) Hadley J. Sicker and poorer. The consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, income. *Medical Care Research and Review.* 2003;60(Supplement):3S-75S.

(2) Hsiao WC, Liu Y. Health care financing: assessing its relationship to health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health. From ethics to action.* Oxford: Oxford University Press. 2001.

(3) Rodríguez-Sanz M, Carrillo-Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. *Observatorios de salud de la mujer y del SNS.* Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. (http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf).

(4) Borrell C, Benach J, y grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. La evolución de las desigualdades en salud en Catalunya. *Gac Sanit.* 2006;20:396-406.

(5) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.

Abrir nuevos servicios especializados asegura más intervenciones por habitante. No es tan seguro que la salud de la población mejore

Nallamothu BK, Rogers MAM, Chernew ME, Krumholz HM, Tagle KA, Birkmeyer JD.

Opening of Specialty Cardiac Hospitals and Use of Coronary Revascularization in Medicare Beneficiaries. JAMA. 2007;297(9):962-8.

Objetivo

Determinar si la apertura de hospitales cardiológicos monográficos se asocia con el incremento de las tasas poblacionales de revascularización coronaria.

Método

Diseño: Ecológico con cortes anuales de información entre 1995 y 2003. **Población:** altas hospitalarias por procedimientos de revascularización cardiaca: By-pass coronario (BPC), Angioplastia Coronaria (ACTP) o la combinación de ambas intervenciones. **Ámbito:** 306 regiones sanitarias (mercados creados para los estudios del Atlas de Dartmouth). **Variable a estudio:** tasa incremental de intervenciones de revascularización en las poblaciones de estudio. **Variable explicativa principal:** oferta de servicios de revascularización clasificada en tres categorías de exposición: 1) apertura de hospitales monográficos cardiológicos; 2) apertura de nuevos programas asistenciales cardiacos; 3) ningún programa asistencial nuevo. **Análisis:** Multivariante ajustando por distintas variables y sus interacciones: año, tasa de infarto anual, cardiólogos y cirujanos per cápita, apertura de otros programas asistenciales, cantidad de pacientes en "managed care".

Resultados

Las tasas de intervenciones de revascularización fueron mayores en las áreas donde se abrieron centros monográficos en comparación con los otros dos tipos de área. Las tasas ajustadas, al final del período de estudio, habían doblado a las tasas de las poblaciones servidas por hospitales generales con nuevos programas cardiológicos. El incremento relativo de intervenciones en las áreas con hospitales monográficos a los 4 años fue de 19% (IC95%: 6% a 32%). En cambio, en las áreas cuyo hospitales incluyeron nuevos programas el incremento fue de un 6% (IC95%: 3% a 10%) y un 7% (IC95%: 3 a 12) en las áreas en las que no se produjo ninguna innovación. Si se consideró sólo el ACTP, el crecimiento fue mayor en el caso de los pacientes sin infarto [42% (IC95% 21 a 63)].

Conclusión

La apertura de hospitales monográficos cardiológicos incrementa las tasas poblacionales estandarizadas por edad sexo y raza de cirugía de revascularización en los pacientes Medicare.

Financiación: Becas de la AHRQ y los NIH.

Conflictos de interés: Ninguno declarado.

Correspondencia: bnallamo@umich.edu

COMENTARIO

Una nueva entrega de los estudios derivados de la metodología del Atlas de Dartmouth. En esta ocasión, los autores tratan de dar una vuelta de tuerca a la hipótesis de que las variaciones geográficas de la práctica médica están fuertemente mediadas por la oferta poblacional de recursos y es independiente de las necesidades de salud de las poblaciones.

En este trabajo encontramos una nueva aproximación metodológica, estudio de intervención con dos grupos control en poblaciones equivalentes, en el que se evalúa el efecto de abrir una nueva organización (hospitales monográficos) sobre la intensidad de la asistencia que reciben las poblaciones comparado con dos intervenciones: a) otro tipo de organización (la incorporación de programas asistenciales específicos) y b) no hacer nada distinto a lo que se hace.

Entre las explicaciones potenciales de los resultados observados destacamos dos: a) por un lado, los hospitales monográficos pueden haber atraído un mayor mercado al tratarse de procedimientos en los que el volumen de intervenciones puede influir en los resultados y, b) por otro lado, los médicos que indicaban la intervención eran copropietarios de los centros donde enviaban a los pacientes a ser intervenidos. Sin menospreciar la primera explicación, la segunda es más atractiva para pensar en la gestión de la oferta en España, donde los médicos son copropietarios de la lista de espera y corresponsables de la apropiada dosis de peonada.

En cualquier caso, los resultados de este estudio son relevantes, no solo por la magnitud de los efectos demostrados, sino porque se sabe que incrementar las tasas poblacionales de intervenciones no se sigue, necesariamente, de mejoras en los resultados. En el terreno de la cirugía de revascularización dos trabajos previos han demostrado esta afirmación: la supervivencia a largo pla-

zo en las regiones con más intensidad de cirugía revascularizadora no mejoró los resultados de regiones en las que las poblaciones recibían tratamientos médicos óptimos (1) y comparando con Ontario (Canadá), tasas poblacionales de intervenciones de revascularización 10 veces superiores en población Medicare, no se siguieron de una mayor reducción en la mortalidad por causa cardiaca (2). Entre las razones argüidas para explicar que más intervenciones no se convierten en más salud, encontramos una que tiene especial relevancia para la política sanitaria. A partir de cierta tasa poblacional de procedimientos los pacientes que reciben un procedimiento cardiaco son menos apropiados, siendo los perjuicios relativamente mayores que los beneficios de recibirlo (3). Por último, y en el debe, el artículo no detalla las características de los nuevos programas asistenciales de cardiología del grupo "placebo". Lo cierto es que las tasas poblacionales de este grupo no diferían de las del grupo sin modificaciones en la propuesta asistencial. Queda en el aire la pregunta de si innovaciones controladas podrían, sin suponer incrementos en las tasas poblacionales, desembocar en mejores resultados para la población.

Enrique Bernal Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

(1) Stukel TA, Lucas FL, Wennberg DE. Long-Term Outcomes of Regional Variations in Intensity of Invasive vs Medical Management of Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction. JAMA. 2005;293:1329-37.

(2) Tu JV, Pashos CL, Naylor D, Chen E, Normand SL, Newhouse J, McNeil B. Use Of Cardiac Procedures And Outcomes In Elderly Patients With Myocardial Infarction In The United States And Canada. N Engl J Med. 1997;336:1500-5.

(3) Chandra A, Staiger D, Testing A Roy Model With Productivity Spillovers: Evidence For The Treatment Of Heart Attacks. <http://www.nber.org/papers/w10811>

Las “ayudas a la decisión” para pacientes no incorporan suficientemente sus experiencias y perspectivas

Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, McIssac K, Austoker J, Charvet A, Hewitson P, Sepucha KR, Whelan T.

A systematic review of information in decision aids. *Health Expectations*. 2006;10:46-61.

Objetivo

Revisión sistemática de herramientas de “ayudas a la decisión” (DA: decision aids) para pacientes, evaluando su contenido, los criterios empleados para seleccionar la información aportada y la precisión de ésta.

Método

A partir de la identificación de DA llevada a cabo por el Ottawa Health Research Institute para una Revisión Cochrane (1), se buscaron activamente otras posteriores o no incluidas recurriendo a cuatro bases de datos –CINAHL, psycINFO, Ovide Medline y Embase.

Resultados

Ochenta de las DA recogidas en la Revisión Cochrane cumplían los criterios de inclusión preestablecidos, al igual que lo hacían otras 18 DA ausentes de aquella. La mayoría –68 DA– se referían a tratamientos y 30 a diagnóstico y cribado. De 48 de las DA se obtuvieron publicaciones que informaban de su proceso de desarrollo.

El 17% de las DA sobre tratamientos y el 47 de las de diagnóstico no referían ningún proceso de consulta externa. Las que lo hacían se basaban más en expertos médicos que en consultas con pacientes. La evaluación de contenidos muestra que las DA terapéuticas frecuentemente omiten describir los procedimientos implicados en las alternativas consideradas, mientras que las diagnósticas suelen informar sobre falsos positivos pero apenas sobre falsos negativos.

Conclusión

La revisión plantea importantes interrogantes sobre la integridad, equilibrio y precisión de la información que incluyen las DA. Aunque en su desarrollo frecuentemente se consulta a pacientes y expertos, la selección de la información finalmente presentada parece atender más los criterios y perspectivas de los profesionales.

Financiación y conflicto de intereses: No se declaran

Dirección para correspondencia: deb.feldman-stewart@krcc.on.ca

COMENTARIO

El objetivo de las herramientas conocidas como “Ayudas para la decisión” (*Patients decision aids*: DA) es facilitar la comprensión por los pacientes de los resultados que puede tener la elección entre diferentes opciones, permitiéndoles incorporar sus particulares valores en la ponderación de sus riesgos y beneficios. De este modo están mejor capacitados para adoptar, en colaboración con sus médicos, las decisiones sobre su salud más acordes con sus preferencias personales.

Las “Ayudas para la decisión” aportan información sobre las alternativas y resultados relevantes para su estado de salud, pudiendo incluir también: información sobre la enfermedad considerada, las repercusiones de las diferentes opciones, la probabilidad de resultados adaptada a los factores de riesgo personales, ejercicios de explicitación de valores, información sobre las opiniones de otros afectados, así como recomendaciones personalizadas basadas en sus características clínicas y las preferencias expresadas (2).

A pesar de los prometedoros resultados que ofrecían las iniciativas pioneras en el desarrollo de estos instrumentos (3), tanto su extensión como su desarrollo no parecen responder a las expectativas generadas. La revisión de Feldman-Stewart et al. registra apenas un centenar de DA, muchas de ellas redundantes sobre la misma o similar condición. Aunque la estrategia de búsqueda empleada puede haber llevado a subestimar el número de instrumentos disponibles, consigue identificar aquellos con mayor respaldo documental, lo que resulta adecuado para la evaluación pretendida.

La disección de la literatura acompañante sobre el desarrollo de estas DA pone de manifiesto la prevalencia de un enfoque más próximo a las perspectivas y preocupaciones de los profesionales que a las usualmente atribuidas a los pacientes. Objetivamente las DA terapéuticas se centran esencialmente en los beneficios de las intervenciones, desatendiendo sus efectos indeseados, mien-

tras las referidas a diagnósticos se preocupan más por los aciertos de estos, omitiendo frecuentemente las pérdidas que suponen los falsos negativos.

Tal y como se señala en el trabajo, el hecho de que una proporción considerable de DA no incorporen ningún tipo de consulta con los pacientes para los que pretenden estar diseñadas resulta inquietante por varias razones. Por una parte, las preocupaciones de los afectados pueden diferir sustancialmente de las predicciones de un modelo clínico. Por otra, las comparaciones llevadas a cabo entre las prioridades de los pacientes y las de los sanitarios (4) sugieren que pueden presentar divergencias importantes. Finalmente, la amplia variabilidad constatada en cuanto a prioridades de información limita hacer asunciones generalizables a partir de consultas a grupos reducidos (5).

En general, la imagen que muestra esta revisión dibuja un panorama en el que la experiencia y las preocupaciones de los pacientes no parecen suficientemente atendidas en su elaboración final, lo que resulta especialmente preocupante al tratarse de uno de los espacios en los que éstas cobran mayor sentido y legitimidad.

Ricard Meneu

Fundación IISS

(1) O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2).

(2) Edwards A, Elwyn G. *Evidence-based Patient Choice*. New York: Oxford University Press; 2001.

(3) Barry MJ, Fowler FJ, Mulley AG, Henderson JV, Wennberg JE: Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia. *Med Care*. 1995;33:771-782.

(4) Feldman-Stewart D, Brundage MD, Hayter C. What questions do patients with curable prostate cancer want answered? *Medical Decision Making*, 2000;20:7-19.

(5) Feldman-Stewart D, Brundage MD, Hayter C, Davidson JR, Groome P, Nickel JC. What the prostate patient should know: variation in urologists opinions. *Canadian Journal of Urology*, 1997;4:438-44.

Los cuidados inversos, por la jeta

O'Reilly D, Steele K, Patterson C, Milsom P, Harte P.

Might how you look influence how well you are looked after? A study which demonstrates that GPs perceive socio-economic gradients in attractiveness. J Health Serv Res Policy. 2006;11:231-4.

Marco

Los médicos formamos parte de la sociedad y nos comportamos como se espera de nosotros, como profesionales muy apreciados. No es extraño que demos relevancia al aspecto externo de las personas, a su aseo, arreglo y cuidado. Ello es expresión de normalidad, de adecuación al medio ambiente social y cultural. Pero podemos ir más allá, e inclinarnos por los que mejor aspecto tienen, por los que (probablemente) son de clase alta. Es humano, pero va contra la necesidad de cuidados, habitualmente mayor entre los pacientes de clase baja. Si somos sinceros con nosotros mismos, tendremos que reconocer que los pacientes de aspecto más agradable nos son más agradables. Lógico y normal. ¿Y está demostrado?

Tipo de estudio

Experimental controlado aleatorio.

Pacientes y métodos

Se seleccionaron 325 pacientes consecutivos de 15 centros de salud de Belfast que cubrían áreas ricas y pobres. Fueron pacientes de la sala de espera, entre 40 y 60 años. A los que aceptaron, se les hizo una sesión fotográfica siempre por el mismo fotógrafo, en el propio centro, y se tomaron tres fotografías. Dos de la cabeza, de frente, con un paño cubriendo la base del cuello y el tronco (para tapar collares y demás), en una sonriendo y en otra sin sonreír, con las gafas, maquillaje y adornos (pendientes y demás) que en su caso llevasen. La tercera fotografía se hizo también de frente, con un gesto que se sugirió neutral, y sin el paño, con lo que se fotografió tanto la cara como la parte superior del tronco. A los pacientes se les pidieron datos acerca de su vivienda, su/s coche/s y su nivel de educación. Con ello se les clasificó en tres categorías: de más pobreza, de tipo medio, y de más riqueza. Además, se calculó el índice de Jarman (pobreza) de su lugar de residencia. Se reclutó a 30 médicos generales (20 varones y 10 mujeres) de 13 centros de salud que no habían participado en la captación de pacientes, y a cada uno se le dio un CD con fotografías elegidas al azar de 60 pacientes, con igual número de fotos sonriendo, sin sonreír y con gesto neutral. De hecho, cada foto se repitió en dos CD. Al médico se le pidió que valorara el atractivo de la persona fotografiada en una escala de 1 a 100 (de "sin ningún agrado", a "muy agradable"). Los resultados se analizaron con un modelo estratificado multinivel en que se tuvo en cuenta también la edad y el sexo del médico general evaluador.

Resultados

Rechazaron participar 24 pacientes, un 7% del total, en igual proporción de zonas ricas y pobres. Se excluyeron *a posteriori* cinco pacientes, por mala calidad de las fotografías. Por ello la muestra final la formaron 301 pacientes, de edad media 50 años, y el 59% mujeres. El 33% vivía en arrendamiento, el 16% no tenía coche y el 30% había terminado la escolarización a los 16 años. El atractivo de los pacientes se incrementaba según aumentaba su nivel de riqueza (aunque la variación intra-grupos fue mayor que la inter-grupos). En el modelo se demuestra que los médicos generales aprecian mayor atractivo en los jóvenes (cada año de edad

disminuye 0,27 puntos el atractivo del paciente), en las mujeres y en los ricos. El no sonreír disminuye el atractivo. Los médicos generales mujeres y de mayor edad son más indulgentes, pero sin que se llegue a significación estadística. No se demuestra interacción entre edad y sexo de médicos y de pacientes. La diferencia entre el atractivo de pacientes ricos y pobres fue mayor en los médicos generales que trabajaban en zonas pobres. En total, la diferencia fue de 7,8 puntos en el atractivo entre pacientes ricos y pobres, el triple que entre sonreír y no sonreír, y equivalente a una diferencia de 30 años (de 40 a 70, por ejemplo).

Fuente de financiación: No consta.

Dirección para correspondencia: d.oreilly@qub.ac.uk

COMENTARIO

En la vida no laboral suelo ir con un mono azul, lo más cómodo. Pero sé que no hay color en el trato según lleve pajarita o mono azul. Por eso me ha llamado la atención este trabajo, pues lo vivo en propia carne casi a diario: la apariencia personal determina el trato que recibes. Lamentablemente, los autores tienen la misma hipótesis respecto a la atención que reciben los pacientes, y para darle respuesta han hecho este estudio. Se confirma que el atractivo tiene un gradiente en contra de la clase social baja. Y en la realidad puede ser incluso mayor, si se añade a la simple fotografía la interacción en vivo, la actitud general, el habla, la vestimenta, el perfume y demás. Lo malo es que se suele atribuir incluso más inteligencia, auto-control y racionalidad a las personas más atractivas. Todo ello puede acabar en la prestación de más y mejores servicios a la clase alta, en igualdad de acceso. Quizá ello explica que a las mujeres parisinas de clase baja se le haga menos cribaje de síndrome de Down, y que tengan más niños mongólicos (no por más incidencia de la trisomía del 21 en la clase baja, que eso es igual si se corrige por cribaje y consecuente aborto) (1).

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid)
Equipo CESCA, Madrid

(1) Khoshnood B, Vigan C, Vodovar V, Bréat G, Goffinet F, Blondel B. Advances in medical technology and creation of disparities: the case of Down syndrome. Am J Public Health. 2006;96:2139-44.

De la hipótesis de renta relativa, o de cómo la desigualdad en la distribución de la renta afecta a la salud

Wilkinson R.G.

Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality, Routledge 1996.

Contexto

Tras veinte años investigando sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, Wilkinson aborda en este libro la misma cuestión desde una perspectiva más amplia. Su impulso procede de la investigación en las desigualdades de salud que se producen dentro de los países que han asegurado las condiciones materiales básicas para su población y de la comprobación de que, en el mundo desarrollado, no son los países más ricos lo que tienen mejor salud, sino aquellos donde las diferencias en renta son pequeñas y las sociedades están más cohesionadas.

Resultados

Entre los países más ricos, el crecimiento económico y las mejoras en el nivel de vida tienen un escaso efecto sobre la salud. El punto de inflexión en la relación entre renta y salud viene marcado por la transición epidemiológica, caracterizada porque las enfermedades infecciosas dan paso a los cánceres y las enfermedades degenerativas como principales causas de muerte.

Los factores sociales constituyen el principal componente que limita la calidad de vida en las sociedades desarrolladas. Entre ellos, el más relevante es el efecto que la posición social relativa causa sobre la salud, por encima del impacto de la renta absoluta. Asimismo, se comprueba que las tasas de mortalidad están más ligadas a los factores sociales y económicos que a las variables de atención sanitaria, la genética o los estilos de vida.

Una importante característica que comparten las sociedades con un menor grado de desigualdad es su cohesión social. Tienen una fuerte vida comunitaria, y los individuos son más proclives a implicarse en actividades colectivas y voluntarias fuera de sus hogares. Estas sociedades, en las que el individualismo y los valores del mercado están restringidos por una ética social, cuentan con un mayor "capital social". La Historia proporciona algunos ejemplos que muestran una clara asociación entre igualitarismo, cohesión social y mejor salud. Destacan los casos de Gran Bretaña en el período que transcurre entre las dos guerras mundiales, caracterizado por notables y rápidos aumentos en la esperanza de vida, el declive experimentado por la Europa del Este en los niveles de salud entre 1970 y 1989, que se asocia a la pérdida de confianza en el modelo comunista, o el espectacular incremento de la esperanza de vida registrada en Japón durante las últimas décadas del siglo xx, coincidiendo con una reducción de las desigualdades de renta.

Conclusiones

En las sociedades modernas se registra un importante contraste entre el éxito material y el fracaso social. Los gobiernos deberían esforzarse por hacer del crecimiento económico y de la redistribución objetivos compatibles y complementarios, especialmente si se tiene en cuenta que las ganancias en salud de las sociedades más igualitarias conducen a incrementos en la productividad más rápidos y a tasas de crecimiento más altas. La pregunta a contestar es si la combinación de factores que está detrás de la obtención de niveles de vida más elevados aumenta o disminuye la calidad de vida de la sociedad.

COMENTARIO

Tras acabar su tesis doctoral, Wilkinson publicó en un periódico una carta abierta al Secretario de Estado de Salud y Seguridad Social pidiéndole que llevase a cabo una investigación urgente sobre las enormes desigualdades sociales que se registraban en las tasas de mortalidad. Tres meses más tarde se anunciaba la creación del grupo de trabajo que, dirigido por Sir Douglas Black, daría lugar al famoso Black Report (1). Además de inductor de este informe, Wilkinson ha sido un digno continuador de esta línea de trabajo. Su preocupación por explicar el origen de las desigualdades en salud entre individuos y entre países le condujo a profundizar en las relaciones entre epidemiología, economía y sociología, ampliando así la perspectiva desde la que se contemplaba hasta entonces este fenómeno.

El texto proporciona un interesante marco teórico para el estudio de los factores que determinan la salud de las poblaciones, y proporciona nuevos argumentos para comprender las relaciones entre la salud y las variables socioeconómicas. Asimismo, explora los mecanismos causales que vinculan a los diferentes elementos de la estructura social con el comportamiento y la salud de los individuos. Precisamente la comprensión del proceso por el cual los factores sociales se traducen en factores biológicos constituye una de las áreas de investigación más relevantes en el campo de las desigualdades en salud, y en la que siguen persistiendo grandes incógnitas.

La hipótesis de la renta relativa ha intentado ser contrastada en numerosos trabajos posteriores al libro de Wilkinson, y se ha visto rodeada de cierta polémica. Uno de los estudios más recientes (2) concluye que no existe, al menos para el caso británico, una evidencia fuerte que apoye dicha hipótesis. Además, pone de relieve algunos problemas –difícilmente salvables– para obtener estimaciones fiables de los efectos que la renta relativa tiene sobre la salud. En todo caso, la dificultad para contrastar las tesis de Wilkinson mediante ejercicios empíricos no resta valor a la reflexión que este autor nos brinda sobre las conexiones entre el funcionamiento social y la salud de los individuos. Pero el problema primordial, aún no resuelto, es cómo traducir a la acción política los resultados de las investigaciones sobre desigualdades en salud.

Rosa Urbanos

Universidad Complutense de Madrid

(1) Rodríguez M. El informe Black: la biblia de las desigualdades sociales en salud. Comentario sobre Townsend P and Davidson N, eds. *The Black Report*, en Townsend P, Davidson N and Whitehead M. *Inequalities in Health. The Black Report and The Health Divide*, Penguin Books, second edition, London 1992. *Gest Clin San.* 2003;5:42.

(2) Gravelle H. y Sutton M. *Income, Relative Income, and Self-Reported Health in Britain 1979-2000*. *CHE Research Paper 10*, March 2006.

El arte de titular

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES)
arranz_man@gva.es

Confieso que he bebido, decía un perverso poeta que debía de haber titulado Neruda sus memorias, y no el insulso y pretencioso título, *Confieso que he vivido*, que les puso. De la importancia de los títulos no hay que convencer a nadie. La mayoría de los libros, como se sabe, se venden por el título. Es más, de la mayoría de los libros sólo leemos el título. Yo creo que esto basta para demostrar su enorme trascendencia. Pero titular no es tan fácil como parece a simple vista. Un lector asiduo de esta sección, que también escribe y a quien considero un amigo, tuvo la amabilidad de enviarme el borrador de un artículo suyo sobre la tuberculosis (un artículo, dicho sea de paso, espléndido y que espero puedan leer pronto). Se me ocurrió decirle que no me gustaba el título (se llamaba: *Tuberculosis, tuberculina. Recuerdos, actualidad*, pues de eso era precisamente de lo que trataba) a lo que él me contestó con toda seriedad: tienes razón, el título es una mierda, estoy pensando ponerlo en alemán para que no se entienda nada. Creo que lo ha hecho. Y en cuanto al título de esta sección, ¿piensan que si en vez de *La ciencia sobre el papel*, se hubiese llamado (les ruego que no se rían) *¿Cómo escribir un artículo?* habría tenido lectores? No la hubiera leído ni yo. A uno de los editores se le ocurrió, además de la idea, el también magnífico título de *Casa de citas*. Pero este título era ya entonces el de una sección de una de nuestras mejores revistas políticas, y lo deseché. Aunque los hay menos remilgados que no tienen empacho en apropiarse de un título ajeno. Recientemente se ha publicado un libro con el título de *Elogio de la imperfección*. Título soberbio donde los haya, pero que resulta que es el que puso Rita Levi-Montalcini a sus memorias (libro que aprovecho una vez más para recomendar efusivamente). Nuestro autor podría haber llamado al suyo *Vituperio de la perfección*, que, en puridad, significa lo mismo. Pero aun significando lo mismo, está claro que no es lo mismo. Hay autores que ponen el título después de

haber escrito el artículo. Otros lo ponen antes. Y otros finalmente escriben sólo el título, aunque por la extensión parezca un artículo completo. Escribir el título antes tiene un riesgo, y es que el artículo al final no tenga nada que ver con él. A Ford Madox Ford su editor le tenía frito reclamándole un título para la novela que estaba escribiendo, hasta que un día éste, harto de tanta insistencia, le contestó: *El buen soldado*, así se va a llamar la novela. El editor entonces le dejó en paz y anunció a bombo y platillo *El buen soldado*. Cuando finalmente Ford entregó la novela, no había soldado, ni bueno ni malo, por ninguna parte, como bien sabe quien la haya leído, cosa que sorprendió un poco al editor. Pero es su mejor novela. Para algunos incluso la única que escribió que valiese la pena. ¿Tendrá esto algo que ver con el título? También me han contado una anécdota de una de nuestras estrellas actuales de la literatura, asiduo columnista para más señas y autor de un famoso blog, que en una partida de póquer, después de haberlo perdido todo, se apostó el título de la novela que estaba escribiendo. Ganó el otro, que por aquel entonces todavía no era nadie, aunque ya era novelista, y gracias a aquel título le dieron el premio nacional aquel año y hoy también es columnista de fama y tiene su propio blog. Los títulos, por lo que se ve, cotizan hasta en el póquer. Aunque parece ser que sólo entran en juego cuando uno ha perdido hasta los calzoncillos. Y es que hay títulos realmente espléndidos. Yo no conocía a László Földényi, confieso mi ignorancia, hasta que un día tropezé en una librería con este título: *Dostoyevski lee a Hegel en Siberia y rompe a llorar*. Me lo llevé sin pensármelo dos veces por supuesto, como hubiera hecho cualquiera, y no me arrepiento. Los requisitos de uniformidad, que como ya he insinuado en varias ocasiones son los responsables de la baja calidad de una enorme cantidad de artículos, pues es elemental que cuanto más se facilitan las cosas éstas acaban por hacerse más fáciles y rudimenta-

rias, tampoco nos decepcionan en el apartado del título. Pero antes de comentarlo quiero hacer una pequeña reflexión filológica. Yo no sé si han reparado en el término *uniformidad*. Ese término, que yo sospecho sinónimo de mediocridad y debe tener hasta su mismo origen, condena implícitamente la originalidad, la innovación, la creación. Y espero que no me salgan con lo de que la investigación no tiene que ser original, ni innovadora, ni creativa. En realidad es lo único que yo les reprocho, que se llamen *requisitos de uniformidad*. Si se hubieran llamado con más franqueza *Café para todos*, pues entonces nada que objetar. Como dijo alguien del papa, los requisitos son infalibles porque se equivocan infaliblemente. Veamos lo que dicen del título:

“El título del artículo. Los títulos concisos son más fáciles de leer que los largos y enrevesados. Sin embargo, los títulos demasiado cortos pueden omitir información importante, como el diseño del estudio (que es particularmente importante para identificar los ensayos controlados aleatorizados). Los autores deben incluir en el título toda la información que permita que la recuperación electrónica del artículo sea al mismo tiempo sensible y específica.” ¿Qué decir de este párrafo? Nada, evidentemente, es perfecto, ya saben, ni demasiado corto ni demasiado largo, vamos, un término medio. Magistral.

P.S. La fobia de sugerir títulos está más extendida de lo que yo creía. No se lo van a creer, pero cuando envié este artículo a los editores, de sobrio y contenido título, a la par que clásico, reconozcámoslo, me llovieron un sinfín de sugerencias de títulos alternativos, algunos, todo hay que decirlo, bastante delirantes. Yo suelo hacer caso de las sensatas sugerencias de los editores, y hubiera cambiado cualquier cosa del sustancioso contenido del artículo. Pero ¿el título?, ¡ni hablar!

Información para los lectores

Responsable Editorial

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

Publicidad

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

Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez
 Paz Talens

Suscripción anual

Normal: 40 Euros
 Números sueltos: 15 Euros

Números deteriorados y pérdidas

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

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

Defensor del lector

Salvador Peiró
 iiss_mr@arrakis.es

Protección de datos personales

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

Los suscriptores tienen la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud a: Gestión Clínica y Sanitaria
 San Vicente, 112-3ª
 46007 Valencia.

Objetivos

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

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

ORDEN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

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

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

FORMA DE PAGO

Adjunto TALÓN núm. _____ a nombre de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud por importe de
 40 Euros
 Adjunto orden de domiciliación bancaria.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR

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

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

Fecha y firma

Remitir por correo a Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
 c/ San Vicente, 112-3ª 46007 Valencia
 Telfno.: 609 15 33 18 e-mail: iiss_mr@arrakis.es