

Número coordinado por Eusebi J. Castaño y Josep M. Pomar

Editorial	
Gestión y política. Juntas y a veces revueltas	131
Los peligros de la politización partidista en sanidad. Un problema de sobre-dosis: ¿quién arriesga su capital humano con un nombramiento político?	133
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada, mediadas por enfermeras, pueden lograr mayor cobertura y calidad de la rehabilitación cardiaca	134
Las historias clínicas informatizadas en atención primaria representan un avance para el cuidado de los pacientes	135
La hospitalización domiciliaria es una alternativa eficaz en pacientes con agudización de EPOC	136
Gestión del tratamiento anticoagulante oral	137
La asistencia farmacéutica en atención primaria: organización y desarrollo en el Reino Unido	138
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Cáncer de mama y terapia hormonal sustitutiva en el "Million Women Study"	139
El mejor tratamiento de inicio de la hipertensión: los diuréticos tiazídicos a dosis bajas	140
El entrenamiento muscular y la relajación individualizada no influyen sobre la evolución natural de la cervicalgia	141
Influencia del volumen de intervenciones quirúrgicas en los resultados	142
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
No informamos a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre "cómo actuar" al reaparecer el dolor torácico	143
Deficiente seguimiento de las guías terapéuticas en atención primaria: la infraprescripción de aspirina en pacientes con historia de ictus	144
Insuficiente tratamiento profiláctico después del infarto agudo de miocardio	145
Prescripciones inesperadas, innecesarias e inapropiadas: una ampliación de la definición de prescripción inadecuada	146
La estructura y el clima organizacional condicionan la calidad	147
El largo trecho que separa la práctica diaria y la evidencia disponible sobre prevención de la mortalidad post-infarto	148
Evaluación económica, eficiencia, costes	
"Cosas veredes, amigo Sancho...": una vacuna para el cáncer de cérvix	149
El uso de coxibs, en la artritis y artrosis, sólo es coste-efectivo en pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva	150
Encuesta sobre innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria	151
Utilización de servicios sanitarios	
El consumo de recursos sanitarios de Atención Primaria es mayor en las ciudades que en el medio rural	154
El patrón del asma infantil está relacionado con el pronóstico de la enfermedad en la edad adulta	155
Gestión: Instrumentos y métodos	
La práctica del ajuste de riesgos en Europa y lo que queda por hacer	156
Las cuentas claras. Cálculo de cupos que permitan dedicar diez minutos por consulta	157
Si el medicamento A es más eficaz que el B y el B, más eficaz que el C, ¿el A es más eficaz que el C?	158
En la versión electrónica del British Medical Journal los artículos narrativos son más visitados que los artículos científicos	159
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Instrumentos para conocer los intereses y prioridades de los pacientes	160
La información sanitaria en internet como herramienta para reconducir la asimetría informativa en el contrato médico-paciente	161
Cuidados compartidos en pacientes oncológicos. Buscando alianzas entre niveles asistenciales	162
Lo que esperan los usuarios de un centro de salud. Un estudio cuali-cuantitativo.	163
Política sanitaria	
No por repetido menos olvidado: conviene orientarse hacia la Atención Primaria	164
Reformas farmacéuticas en España: demasiados controles y pocos incentivos para que florezca la competencia	165
La regulación del precio y el comercio paralelo de los medicamentos retrasa la entrada de las innovaciones en el mercado	166
Políticas de salud y Salud Pública	
Cuantificación del exceso de mortalidad atribuible a la deprivación	167
Estimaciones de mejoras en salud regionales a partir de la medicina preventiva	168
La salud de las inmigrantes como indicador de equidad en salud	169
La ciencia sobre el papel	
Tres conclusiones sobre las conclusiones	170
Índices 2003	171

Editor

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

Editores asociados

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

Juan del Llano 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 Pellisé (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 (València)
- Pilar Astier Peña (Zaragoza)
- José Asúa (Vitoria)
- Adolfo Benages (València)
- Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
- Lluís Bohigas (Madrid)
- Bonaventura Bolívar (Barcelona)
- Francisco Bolumar (Alacant)
- Eduardo Briones (Sevilla)
- Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
- Juan Cabasés Hita (Pamplona)
- Jesús Caramés (A Coruña)
- David Casado Marín (Barcelona)
- Carmen Casanova (València)
- 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 Gérvas (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 Casanovas (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 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. - La Olivereta, 28
46018 VALENCIA

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

Gestión y política. Juntas y a veces revueltas

Josep M. Pomar

Ex Gerent Hospital Son Llàtzer

En los análisis o balances sobre la gestión sanitaria en España, aunque mirados desde ángulos diversos (1), es frecuente encontrar una coincidencia clara, la que identifica como una de las mayores trabas existentes lo que se denomina la "politización de la sanidad" o la "politización de la gestión".

Probablemente cuando se menciona la "politización de la sanidad" se alude a la superación de las barreras propias de la política, es decir se hace referencia a un uso inadecuado, abusivo e impropio de las atribuciones de decisión de los responsables políticos de la administración, no a la pretensión de anular la política sanitaria o sustituirla por la tecnología.

La imputación de "politizada" no es ni mucho menos exclusiva del sector salud. Es posible encontrar a diario referencias a politizaciones tan diversas como la del sector agrícola, la justicia, las relaciones exteriores o la aeronáutica civil. No obstante en el mundo sanitario se repite de forma machacona por parte de sectores diversos y antagonicos y es probablemente la única coincidencia detectable en discursos de sindicatos, organizaciones profesionales y científicas, gestores, académicos o, curiosamente, políticos, cuando se trata de enumerar los males específicos o generales sector.

Funciones principales de la política sanitaria son marcar prioridades y establecer líneas de actuación que aseguren la eficacia y eficiencia de las intervenciones, en un marco de equidad y participación democrática. En nuestro país "lo político" ha sufrido una importante devaluación o desprestigio, que ha hecho que "estar politizado" haya pasado de ser un valor positivo a estar denostado. Es por tanto probable que resulte más preocupante la tentación inversa de "despolitización", eso es, la situación que se da cuando no se asumen las responsabilidades de definir o de aplicar medidas políticas necesarias en su ámbito, o incluso cuando, huyendo de los riesgos, se recurre paradójicamente a la implicación técnica para resolverlos. Se trataría de la politización por defecto o por inhibición. Cuando un problema técnico se pasa a los políticos se politiza, pero cuando un

problema político se pasa a los técnicos, sólo se buscan razones para la inactividad o para justificar algo de complicada justificación.

No es fácil discriminar que actuaciones corresponden estrictamente al campo de lo político y cuales a las responsabilidades gestoras. Si incluso para muchos profesionales de la gestión del sistema sanitario es complicado trazar las lindes de lo político, lo técnico o lo directivo, mucho más debe serlo para los políticos que en algunos casos se asoman circunstancialmente al mundo complejo de la sanidad, y tienen dificultades para determinar cuál es su área de intervención.

Por suerte, nuestro equipaje conceptual ha incorporado casi de forma generalizada fórmulas sencillas y didácticas que facilitan esta discriminación, como la acertada distinción de Vicente Ortún, entre macrogestión, mesogestión y microgestión, asignando a la segunda, tareas técnicas de organización de los servicios y movilización de las personas que deben llevarlos a cabo, o la tipificación que permite diferenciar las funciones de financiación, aseguramiento, compra y provisión. A pesar de ello, la realidad es que la aplicación en la práctica de estos esquemas, es limitada, por las dificultades que encierra, y contaminada casi siempre, de forma deliberada o por inercia.

Cuando se habla de politización, en sentido negativo, y como uno de los males de nuestro sistema, se alude a la vez a situaciones distintas, a veces contradictorias, que conviene separar. Algunas de las acepciones más frecuentes serían:

- **"Los gestores o directivos están politizados"**. Parece que en el grado deseable en cualquier ciudadano, incluso niveles superiores, no debieran considerarse de riesgo, siempre que lo relevante sea su profesionalidad como gestor. Un directivo del sistema público debe compartir valores e interés por la cosa pública y en alguna medida cualquier actividad orientada a los ciudadanos, es política. Pero parece que la acusación debe referirse a posibles abu-

sos, a la reproducción de un modelo de comportamiento propio de los políticos (exceso de prudencia, lenguaje críptico y ambiguo, discriminaciones...) y de un aparato que actúa de forma similar (gabinetes de comunicación pendientes de lo externo y ajenos a lo interno, coro de adeptos...) o sobre todo a gestores maniatados que se comportan como correa de transmisión. Hay quien puede seguir pensando que el buen gerente no es el que se esfuerza en solucionar de forma imaginativa los problemas, sino aquel que tiene más teléfonos a los que llamar, en caso de problemas o "para conseguir cosas". Así, la confusión está servida y es difícil esperar tanto un comportamiento independiente y profesional, como que su valoración y sus oportunidades respondan a su formación, experiencia y resultados.

- **"Los nombramientos o ceses se efectúan atendiendo en buena medida a criterios de afinidad política"**. Como mínimo en "provincias" la constante sigue siendo que, cuando cambia el partido gobernante se sustituye a gran parte de la nómina de gerentes y directivos intermedios. Cambian las formas y las explicaciones, pero casi siempre acaba en desfile. Puede ser la respuesta a la necesidad de compensar a la militancia, a la necesidad de vengar a la militancia de alguna supuesta cacicada de los gerentes, a la necesidad frívola de "cambiar algo" después de las borracheras de las campañas electorales en las que se dibuja un panorama caótico de los servicios sanitarios o el miedo. El miedo, en un concepto conspirativo y sesgado de la política a los infiltrados, a la transparencia y la información compartida. Sin negar la necesidad de renovación de cuadros directivos, y aceptando la legitimidad de contar con responsables "de confianza", es decir de personas en cuya capacidad se puede confiar, cabe reconocer que estos turnos causan efectos colaterales graves: acceso incontrolado y coincidente en el tiempo de equipos sin experiencia o formación, que provoca costosos periodos de parálisis, abandono de objetivos, pérdida u olvido de proyectos en marcha y sangría de conocimiento para el sis-

tema que prescinde de promociones de cuadros que le aseguraban la solidez y continuidad.

- **“Las decisiones están marcadas por escasa base científica o justificación técnica”.** Ha sido en el campo de la salud pública, donde se ha denunciado con frecuencia (2), la invasión de las competencias técnicas por parte de los políticos, en especial en momentos de crisis (vacas locas), aunque también cuando se trata de definir algunas políticas de salud (vacunaciones, prevención cáncer de mama...). Aunque la salud pública cuenta con un cuerpo de conocimientos más claramente identificable que la gestión, es posible reconocer, en este campo, actuaciones que no responden a la mejor elección posible, sino a decisiones marcadas por una ponderación excesiva de las eventuales pérdidas de confianza de la población (concesiones sindicales para evitar conflictividad) u orientadas a captar adhesión en forma de votos (excesos de oferta). La información disponible sobre la efectividad de las intervenciones sanitarias, es un aspecto que no se utiliza cuando se trata de priorizar financieramente las acciones, es decir a la hora de planificar (3), ello repercute, sin duda en la generación de ineficiencias.
- **“Se favorece a los propios”.** El amiguismo, favoritismo o necesidad de intercambiar favores, es una práctica arraigada en nuestra administración, con independencia de colores, que sólo cuando se producen grandes escándalos salta a los medios de comunicación. El sector sanitario no sólo no se libra del enchufismo más rancio, y de las políticas interesadas de subvenciones sino que en ocasiones despliega servicios, que responden a intereses locales o a intereses particulares y no a criterios de planificación.
- **“Se mantienen posiciones distintas según se esté en el gobierno o en la oposición”.** En sanidad la falta de alternativas políticas a algunos de los problemas existentes: gasto farmacéutico, listas de espera, financiación, hace que se enfatizen las pequeñas diferencias (medicamentazo) o

que se usen como arma arrojadiza problemas propios de nuestro sistema sanitario. Esta actitud es con probabilidad la que mayor desconfianza provoca en el electorado y entre los propios profesionales del sector.

Hablar de politización, no es un tema exclusivo de nuestro sector sanitario y descubre grandes contradicciones. Esconde con frecuencia lo que se ha llamado “partidificación”, en un juego en el que no es fácil discriminar quién está libre de pecado. No está claro que este sea el peor mal de nuestro sistema sanitario, no obstante es identificado de esta forma por muchos. Algunos de sus efectos negativos son evidentes, y debieran serlo algunas vías para evitarlos. No es sencillo ya que el proceso de descentralización de la sanidad, concluido recientemente, se va a convertir sin duda en una ocasión abonada para la politización, cuando menos se va a revivir un sarampión que requerirá alguna alternancia para curarse.

La resituación de la política sanitaria, para avanzar algunos remedios y controlar los males de la “politización”, requiere voluntad y acuerdo. Cabe ser prudentes, de nuevo Vicente Ortún (4) recuerda que “los juegos políticos, a diferencia de lo que ocurre en el mundo de los negocios o en el comercio internacional, son frecuentemente juegos de suma cero, de competencia destructiva. Los escaños que uno gana, otro los pierde. Esto dificulta la implantación de mejoras paretianas en la gestión pública...”. Hacen falta políticos con visión a medio plazo, capaces de renunciar a las ganancias a corto, con visión de futuro y con capacidad para encontrar espacios de convivencia entre las fuerzas políticas y sociales.

Es importante profesionalizar la gestión. El recambio es bueno, y confiere dinamismo “empresarial”, pero el exceso deja la gestión en manos de aficionados, en el buen sentido de la palabra. La adecuada gestión de los centros sanitarios requiere una formación, una cualificación y una dedicación que no son innatas, sino adquiridas. Ninguna empresa invertiría en formar directivos para que en unos años abandonen la gestión por motivos políticos.

Sin duda hay que robustecer sistemas de evaluación y control y hay que someter a los gestores a valoraciones, que les orienten a obtener buenos resultados para su empresa. Poco incentivo tendrá aquel directivo cuya suerte sólo se vincula a la suerte de quien le ha nombrado.

Parece conveniente limitar o amortiguar la dependencia directa de los gestores de los responsables políticos. Una de las ventajas de la separación de funciones, consiste precisamente en la posibilidad de articular “consejos de administración” u órganos de control propios, plurales y representativos (5), en cada una de las instituciones, ante los que los directivos deben responder. La actual configuración monolítica de los existentes, los convierte incluso en un molesto trámite que no aporta ningún valor añadido.

En una sociedad en la que los políticos parecen obligados a realizar “grandes declaraciones” casi a diario, se corre el riesgo de que éstos deban recurrir a entrar e intervenir en cada uno de los pequeños detalles de la gestión, y mantener su presencia en todas las instancias. En este contexto resulta fácil arrastrar al político a opinar sobre todas las cosas, incluso a comprometerse imprudentemente, sobre cualquier aspecto. Sabiendo de antemano que esta presión forma parte de las reglas de la política electoralista y de la sociedad de la información, vale la pena apaciguar por una parte el “juego político” y por otra delimitar espacios que, aunque permeables, deben definir funciones de manera clara.

REFERENCIAS

- (1) Fundación Signo. ¿Hacia la desaparición del modelo gerencial? Gestión y evaluación de costes sanitarios. Vol. 3 monográfico. Noviembre 2002.
- (2) Segura A. Salud Pública, política y administración: ¿rehenes o cómplices? Gaceta Sanitaria 2002; 16 (3): 206-208.
- (3) Dixon S., Booth A., Perret K. The application of evidence based priority setting in a District Health Authority. J Public Health Med. 1997:307-312.
- (4) Ortún V. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Masson 2003. Barcelona.
- (5) Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sanitaria 2003; 17 (2):150-156.

Los peligros de la politización partidista en sanidad. Un problema de sobredosis: ¿quién arriesga su capital humano con un nombramiento político?

Guillem López i Casasnovas

Universitat Pompeu Fabra

Centre de recerca en Economia i Salut

Los cambios de gobierno, donde se producen, traen, en general y a mi entender, una mortandad demasiado elevada de gestores sanitarios: a los naturales ceses de responsables políticos (hasta la dirección general de un servicio es sin duda línea política) le siguen una plétora de cambios que llegan a supuestos extremos (jefaturas clínicas). El tema es especialmente preocupante para la gestión sanitaria, y autónoma en particular. En el sistema sanitario, los cambios graduales de adaptación que necesita el sistema a futuro para su sostenibilidad requieren estabilidad y profesionalidad. Ello implica que se asiente definitivamente una cultura poco amiga de veleidades políticas en un campo tan importante para el bienestar social, y se huya de políticos y directores de servicios revanchistas que hagan de su paso por la sanidad un escalón cualquiera de su propia e interesada proyección política. Por lo demás, en un ámbito autónomo de potencial reducido, no existe realmente suficiente capital humano 'de reemplazo' con capacidad probada de gestión como para permitirse dilapidar elección tras elección sus gestores.

La gestión sanitaria requiere estabilidad. Es criticable su uso aburrido en campaña electoral como arma arrojada entre partidos. Más lo es como después se desprestigian los intentos de mejora del sistema, ya procedan de una u otra orilla, con argumentos que no responden a alternativas realmente políticas sino a liturgias de conveniencia (aunque escondidas bajo los sacrosantos valores de la

eficiencia, la cohesión, la equidad). Y todo para acabar haciendo los unos, cuando ejercen responsabilidades, lo que criticaron los otros en su día desde la oposición. Pongo ejemplos: Decretazo, Catálogo de prestaciones, financiación selectiva de medicamentos, precios de referencia en fármacos...; medidas descalificadas políticamente desde la oposición y asumidas después desde el poder, tanto en el caso del gobierno socialista como del popular. Por lo demás, la idea de que "todo vale" en la descalificación política tergiversa argumentos hasta extremos inusitados: la privatización del sistema sanitario la liberalización de las prácticas profesionales, la empresarialización... hasta el argumento abusivo de los 40 millones de estadounidenses 'pobres y sin seguro sanitario'. Ello crea angustia entre ciudadanos, y a la postre desconfianza en los propios políticos (por ejemplo, cuando la población constata que éstos no pueden luego llevar a la práctica lo que habían prometido).

En este contexto, cuando el cambio político normal y democrático llega a las instituciones, su alcance es a todas luces exagerado. No puede ser que todos los cargos anteriores lo hayan hecho mal, y es probable que su único pecado sea quién les nombró originariamente. ¡¡Y vaya pecado original para los partidarios de la gestión pública!!

Como el país no produce tantos gestores 'alternativos' capaces para darse los 'lujos' del canibalismo, en este río

revuelto acaban apareciendo pescadores, advenedizos, depredadores varios y medradores de poder a corto plazo. Ello es especialmente preocupante en el mundillo sanitario, dada la cuantía de recursos que se mueven y lo fácil que es encubrir comportamientos prevaricantes en supuestos de bien colectivo y de una mayor calidad asistencial. Todo ello tiene además un efecto mediato: ¿Quién con la cabeza bien puesta quiere entrar en gestión en estas circunstancias? Con las prácticas anteriores, la descapitalización humana en el sector está garantizada.

Para impermeabilizar la gestión del chapote político, creo que lo mejor sería garantizar estructuras de gobierno institucionales más plurales, de base territorial. En este contexto la diversidad política está comúnmente más garantizada: municipios, comarcas, diputaciones y no sólo quienes se creen sus propietarios autónomos o estatales.

Adoptadas las decisiones de gestión y las grandes líneas de política sanitaria desde órganos de gobierno plurales, la gestión se hace más robusta al dirimirse primero puertas adentro antes de llegar a la refriega parlamentaria y mediática, ante un cambio siempre interpretado de manera hostil por los beneficiarios del status quo existente.

(Texto extraído del artículo del mismo autor, publicado en *El Día del Mundo*, el 17 de junio del 2003).

Iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada, mediadas por enfermeras, pueden lograr mayor cobertura y calidad de la rehabilitación cardiaca

Dalal HM, Evans PH.

Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *BMJ* 2003; 326:481-4.

Contexto

Se presenta un informe de mejora de la calidad referido a un programa de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria llevado a cabo conjuntamente entre una Organización de Atención Primaria de Cornwall (Reino Unido) y su hospital de referencia. Esta organización atiende a una población de 98.500 habitantes, tiene 13 consultorios y 63 médicos generales.

Problema

En 1998 se identificaron varias áreas de mejora en los servicios de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria de Cornwall. Se recomendó mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada, y establecer un servicio de rehabilitación comunitaria.

Hasta ese momento, la rehabilitación cardiaca se hacía solo en el hospital, siendo las plazas limitadas, por lo que se ofrecía a pocos pacientes. La atención prestada no se adhería a las recomendaciones nacionales. No existía ninguna relación formal entre atención primaria y especializada, ni seguimiento sistemático de los pacientes.

Diseño

Auditoría tras intervención de mejora de la calidad.

Mediciones

Se definieron varios indicadores clave de mejora, basándose fundamentalmente en los estándares nacionales para pacientes dados de alta tras un infarto de miocardio: 1) Proporción de pacientes que completan un programa de rehabilitación cardiaca tras un infarto. 2) Proporción de pacientes con una prevención secundaria óptima (estado de no fumador, índice de masa corporal menor de 30 kg/m², colesterol menor de 5.0 mmol/l, y tensión arterial menor de 140/85 mm Hg).

Estrategias

Una enfermera de cardiología fue entrenada como facilitadora de uso del Manual del Corazón (guía que dirige a los pacientes para realizar en su

domicilio un programa estructurado de ejercicio, manejo del estrés y educación). Durante dos años (1999-2001), esta enfermera identificaba a todos los pacientes ingresados en el hospital con infarto, y valoraba sus factores de riesgo. Les ofrecía elegir entre un programa de rehabilitación domiciliario basado en el Manual del Corazón o rehabilitación en el hospital 6 semanas. También actuó de enlace con atención primaria.

Se entrenó a un grupo de enfermeras de atención primaria en prevención secundaria. Éstas recibían la información sobre los pacientes al alta a través de la enfermera de enlace. Los datos para la auditoría se recogieron a los 12-15 meses tras el infarto, a partir de la historia clínica y una visita de seguimiento.

Resultados

Hubo 106 pacientes que tuvieron un infarto de miocardio durante los dos años de estudio y sobrevivían al año del mismo. De ellos, 24 (23%) tuvieron algún criterio de exclusión para la rehabilitación y sólo recibieron medidas de educación. De los 82 restantes, 47 eligieron el programa con el Manual del Corazón y 35 el programa hospitalario. Entre los que eligieron el programa domiciliario, 41 (87%) lo completaron, mientras que esto solo ocurrió en 17 (49%) de los que eligieron el hospitalario.

Todos los indicadores de prevención secundaria habían mejorado al año: proporción de no fumadores, índice de masa corporal, colesterolemia y tensión arterial. También hubo buenos niveles de uso de fármacos preventivos. El mayor cambio fue en la proporción de pacientes con colesterolemia óptima, que pasó de 28% a 75%.

Conclusión

Puede mejorarse la cobertura y calidad de la atención a pacientes que han sufrido un infarto mediante la integración de servicios de rehabilitación (domiciliarios y hospitalarios) con servicios de prevención secundaria en atención primaria, llevados por enfermeras.

Fuentes de financiación: British Heart Foundation, Duchy Health Charity y Carrick Primary Care Trust. Correspondencia: Dr. H M Dalal. E-mail: hmdalal@doctors.net.uk

COMENTARIO

Este sencillo informe relata una experiencia de mejora de la calidad basada en la integración de servicios y la coordinación entre niveles asistenciales, donde las enfermeras juegan un papel especialmente relevante. La lección que puede aprenderse no es aplicable sólo a la atención de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, sino que puede extrapolarse a muchos otros ámbitos de la asistencia, en los que personas que sufren diversos problemas de salud (respiratorios, reumáticos, de salud mental, cáncer, y un largo etcétera) podrían beneficiarse de una buena coordinación entre atención primaria y especializada.

Si la cobertura de los programas de rehabilitación cardiaca en el Reino Unido deja mucho que desear, la situación en España puede definirse como bastante peor. Un informe estimaba la cobertura en el Reino Unido en torno a un 14-23% de los pacientes que podían beneficiarse (1). En España, en una encuesta reciente se encontró que sólo 12 centros hospitalarios públicos tenían programas de rehabilitación cardiaca; y en ellos, ésta se podía ofrecer aproximadamente a la mitad de los pacientes que cumplían criterios (2). La participación de la Atención primaria en estos programas queda como algo anecdótico, ya que sólo

dos de los doce hospitales tenían una intervención coordinada con algún centro de salud.

La rehabilitación cardiaca es una intervención efectiva para reducir la mortalidad en la enfermedad coronaria (3) y tanto ésta como otras intervenciones utilizadas en la prevención secundaria se consideran coste-efectivas (4). El objetivo deseable de mejorar la cobertura y la calidad de la atención puede alcanzarse mediante intervenciones como las mostradas en este artículo.

Soledad Márquez Calderón
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

(1) Bethell HJ, Turner SG, Evans JA, Rose L. Cardiac rehabilitation in the United Kingdom. How complete is the provision? *J Cardiopulm Rehabil* 2001; 21:111-5.

(2) Márquez-Calderón S, Villegas R, Briones E, Sarmiento V, Reina M, Sáinz I, Velasco JA, Ridocci F. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56:775-82.

(3) Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Orlidge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

(4) Probstfield JL. How cost-effective are new preventive strategies for cardiovascular disease? *Am J Cardiol* 2003; 91(10A):22G-27G.

Las historias clínicas informatizadas en atención primaria representan un avance para el cuidado de los pacientes

Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C et al.

Information in practice, The electronic patient record in primary care—regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326:1439–43.

Objetivos

Determinar si los historiales médicos informáticos contienen menos información que los basados en papeles y, si se recuerda menos sobre las consultas y los pacientes como medida de pérdida de calidad de la atención facultativa.

Diseño

Estudio transversal con revisión de los historiales médicos y entrevistas con preguntas predeterminadas a médicos generales.

Contexto

25 centros de salud de la región de Trent en la que participaron 53 médicos británicos de medicina de familia (25 utilizando historiales electrónicos y 28 utilizando historiales basados en papel).

Métodos

Se analizaron 10 consultas de cada médico. El trabajo se basó en el análisis comparativo de una muestra de historiales y los resultados de una entrevista-encuesta realizada a los médicos sobre lo que recordaban de sus pacientes. Se partió de la hipótesis de que las historias informáticas contenían menos información y conducían a una pérdida de contacto con los enfermos.

Resultados

Los historiales informatizados fueron más comprensibles que los de papel (89.2% v. 69.9 %, P 0.0001) y plenamente legibles (100% v

64.3% P, 0.0001). Tenían significativamente más posibilidad de contener al menos un diagnóstico registrado (48.2 % v 33.2 %, P. 0.05), de registrar consejo terapéutico (23.7% v 10.7%, P 0,017) y, cuando se había realizado una derivación a atención especializada, contenían más detalles de la especialidad (77.4% v 59.5%; P 0.03). Se especificaba más la dosis de medicamento en las recetas (86.6% v 66.2% P 0.005) y, contenían más palabras, abreviaciones y símbolos (P 0.01 para todos). En la entrevista, no hubo diferencia entre ambos grupos sobre el número de pacientes o consultas, que podían ser recordados. Los médicos que utilizaban historiales sin papeles fueron capaces de recordar más consejos dados a los pacientes (38.6% v 26.8% P. 0.03).

Conclusión

Se descartó la hipótesis de trabajo al no encontrar evidencia de que los historiales electrónicos eran más difíciles de entender y contenían más abreviaciones locales y, que la ausencia de escrito podría disminuir el recuerdo de los pacientes. A la inversa se evidenció que los historiales informáticos contenían más información, eran más legibles y no conducían a una pérdida de continuidad en la atención.

Fuente de financiación: Los autores pertenecen a: Division of General Practice, Nottingham University, Sheffield Centre for Integrated Genetics, Section of Public Health, University of Sheffield.

Dirección para correspondencia: J Hippisley-Cox. julia.hippisley-cox@nottingham.ac.uk

COMENTARIO

Asistimos en estos últimos años a un proceso de informatización de la historia clínica, tanto en las consultas de atención primaria como en los hospitales. Entre las ventajas que se citan en el ámbito clínico, destacan la facilidad de lectura, el incremento de datos, la ayuda para el uso racional del medicamento, la protocolización, la facilidad de acceso a otros niveles, la visualización y transmisión de imágenes, resultados e informes evitando la duplicidad de pruebas, el control de salud de la población, la ayuda a la investigación (1-4). En el ámbito de gestión, la posibilidad de evaluación, obtención de indicadores, comparación, obtención de costes (1-4). Entre los inconvenientes, la dificultad para el manejo de la informática para aquellos profesionales poco avezados o reacios, la pérdida de confidencialidad y la pérdida de contacto con el paciente (5).

El trabajo analizado adquiere relevancia dado que es escasa la bibliografía comparativa existente entre los dos tipos de registro. Los autores analizan la cantidad y calidad de información comparando una muestra de historiales clásicos con los electrónicos. Cabe destacar que dada la tecnología evaluada, no fue posible realizar el estudio al azar, partiendo de una muestra de médicos voluntarios.

Una vez comprobada la comparabilidad de ambos grupos, los resultados demuestran una mayor cantidad de información, más cantidad de diagnósticos, mayor indicación de un plan terapéutico o consejo y por supuesto mejor legibilidad en las historias informatizadas. A su vez las derivaciones a atención

especializada están mejor registradas en los historiales electrónicos. Los autores concluyen que un buen historial es el primer paso para tomar una acertada decisión clínica además de ser una protección médico-legal esencial.

Pero lo que es más importante, comparan también a través de entrevista dirigida la capacidad de los médicos de recordar a sus pacientes y sus características, sin encontrar ninguna diferencia significativa entre ambos grupos, en todo caso recuerdan más consejos dados a los pacientes los que utilizan la informática. Los autores identifican este dato como signo de que no existe detrimento en la continuidad de la atención para estos pacientes.

Juli Fuster Culebras

Centro de Salut Son Pisà

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Servei de Salut de les Illes Balears IB-Salut

(1) Ruch P, Baud R, Geissbuhler A. Using lexical disambiguation and named-entity recognition improve spelling correction in the electronic patient record. *Artif Intell Med.* 2003 Sep-Oct; 29(1-2):169-84.

(2) Gill JM, Ewen E, Nsereko M. Impact of an electronic medical record on quality of care in primary care office. *Del Med J.* 2001 May; 73(5):187-94.

(3) Llopis Salvia P, Sánchez Alcaraz A, Quintana Vergara B. Integral computerization of health care for impatiens. Impact of primary care activities. *Farm Hosp.* 2003 Jul-Aug; 27(4):231-9.

(4) Hassey A, Gerret D, Wilson A. A survey of validity and utility of electronic patient records in a general practice. *BMJ.* 2001 Jun; 322 (7299):1401-5.

(5) Anderson R. Clinical system security: interim guidelines. *BMJ* 1996; 312:109-11.

La hospitalización domiciliar es una alternativa eficaz en pacientes con agudización de EPOC

Hernández C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, et al.

CHRONIC project. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J.* 2003; 21:58-67.

Objetivo

Evaluar la posibilidad de tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizada en su domicilio.

Tipo de estudio

De forma prospectiva y aleatorizada se comparan diversas variables de interés clínico (mortalidad, re-ingreso, etc.) en 222 pacientes que acudieron al servicio de urgencias de un hospitalario de referencia urbano afectos de agudización de EPOC y que fueron tratados de forma convencional (ingreso hospitalario) o en su domicilio.

Intervención

Los enfermos fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento convencional hospitalario o al grupo de estudio de hospitalización domiciliar. En este último grupo, los pacientes eran atendidos en su domicilio por una enfermera especializada en patología respiratoria con la que el paciente podía ponerse en contacto telefónico de forma gratuita. Los pacientes, tanto en el grupo control como en el grupo de estudio, fueron seguidos durante un período de 8 semanas.

Resultados

La mortalidad (4.1% y 6.9%) no fue significativamente diferente entre ambos grupos. La tasa de reingresos durante el período de estudio

fue similar en los pacientes tratados convencionalmente (0.38 ± 0.70) y en los controlados domiciliariamente (0.24 ± 0.57). En cambio, algunas de las variables evaluadas sí fueron significativamente mejores en el grupo de pacientes tratados domiciliariamente. Entre éstas se encontraban un menor número de visitas al Servicio de Urgencias, una mejora en los índices de calidad de vida, un mejor conocimiento de la enfermedad y su cuidado y un superior nivel de satisfacción. Finalmente, se observó que los costes directos asociados al tratamiento de este episodio de agudización de EPOC eran un 62% inferiores en el grupo tratado en su domicilio. Esta reducción era debida, fundamentalmente, a la reducción del coste de días de hospitalización (1.7 ± 2.3 días en los pacientes tratados en domicilio vs. 4.2 ± 4.1 días en los pacientes tratados convencionalmente).

Conclusión

El tratamiento domiciliario de la agudización de la EPOC es una estrategia terapéutica viable y coste-eficaz, ya que genera mejores resultados a menor coste.

Fuente de financiación: Fondo de Investigación Sanitaria.

Correspondencia: Dr. J. Roca, Hospital Clinic de Barcelona. E-mail: roca@medicina.ub.es

COMENTARIO

Las agudizaciones de la EPOC constituyen un problema socio-sanitario de enorme relevancia por su frecuencia y coste. Con mucho, la mayor parte de este último apartado se debe a los costes de hospitalización de los pacientes. Por ello, en los últimos años se han desarrollado diversas alternativas que tienen por objeto garantizar la eficacia clínica de la terapéutica instaurada y, al mismo tiempo, disminuir los costes asociados. Diversos estudios han evaluado la posibilidad de manejar estos pacientes en su domicilio y todos ellos concluyen que se trata de una alternativa viable y segura (1-5). El estudio que se discute aquí contribuye a definir el papel de estas alternativas a la hospitalización domiciliar al demostrar que, a medio plazo (8 semanas de seguimiento) la mortalidad y la tasa de reingresos es similar en los pacientes tratados domiciliariamente y los tratados convencionalmente en el hospital pero que, en cambio, los primeros presentan menor tasa de utilización de recursos sanitarios (evaluados en forma de visitas no programadas al servicio de urgencias), mayor calidad de vida y nivel de satisfacción. Además, al reducir el número de días hospitalizados (cuyo coste supone el porcentaje más importante de los gastos asociados al tratamiento de las agudizaciones de la EPOC [~70%]), la relación coste-beneficio es altamente positiva. Posiblemente, uno de los aspectos más novedosos de este estudio es la estrategia de seguimiento domiciliar empleada. En efecto, la enfermera especializada visitaba a todos los pacientes en su domicilio durante las primeras 24 h. A partir de ese momento, la enfermera sólo los volvía a visitar si consideraba que era preciso pero el paciente disponía de acceso telefónico gratuito con ella siempre que lo considerase preciso. Esta estrategia resultó al final en un número sorpren-

dentemente pequeño de visitas domiciliarias por paciente (1.7). Finalmente, otro aspecto novedoso de este trabajo es el que hace referencia al grado de educación sanitaria del paciente sobre la EPOC y su auto-manejo. En efecto, la enfermera especializada que atendía al paciente en su domicilio no solo evaluaba la evolución clínica del episodio de agudización de la enfermedad sino que aprovechaba las visitas para educar al paciente en los aspectos más importantes de su enfermedad (síntomas, signos, etc.) y en la forma de tratarla más eficaz (técnica de inhalación, etc.).

Dr. Alvar Agustí

Servei Pneumologia. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca

e-mail: aagusti@hds.es

(1) Gravil, J. H., O. A. Al-Rawas, M. M. Cotton, U. Flanagan, A. Irwin, and R. D. Stevenson. 1998. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 351:1853-1855.

(2) Skwarska, E., G. Cohen, K. M. Skwarski, C. Lamb, D. Bushell, S. Parker, and W. MacNee. 2000. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 55:907-912.

(3) Cotton, M. M., C. E. Bucknall, K. D. Dagg, M. K. Johnson, G. MacGregor, C. Stewart, and R. D. Stevenson. 2000. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Thorax* 55:902-906.

(4) Davies, L., M. Wilkinson, S. Bonner, P. M. Calverley, and R. M. Angus. 2000. "Hospital at home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial [In Process Citation]. *Brit.Med.J.* 321:1265-1268.

(5) Sala, E., L. Alegre, M. Carrera, M. Ibars, F. J. Orriols, M. L. Blanco, F. Cárceles, S. Bertrán, F. Mata, I. Font, and A. G. N. Agustí. 2001. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalised because of an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur.Respir.J.* 17:1138-1142.

Gestión del tratamiento anticoagulante oral

Wilson JA, Wells PS, Kovacs MJ, Lewis GM, Martin J, Burton E, et al.

Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2003; 169:293-8.

Objetivo

Comparar la calidad del control anticoagulante oral entre médicos de familia y hematólogos.

Contexto

Pacientes que serán tratados con anticoagulación oral (warfarina) un mínimo de tres meses, por especialistas en anticoagulación de tres hospitales terciarios canadienses o por sus médicos de cabecera.

Tipo de estudio

Estudio abierto, aleatorizado y estratificado según el paciente tomase anticoagulantes orales previamente o no, y según el INR objetivo se considerase de riesgo estándar (INR 2.0-3.0) o de alto riesgo (INR objetivo de 2.5-3.5). Los pacientes eran inicialmente controlados y monitorizados por el hematólogo y una vez se había conseguido se asignaba al azar su seguimiento en el hospital o en su Centro de Salud. Todos los pacientes fueron seguidos durante 3 meses.

Medidas de la intervención

Proporción de pacientes que han recibido warfarina y estaban dentro de los límites de INR ± 0.2 deseados en ambos grupos durante los tres meses del estudio. Diferencias entre ambos grupos en cuanto a frecuencia de complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas durante los 3 meses del estudio. Finalmente se ha realizado un cuestionario de satisfacción de los pacientes con 10 ítems al finalizar el estudio.

Resultados

No aparecen diferencias entre los dos grupos en cuanto a edad, sexo, indicaciones de anticoagulación, si eran tomadores previos de warfarina o nuevos, ni en el INR deseado. Durante el 82% del tiempo estudiado los pacientes que eran controlados por el especialista estaban en el rango de INR deseado, frente al 76% del tiempo en los del grupo atendido por Primaria ($p=0.034$).

El 30% de los pacientes controlados por especialista tenían unos valores de INR considerados de alto riesgo (que se han definido con <1.5 o >5.0) frente a un 40% en el grupo tratado por Atención Primaria ($p=0.005$).

La mediana de controles realizados por especialista en anticoagulación durante estos 3 meses fue de 11, frente a 13 en el grupo de Atención Primaria ($p=0.001$).

El porcentaje de complicaciones hemorrágicas y tromboembólicas fue similar en ambos grupos.

170 pacientes completaron el cuestionario de satisfacción. El 96% de los pacientes controlados por especialista y el 84% de los controlados por su médico de familia refirieron estar muy satisfechos. La satisfacción del grupo tratado por especialista fue consecuencia de mayor satisfacción en la docencia (93% vs 80%), la amabilidad del médico (98% vs 89%), posibilidad de encontrar un médico en caso de emergencia (76% vs 67%) y tiempo de consulta (93% vs 76%) comparado con médicos de A. Primaria ($p=0.001$).

Conclusiones

La calidad del control de anticoagulación oral es mejor cuando se realiza por un médico especialista en anticoagulación que cuando se realiza por uno de Atención Primaria, aunque esta diferencia, no ha repercutido en el hallazgo de mayor número de complicaciones en el grupo peor controlado.

Financiación: Queen Elizabeth II Health Sciences Centre Research Foundation; The Physicians' Services Incorporated Foundation y London Health Sciences Centre Internal Research Fund.

COMENTARIO

El número de pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha sufrido un incremento exponencial en los últimos años por el aumento de las indicaciones y por su aplicación en pacientes de mayor edad. El tratamiento con anticoagulantes orales, y su correcto control, ha demostrado eficacia en la prevención de complicaciones graves que generan una gran morbilidad, y la dedicación de importantes recursos humanos y económicos para su atención. De aquí la necesidad de dar repuesta a nivel de gestión asistencial al problema.

El trabajo que se presenta, a diferencia de la mayoría de estudios que se han publicado (1-3), es prospectivo y randomizado. Los resultados muestran una mejor calidad de control de anticoagulación cuando ésta se realiza en una unidad especializada, y valoran la importancia de la educación que reciben los pacientes, aunque en ambos subgrupos los resultados obtenidos deben considerarse buenos. El tiempo invertido en la consulta y la libre disponibilidad de atención médica en caso de necesidad han sido dos de los valores que más han puntuado los pacientes en la encuesta de satisfacción a favor de la Atención Especializada. Existen varios modelos de gestión del TAO (4), que dependen de muchas variables: infraestructuras de cada centro, recursos humanos, disponibilidad de sistema informático, grado de dispersión de los pacientes, etc. por lo que se deberá de plantear un sistema u otro de gestión (centralizado, descentralizado o mixto) dependiendo de cada situación. Todos ellos pretenden mantener la calidad asistencial y un buen control analítico-clínico de los pacientes, por lo que el modelo a aplicar variará según las posibilidades de cada zona.

Joan Bargay Leonart
Servei d'Hematologia. Hospital Son Llàtzer
jbargay@hsl.es

(1) Chiquette E, Amato MG, Bussey HI. Comparison of anticoagulation clinic with usual medical care: anticoagulant control, patient outcomes, and health care costs. *Arch Intern Med* 1998;158:1641-7.

(2) Pell JP, Mclever B, Stuart P, Malone DN, Alock J. Comparison of anticoagulant control among patients attending general practice and a hospital anticoagulant clinic. *Br J Gen Pract* 1993;43:152-4.

(3) Chamberlain MA, Sageser NA, Ruiz D. Comparison of anticoagulant clinic patient outcomes with outcomes from traditional care in family medicine clinics. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:16-21

(4) Navarro JI, Noya MS. Gestión del tratamiento anticoagulante oral. Situación actual en nuestro país. *Hematológica* 2001;86 (supl.1):251-72.

La asistencia farmacéutica en atención primaria: organización y desarrollo en el Reino Unido

Silcock J, Raynor DK, Petty D.

The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. Health Policy 2004 (artículo en prensa).

Objetivo

Describir la evolución que en los últimos años ha sufrido la profesión farmacéutica en la atención primaria de salud en el Reino Unido en el marco de las reformas del National Health Service (NHS).

Conclusiones

La profesión farmacéutica asistencial del Reino Unido ha ocupado históricamente dos ámbitos, el Hospital y la farmacia comunitaria. De las necesidades derivadas de las reformas del NHS destacan tres aspectos:

- El nacimiento del Farmacéutico de Atención Primaria.
- El desarrollo de nuevos servicios desde el ámbito farmacéutico comunitario.
- El desarrollo de estrategias integradas de servicios farmacéuticos.

Los Farmacéuticos de Atención Primaria

El autor lo define como un nuevo rol "no planificado" nacido fundamentalmente a raíz de la desregulación de la atención primaria de salud que supuso la incorporación de elementos de corresponsabilización y en concreto el traslado de presupuestos reales (fundholders) o indicativos (General Practitioners (GP)), y del riesgo de su gestión, a la red asistencial. El traslado del riesgo de la partida de farmacia y su relevancia cuantitativa, generó la necesidad de apoyos para la gestión del medicamento. Muchos Primary Care Trusts (PCT) e incluso GP contrataban farmacéuticos a tiempo parcial o completo para gestionar estos presupuestos. Su papel ha ido evolucionado hacia objetivos de optimización de la calidad de la prescripción y actuaciones dirigidas a la mejora de la utilización de los medicamentos que han tenido un soporte indudable en instituciones como el NICE, el Medicines Information Service (MIS) o el National Prescribing Centre (NPC).

Desde 1999 existe una Asociación de Farmacéuticos de Atención Primaria y el Departamento de Sanidad publicó el año 2000 una guía sobre "competencias de los farmacéuticos que trabajan en atención primaria".

Farmacia Comunitaria

La farmacia comunitaria, no contemplada explícitamente por los movimientos de reforma, ha evolucionado desarrollando nuevos servicios al público y al sistema de Salud: sistemas personalizados de dosificación o programas específicos (deshabitación tabáquica, etc.), monitorización de fármacos (pacientes tratados con warfarina), dispensación de contracepción de emergencia o control y seguimiento de crónicos. También los principios de autorresponsabilidad del paciente para con su salud, han abierto nuevas posibilidades de servicio en el ámbito de los medicamentos OTC. Aunque los servicios están evolucionando, los sistemas de pago continúan siendo los mismos, reconociendo únicamente el acto de dispensación.

Líneas de futuro

El "NHS Plan" explícitamente marca objetivos para la "implementación de esquemas de gestión de medicamentos en todas las organizaciones de atención primaria" y para el desarrollo de la "gestión de medicamentos en el ámbito de la farmacia comunitaria". Otras líneas de futuro se centran en el desarrollo de proyectos de integración y coordinación de servicios farmacéuticos locales que funcionan ya de forma piloto en algunos entornos territoriales.

Fuentes de financiación: Ninguna.

Dirección para correspondencia: j.silcock@leeds.ac.uk

COMENTARIO

En nuestro entorno tales desarrollos profesionales existen. Los farmacéuticos de atención primaria nacen conceptualmente desde el inicio de la reforma de ésta con el objetivo de racionalizar el uso de los medicamentos y con un papel a caballo entre lo administrativo y lo clínico. Con el tiempo y el indudable estímulo que supone la factura farmacéutica, su ha ido creciendo, existiendo desde hace diez años una Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Nuestro sistema es básicamente regulado y en consecuencia, la figura del farmacéutico de atención primaria, a diferencia de lo ocurrido en el Reino Unido, ha nacido impulsada desde la administración (planificada). No obstante, en los pocos entornos donde se han desarrollado experiencias de desregulación en atención primaria (por ejemplo en Cataluña) vinculadas al traspaso de la gestión y del riesgo del presupuesto de farmacia, la contratación de farmacéuticos es un hecho en la mayoría de entidades de provisión de servicios afectadas. Este aspecto es relevante, ya que la incorporación de este profesional no es una obligación legal para éstas. También aquí, el móvil económico es un factor de primera magnitud al explicar, no quizás el nacimiento de esta profesión, pero sí su evolución cuantitativa. No obstante, también su papel ha ido evolucionando de asesores del gestor a asesores del médico, añadiendo valor al proceso asistencial mediante la aportación, al médico y al paciente, de información e instrumentos para ayudarlo en sus decisiones de prescripción y uso de fármacos.

Otro elemento que se va desarrollando poco a poco es el concepto de integración y coordinación de los servicios farmacéuticos. Empezamos a darnos cuenta de que lo importante no son los servicios sino los pacientes y éstos son los mismos en todos los sitios y a trabajar en línea los Centros de Atención Primaria, las Oficinas de Farmacia y los Servicios Hospitalarios.

Respecto a la farmacia comunitaria tampoco son ya anecdóticos los nuevos servicios y, sobre todo, nuevos conceptos como el de la atención farmacéutica y, con el mérito adicional, de desarrollarse en un entorno en el que, por lo menos económicamente, no son reconocidas. Para no ser menos, tampoco aquí "la calle ha llegado a las aulas". La formación universitaria, salvo honrosas excepciones, continúa anclada en lo que fue y nunca más volverá a ser la profesión farmacéutica.

No sabemos cómo, pero podemos intuir elementos de cambio en el sistema: más desregulación, mayor corresponsabilización de los médicos en el presupuesto de farmacia, mayor papel de los pacientes en las decisiones, etc. Elementos que refuerzan aún más el papel de un profesional cuya misión debe ser ayudar al médico a tomar las mejores decisiones, las más efectivas y las más eficientes, y al paciente a mejorar los resultados de sus terapéuticas.

José Luis Segú
CAP Barceloneta
Serveis Mèdics

Cáncer de mama y terapia hormonal sustitutiva en el "Million Women Study"

Beral V and the Million Women Study collaborators.

Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003; 362:419-27.

Objetivo

El Million Women Study evalúa la incidencia y mortalidad por cáncer de mama en función del uso de diversos regímenes de administración de THS.

Métodos

Estudio observacional realizado entre 1996 y 2001 sobre mujeres británicas entre 50 y 64 años reclutadas a través del Programa de Cribado del Cáncer de Mama del NHS. Se obtuvieron datos clínicos y sociodemográficos mediante cuestionarios con especial referencial al uso de THS. En el seguimiento se recogió la incidencia y mortalidad por cáncer de mama de las participantes siendo las usuarias de THS clasificadas en diversos grupos según el tipo de hormona y régimen utilizado.

Pacientes

Cohorte de 1.084.110 mujeres no diagnosticadas previamente de cáncer de mama, con una edad media de 55,9 años. El 50% de las reclutadas y el 53% de las postmenopáusicas usaban o habían usado alguna vez THS. Entre las usuarias del tratamiento el 41% empleaba preparados de estrógenos solos, el 50% estrógenos y gestágenos combinados, el 6% utilizaba tibolona (esteroide que asocia una actividad estrogénica, gestagénica y androgénica y que tiene las mismas indicaciones que la THS convencional) y en el 3% se desconocía o usaban otros tipos. El tiempo medio de seguimiento para el análisis de la incidencia de cáncer de mama fue de 2,6 años y para el de la mortalidad de 4,1.

Resultados

El uso de THS se asoció a un mayor riesgo de cáncer de mama y de muerte por la misma enfermedad con un RR de 1.66 (IC 95%, 1,58-1,75) y

1,22 (1,00-1,45) respectivamente. El riesgo se reveló significativamente mayor para las usuarias de la asociación de estrógenos y gestágenos con un RR de 2 (1,88-2,12) que para las que recibían estrógenos solos (RR: 1,30 (1,21-1,40)) o tibolona (RR: 1,45 (1,25-1,68)). Esto significa que para una incidencia de 320 cánceres por 10.000 mujeres no medicadas con THS con edades comprendidas entre 50 y 64 años se producirían 60 casos suplementarios de cáncer si emplearan estrógenos y gestágenos combinados durante 5 años.

El riesgo de cáncer de mama aumenta gradualmente con el tiempo después del primer año de uso de modo que se producirían 5 (IC 95%, 3-7) casos adicionales de enfermedad por cada 1.000 mujeres consumidoras de estrógenos solos durante 10 años y 19 (15-23) en pacientes usuarias de estrógenos y gestágenos combinados. El riesgo aumentado de cáncer de mama comienza a bajar desde el mismo momento del abandono del THS de modo que a los 5 años se iguala con el de las mujeres que jamás la han consumido.

Datos complementarios del estudio muestran que el riesgo no se modifica atendiendo al tipo de estrógeno o gestágeno, a la vía de administración o a la pauta hormonal secuencial o continua empleada.

Conclusión

La THS se asocia con un riesgo aumentado de incidencia y mortalidad por cáncer de mama. El efecto es sustancialmente mayor para la combinación estrógeno-gestágeno que para otros tipos de THS.

Financiación: Cancer Research UK, The NHS Breast Screening Programme y Medical Research Council.

COMENTARIO

Los datos del presente estudio siguen la tendencia iniciada ya en 1976 por Hoover (1) que sugiere la relación existente entre cáncer de mama y THS, que tuvo su máxima expresión en la publicación del metaanálisis sobre los Factores Hormonales en el Cáncer de Mama (2). Este trabajo que reunía 51 estudios, el 90% de la evidencia mundial, concluía con hallazgos similares a los publicados por el Million Women Study. Recientemente un análisis provisional del Women's Health Initiative (WHI) de Estados Unidos (3) con gran repercusión mediática ha aumentado el debate en torno a la prescripción de THS y su influencia en el cáncer de mama. El análisis comunicaba la suspensión de una rama de dicho estudio por la aparición, entre otras razones de un exceso de cánceres invasivos de mama en las mujeres que tomaban una combinación específica de estrógeno y gestágeno, aunque prosigue la otra rama en la que se administra estrógenos solos.

¿Cuál es el papel actual de la sustitución hormonal cuando adicionalmente existen o se sugieren aumentos de otros riesgos como es el de tromboembolismo venoso, cáncer endometrial cuando se administran estrógenos solos en mujeres no histerectomizadas, demencia según el estudio WHI o se sabe que no se puede emplear THS para prevención primaria o secundaria cardiovascular? La prescripción pasaría por tener en cuenta los beneficios demostrados de la terapia a nivel vasomotor, calidad de vida, atrofia urogenital, densidad mineral ósea con reducción

de fracturas osteoporóticas y reducción del riesgo de cáncer colorrectal. También es precisa una individualización de la terapia en la que se tenga en cuenta no solo los riesgos generales sino también la indicación, el tipo de medicamento y la dosis empleada en línea con opiniones que sugieren que los efectos adversos parecen existir solo con determinadas preparaciones hormonales muy poco usadas en Europa. También se debe implicar a las mujeres en la toma de decisiones comunicando adecuadamente los riesgos sobre todo en lo concerniente al cáncer de mama como problema de salud pública primordial pero a menudo sobervalorado en su relación con la THS por el público en general.

Rodolfo Moreno
Adolfo Marqués
Área Materno-infantil del Hospital Son Llàtzer

(1) Hoover R, Gray LA Sr, Cole P, Mac Mahon B. Menopausal estrogens and breast cancer. *N Engl J Med.* 1976; 295:401-5.

(2) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet.* 1997; 350:1047-59.

(3) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-33.

El mejor tratamiento de inicio de la hipertensión: los diuréticos tiazídicos a dosis bajas

Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH, Weiss NS.

Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. JAMA 2003; 289:2534-44.

Objetivo

Analizar de forma conjunta los resultados de los diversos y variados ensayos clínicos que estudian la eficacia y la seguridad de los tratamientos antihipertensivos más frecuentemente utilizados como primera línea, evaluadas en términos de enfermedad cardiovascular y mortalidad por cualquier causa.

Tipo de estudio

De revisión, "network metaanalysis". Metanálisis previos, búsquedas en Medline y artículos de revisión, desde enero de 1995 hasta diciembre de 2002. Se eligieron aquellos ensayos clínicos de al menos un año de duración, aleatorizados y controlados, que medían enfermedad cardiovascular como variable principal de eficacia de 7 posibles opciones de tratamiento en primera línea de la hipertensión: 1) placebo o grupo no tratado farmacológicamente, 2) diuréticos tiazídicos a dosis bajas, 3) b-bloqueantes, 4) calcioantagonistas, 5) inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), 6) antagonistas de receptores de la angiotensina II (ARA), y 7) a-bloqueantes. La enfermedad cardiovascular comprende infarto de miocardio (IAM), mortal o no mortal, mortalidad por enfermedad coronaria, ictus mortal o no, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), y muerte por otra enfermedad cardiovascular. Se excluyeron aquellos ensayos que incluían pacientes con IAM o ICC previos. Asimismo, debían controlar el efecto de otros tratamientos que influyen sobre la enfermedad cardiovascular (cese tabáquico, estatinas...).

Análisis

Se utilizó una nueva técnica de meta-análisis, el "network metaanalysis", para poder combinar los resultados de comparaciones directas intraestudio, con los de comparaciones indirectas entre brazos de diferentes ensayos con un grupo de tratamiento en común.

Resultados

Se incluyeron 42 ensayos clínicos, que incluían 192.478 pacientes en conjunto, seguidos entre 3 y 4 años de media. Se realizó un metaanálisis estándar que detectó diferencias entre tratamientos para algunas variables, frente a no tratamiento. En el "network metaanalysis" los diuréticos se asociaron a menor riesgo respecto a los b-bloqueantes en eventos cardiovasculares; a los IECA en ICC, ictus y eventos cardiovasculares; a los calcioantagonistas en ICC y eventos cardiovasculares; sólo 3 ensayos estudian el efecto de los ARA, por lo que todos los intervalos de confianza al compararlos a los diuréticos incluyen la igualdad entre tratamientos; sólo el ALLHAT, el mayor estudio en HTA, compara los a-bloqueantes que se asocian con mayor riesgo de ICC y eventos cardiovasculares. Ningún tratamiento fue superior a los diuréticos tiazídicos a bajas dosis para ninguna variable. El control de las cifras tensionales fue parecido para todos los tratamientos.

Conclusión

Los diuréticos tiazídicos a bajas dosis son el tratamiento más eficaz en primera línea de tratamiento de la hipertensión arterial.

Fuente de financiación: Becas de National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute on Aging, America Heart Association. Algunos autores han recibido ayudas u honorarios de diversos laboratorios farmacéuticos.

Correspondencia: Bruce M Psaty, e-mail: psaty@u.washington.edu

COMENTARIO

Los diuréticos tiazídicos, como los b-bloqueantes, demostraron hace tiempo que eran eficaces en la prevención de enfermedad cardiovascular en los pacientes hipertensos, y por ello figuraban como fármacos recomendados como primer escalón en el tratamiento de la hipertensión, en las principales guías (1). Fueron apareciendo nuevas familias de antihipertensivos que igualmente aportaban datos de eficacia frente a placebo, tal como exigían las agencias para su aprobación, pero la eficacia comparada entre todas las opciones se desconocía. La más fiable herramienta de que disponemos para medir la eficacia son los ensayos clínicos aleatorizados y controlados, pero la complejidad y el coste que supone la inclusión de varios tratamientos impide su realización, aunque, recientemente, fueron publicados los resultados principales del ALLHAT (2), el mayor ensayo clínico realizado en hipertensión, que comparó un diurético tiazídico con un IECA, un calcioantagonista y un a-bloqueante, en más de 42.000 pacientes, de los que más de 33.000 fueron seguidos casi 5 años, y que mostró superioridad de los diuréticos frente a las otras tres clases. Este ensayo ha sido incluido en el "network metaanalysis" tras comprobar que sus resultados eran homogéneos con el resto de estudios.

El clásico metaanálisis permite analizar estudios que comparen los mismos tratamientos, sin embargo, el "network metaanalysis" forma una red de comparación en la que se pueden incluir estudios con un solo grupo de tratamiento común, siempre que la heterogeneidad de los resultados no sea excesiva (3).

El trabajo de Psaty y colaboradores confirma que los diuréticos, a dosis bajas, son la mejor primera opción para, prácticamente, todos los enfermos hipertensos, especialmente por ser, además y con diferencia, la más barata, y se deberían convertir en el estándar de tratamiento frente al cual comparar las nuevas opciones terapéuticas en esta patología. Los b-bloqueantes parecen ser menos eficaces que los diuréticos y deberían ser utilizados como segunda línea de tratamiento antihipertensivo.

Guillém Frontera Juan
Gabinete Técnico
Gerencia Atención Primaria. Mallorca

(1) The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med. 1997;157:2413-2446.

(2) Antihypertensive Therapy and Lipid Lowering Heart Attack Trial (ALLHAT) Collaborative Research Group. Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs. chlorthalidone: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. JAMA. 2000;283:1967-1975.

(3) Lumley T. Network meta-analysis for indirect treatment comparisons. Stat Med. 2002;21:2313-2324.

El entrenamiento muscular y la relajación individualizada no influyen sobre la evolución natural de la cervicalgia

Viljanen M, Malmivaara A, Uitti J, Rinne M, Palmroos P, Laippata P.

Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 327:475-7.

Antecedentes y objetivo

El dolor cervical es una patología frecuente, especialmente en mujeres que realizan trabajos administrativos. En Holanda el coste de su tratamiento supuso alrededor de 868 millones de dólares en 1996. El objetivo del trabajo es valorar el efecto y el coste del entrenamiento muscular y la relajación en la cervicalgia crónica en mujeres administrativas.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado ciego en dos modalidades de tratamiento y un grupo control. 393 administrativas entre 30-60 años con cervicalgia crónica inespecífica fueron aleatoriamente asignadas a tres grupos: 135 realizaron entrenamiento muscular dinámico y 128 entrenamiento de relajación durante 12 semanas y 1 semana de refuerzo a los 6 meses, y 130 participantes realizaron actividad ordinaria (grupo control). En los dos grupos de tratamiento se hizo un seguimiento mediante cuestionarios para comprobar la adherencia al tratamiento y al grupo control, se le indicó que no podía cambiar su actividad física durante los 12 meses de seguimiento.

El principal resultado utilizado fue la intensidad del dolor cervical medida mediante escala visual analógico, aunque también se utilizaron cuestionarios que evaluaban discapacidad cervical, capacidad subjetiva para el trabajo, rango de movilidad cervical, fuerza muscular

dinámica, baja de enfermedad por cervicalgia y proporción de pacientes recuperados. Las mediciones se realizaron en los tres grupos al inicio del estudio y a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados

Completaron el estudio el 87% (n=340) de las 393 participantes que iniciaron, cuyas características clínicas y personales eran similares en los tres grupos. La puntuación inicial de dolor fue ligeramente mejor en el grupo control que en los dos grupos de tratamiento. Los tres grupos mejoraron durante el seguimiento en la intensidad de dolor, pero no se encontraron diferencias significativas entre ellos en las mediciones efectuadas a los 3, 6 y 12 meses. Solamente se encontraron diferencias a favor de los grupos de tratamiento en el rango de movilidad de flexión lateral y rotaciones frente al grupo control. En el resto de mediciones no se encontraron diferencias entre los 3 grupos a estudio, incluido el tiempo de baja por cervicalgia.

Conclusión

El entrenamiento dinámico muscular y el entrenamiento de relajación no tienen efectos sobre la cervicalgia inespecífica.

Correspondencia: Matti Viljanen. Correo electrónico: matti.viljanen@ttl.fi

COMENTARIO

Se estima que más de la mitad de la población general padece dolor cervical y que la tercera parte de los pacientes que consultan por cervicalgia presentan síntomas de duración superior a 6 meses, o el cuadro es de carácter recidivante (1). Aunque no existe tanta investigación alrededor de la cervicalgia como ocurre con la lumbalgia, cada vez hay más estudios sobre las alternativas terapéuticas más efectivas para combatir los síntomas de la patología cervical, derivado del interés clínico y económico, ya que esta patología genera importantes pérdidas de jornadas laborales debido a las bajas por enfermedad.

La mayor parte de los ensayos clínicos comparan diferentes intervenciones terapéuticas identificando cuál de ellas es más efectiva (2). Es importante incorporar un grupo control para establecer la efectividad de los tratamientos, ya que la cervicalgia tiene una tendencia natural hacia la mejoría trascurrido un determinado periodo de tiempo, como queda reflejado en este estudio. No obstante sigue existiendo bastante incertidumbre en la investigación clínica, sobre la efectividad de las diferentes posibilidades terapéuticas. En un reciente artículo con metodología similar a la del comentado y que dispone de grupo control, los resultados son contradictorios (3). Una posible explicación puede atribuirse a la limitación que supone el no ser cegados los pacientes a la intervención que reciben y, posiblemente, son sensibles a los factores contextuales de dicha intervención. Sería de gran interés identificar los factores de la intervención y/o del entorno que determinan el éxito o fracaso de la intervención.

Los resultados de la investigación en los últimos años apuntan a la necesidad del abordaje multidisciplinar del dolor de espalda tanto cervical como lumbar, con asociación de diferentes técnicas, incorporando el comportamiento cognitivo, entrenamiento físico intensivo, orientado a mejorar el acondicionamiento físico para su trabajo. Con esta estrategia, se consigue disminuir el tiempo de baja por enfermedad (4).

Siendo interesantes los estudios que analizan de forma individualizada diferentes técnicas de tratamiento, posiblemente sea insuficiente como única medida de aplicación, para obtener los efectos deseados, sobre un cuadro tan complejo como la cervicalgia.

M^a José Navarro Collado
Servicio de Rehabilitación
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

(1) Barry M, Jenner JR. Pain in the neck, shoulder and arm. En: Snaith ML, ed. *ABC of Rheumatology*. London: BMJ, 1996:6-9.

(2) Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilization of the cervical spine. A systematic review of the literature. *Spine* 1996; 21:1746-1760.

(3) Ylinen J, Takala EP, Nykanen M, Hakkinen A, Malkia E, Pohjolainen T, Karppi SL, Kautiainen H, Airaksinen O. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003; 289:2509-2516.

(4) Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochran database Syst Rev*. 2003; 1:CD001822.

Influencia del volumen de intervenciones quirúrgicas en los resultados

Urbach DR, Bell CM, Austin PC.

Differences in operative mortality between high-and-low volume hospitals in Ontario for 5 major surgical procedures: estimating the number of lives potentially saved through regionalization CMAJ. 2003; 168:1409-14.

Objetivos

Estimación del número absoluto de vidas potencialmente salvadas si se restringiesen 5 procedimientos quirúrgicos de alto riesgo a hospitales de alto volumen (HAV).

Métodos

Datos de todos los pacientes operados en Ontario entre 1994 y 1999 por: resección colo-rectal por cáncer, esofagectomía, duodenopancreatectomía, neumonectomía o lobectomía, reparación programada de aneurisma abdominal. Cálculo del exceso de muertes operatorias (mortalidad 30 días), ajustado por edad, sexo y comorbilidad, del 75% de los pacientes tratados en hospitales de bajo volumen (HBV), frente al 25% de los tratados en HAV.

Resultados

Mortalidad global del estudio = 4.24% (1.341/31.622). Si el 75% de los pacientes intervenidos en HBV los hubiesen sido en HAV, las vidas

anuales potencialmente salvadas serían: 4 para las esofagectomías (95% IC, 0 a 9), 6 para las duodenopancreatectomías (95% IC, 1 a 11), 1 para la resección pulmonar (95% IC, -10 a 13) y 14 para la cirugía de aneurisma (95% IC, 1 a 25). Sin embargo, para las neoplasias de colon y recto la política de regionalización no solo no hubiera salvado ninguna vida, sino que potencialmente se habrían perdido 17 vidas (95% IC, 36 a -3).

Interpretación

El número anual de muertes potencialmente evitables es pequeño: entre 1 y 14 para 4 de los 5 procedimientos evaluados, mientras en el cáncer de colon y recto se obtiene una pérdida potencial de 17. Estos resultados difieren de estudios realizados en EEUU, tal vez porque Ontario es un área relativamente regionalizada, con lo que el beneficio de centralizar las intervenciones quirúrgicas de alto riesgo es menor.

Dirección para correspondencia: Dr. David R. Urbach; david.urbach@ices.on.ca

COMENTARIO

La literatura sobre la relación Volumen-Resultados suele basarse en fuentes americanas de más de 10 años, y sobre pacientes de alto riesgo (1-2). Este artículo amplía la perspectiva.

La relación inversa entre **volumen-mortalidad** operatoria ajustada muestra las siguientes características:

1. Proceso-dependiente: Relación máxima para determinados procedimientos de alto riesgo. Menos diferencias en cirugía cardiovascular, endarterectomía carotídea y cirugía urológica mayor (2). No existe o es negativa para el resto de procedimientos.
2. Volúmenes extremos: Las diferencias son significativas entre hospitales de muy alto y muy bajo volumen de intervenciones (3) y menos en los intermedios.
3. Gran variabilidad entre hospitales: Existen HAV con malos resultados y HBV con buenos resultados. No se puede demostrar una relación causal directa entre el volumen y la disminución de mortalidad (2).
4. Paciente-dependiente: La relación volumen-resultados es más significativa para los pacientes de alto riesgo.

Son necesarios estudios que evalúen otros factores causales: número de intervenciones por cirujano, nº de camas, proporción de recursos humanos, tecnología, docencia y trabajo en equipos multidisciplinarios.

Las conclusiones de los estudios de volumen-resultados no son generalizables. Los datos están fuertemente influenciados por la innovación tecnológica y organizativa de los hospitales. A pesar de que la mortalidad en cirugía oncológica no ha variado en los últimos años (6), la innovación tecnológica que ha disminuido la complejidad de los procedimientos, hace que no se observen diferencias con respecto al volumen para la cirugía oncológica intestinal.

Otro hecho importante es que para muchas patologías el factor tiempo diagnóstico-tratamiento se ha demostrado decisivo en el pronóstico. Este argumento puede forzar en un futuro, a variar drásticamente la distribución de recursos para patologías como la enfermedad coronaria o la enfermedad vascular cerebral.

La regionalización de los procesos quirúrgicos de alto riesgo pre-

senta desventajas asociadas a cambio en el entorno familiar, costes de traslado, retraso diagnóstico, saturación HAV, pérdida de continuidad asistencial, pérdida de financiación, motivación de los profesionales y de experiencia en los HBV, con aumento del coste por proceso en HAV.

La evidencia sobre la relación entre volumen y resultado es controvertida y plantea diversas cuestiones:

- Definir el volumen mínimo de intervenciones asociado a mejores resultados (3-12).
- Decidir sobre centralizar procedimientos de alto riesgo con grandes diferencias de mortalidad en los HAV, poco incidentes, o procedimientos de riesgo intermedio con menos variaciones de mortalidad, muy prevalentes.
- Incidir en la mejora de los resultados quirúrgicos, sobre todo en los de volumen intermedio, capaces de prestar asistencia más cercana.
- Desarrollar e implantar un sistema homogéneo de indicadores de calidad quirúrgicos, que permita mejorar los procesos en cada hospital y comparar resultados.

Neus Esteve, U. de Anestesiología y Reanimación
Rafael Morales, U. de Cirugía General y Digestivo
Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

(1) Birkmeyer JD, Siewers AE, et al. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. NEJM 2002; 346(15): 1128-1137.

(2) Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective Referral to High-Volume Hospitals: Estimating Potentially Avoidable Deaths. JAMA 2000; 283(9): 1159-1166.

(3) Potential Benefits of Regionalizing Major Surgery in Medicare Patients. Effective Clinical Practice 1999; 2: 277-283.

(4) Goodney PP, Lucas FL, Birkmeyer JD. Should Volume standards for cardiovascular surgery focus only on high-risk patients? Circulation 2003; 107(3): 384-387.

(5) Johnson ML, Gordon HS, Petersen NJ, Wray NP, Shroyer AL, Grov FL, Geraci JM. Effect of definition of mortality on hospital profiles. Med Care 2002; 40(1): 1-3.

(6) Goodney PP, Siewers AE, Stukel TA, Lucas FL, Wennberg DE, Birkmeyer JD. Is surgery getting safer? National trends in operative mortality. J Am Coll Surg. 2002; 195(2): 219-227.

(7) Birkmeyer JD, Finlayson EV, Birkmeyer CM. Volume standards for high-risk surgical procedures: potential benefits of the Leapfrog initiative. Surgery 2001;130(3): 415-422.

(8) Wenning M, Hupe K, Scheuer I, Senninger N, Smektala R, Windhors A. Does quantity mean quality? An analysis of 116.000 patients regarding the connection between the number of cases and the quality results. Chirurg. 2000 Jun; 71 (6): 717-722.

No informamos a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre "cómo actuar" al reaparecer el dolor torácico

López de la Iglesia J, Martínez Ramos E, Pardo Franco L, Escudero Álvarez S, Cañón de la Parra RI, Costas Mira MT. Encuesta a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre el modo de actuación ante los distintos síntomas de alarma. *Aten Primaria* 2003; 31:239-47.

Objetivo

Conocer como actúan los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) ante síntomas de alarma (dolor torácico de perfil isquémico en esfuerzo, en reposo, agravamiento en esfuerzo, de más de 20 min.), si utilizan bien la nitroglicerina sublingual (NTGSL) y qué médico (de atención primaria o especializada) les informó.

Diseño

Estudio transversal; recogida de datos en cuestionarios de elaboración propia mediante entrevista personal administrados en seis consultas de Atención Primaria de tres zonas básicas urbanas de León.

Pacientes

Muestra aleatoria de 98 pacientes, de un total de 167 diagnosticados de cardiopatía isquémica, seleccionados mediante revisión de 11.804 historias clínicas de usuarios mayores de 14 años.

Intervención

Explicación del estudio y cita telefónica, con recordatorio en días previos. Solo 5 pérdidas. Dos entrevistadores entrenados cumplimentaron los cuestionarios con las indicaciones recomendadas por el Grupo de estudio de la angina de pecho de la sección de CI de la Sociedad Española de Cardiología:

- "Cuestionario para valorar el grado de conocimiento que poseen los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica".
- "Cuestionario para valorar el uso de NTGSL".

Otras variables: edad, sexo, diagnóstico de CI (angina de esfuerzo, angina inestable o IAM), y qué médico (de atención primaria o especializada) le había dado la información sobre cómo actuar.

Resultados

De los 93 encuestados (57 varones, 36 mujeres; edad media 71 ± 19; 34 con diagnóstico de infarto), actúan incorrectamente cuando presentan angina de esfuerzo el 78,5% (IC del 95%: 70,2-86,8%) y de reposo el 81,7% (IC del 95%: 73,8-89,6%). El 37,8% (IC del 95%: 26,8-48,8%) con angina de esfuerzo progresiva acudiría urgentemente a su médico o al hospital. El 100% de los pacientes contestó que no había recibido información sobre la actuación ante angina inestable. No disponen de NTGSL el 17,2% (IC del 95%: 9,5-24,9%), y sólo el 16,1% (7,9-24,3%), hace una utilización correcta.

Conclusión

La mayoría de los pacientes entrevistados, no saben actuar correctamente ante el dolor torácico. Refieren que ningún médico (de atención primaria o especializada) les informó de la diferente actuación ante angina estable o inestable. Sólo una minoría usa bien la NTGSL.

Correspondencia: Jaime López de la Iglesia. Correo electrónico: saul-ee@mixmail.com

COMENTARIO

El interés del trabajo reside en que hasta el momento no hay estudios que analicen el conocimiento de los pacientes con cardiopatía isquémica sobre las pautas de actuación ante síntomas de alarma. En diferentes guías de actuación clínica y recomendaciones (1, 2, 3) se aconseja instruirlos sobre el uso de la nitroglicerina y qué hacer cuando reaparezcan los síntomas. De hecho, el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud (4) tiene entre sus objetivos que en los informes de alta se incluyan instrucciones de actuación ante un nuevo episodio coronario, e indicaciones sobre la correcta toma de la medicación prescrita, además de los consejos sobre los factores de riesgo.

Existe evidencia científica de la necesidad de instaurar tratamiento precoz para mejorar el pronóstico del IAM, pero hay que realizar estudios que demuestren el beneficio de la educación sanitaria (cómo actuar ante síntomas de alarma) en la supervivencia de la cardiopatía isquémica. Aunque no es una conclusión directa de este estudio, parece evidente que si informamos adecuadamente a nuestros cardiopatas, sabrán mejor cuándo deben acudir al hospital y cuándo no, mejorando la utilización de los servicios sanitarios. Es del tipo de recomendación sobre la que existe insuficiente evidencia directa de que el consejo conlleva un cambio específico en la conducta, pero sin embargo existe un vínculo claro entre esta actuación y la salud. Es deseable realizar estudios que demuestren la eficacia de estos consejos, y en su caso, incluirse en los programas de actividades preventivas dirigidos a este grupo de riesgo.

Asimismo se debe trabajar en elaborar cuestionarios validados para facilitar este tipo de estudios, ya que el cuestionario utilizado en esta ocasión parece adecuado pero mejorable en cuanto a posibles sesgos, interpretación o definición de conceptos. Otra dificultad es tener que auditar un número elevado de H²C² para seleccionar a los pacientes, hecho que con las aplicaciones informáticas (se desconoce si disponían de H²C² informatizada en estos centros) quedará subsanado.

De acuerdo con la reflexión final de los autores (refrendada por el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica), cabe esperar que mejore la educación sanitaria, que estos pacientes identifiquen mejor sus síntomas y utilicen de una forma más eficaz los servicios sanitarios, disminuyendo así la mortalidad evitable por esta patología.

Maria Martín-Rabadán
Gerencia de Área Eivissa-Formentera

(1) Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52:919-56.

(2) Braunwald E, Jones RH, Mark DB, Brown J, Brown L, Chaitlin MD, et al. Diagnosing and managing unstable angina. *Circulation* 1994; 90:613-22.

(3) Recommendations of a Task Force of the The European Society of Cardiology and The European Resuscitation Council. The pre-hospital management of acute heart attacks. *Eur Heart J* 1998; 19:1140-64.

(4) Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.

Deficiente seguimiento de las guías terapéuticas en atención primaria: la infraprescripción de aspirina en pacientes con historia de ictus

Short D, Frischer M, Bashford JNR, Ashcroft D.

Why are eligible patients not prescribed aspirin in primary care? A qualitative study indicating measures for improvement. *BMC Family Practice* 2003; 4:9.

Objetivo

Diversos estudios detectan una infraprescripción de aspirina en sujetos que han padecido un ictus, pese a que se trata de una recomendación clara recogida en los protocolos actuales. Este estudio pretende detectar los motivos de este desencuentro entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la práctica clínica en atención primaria.

Intervención

Se invitó a participar en un estudio cualitativo a todos los médicos (n 45) que trabajan en 9 centros de AP, aceptando participar 15 (33%). Los participantes fueron sometidos a una entrevista, en la que se recogieron sus opiniones sobre los siguientes aspectos: 1) si la prescripción de aspirina plantea problemas, 2) si existe infraprescripción de aspirina, 3) si encuentran dificultades a la hora de aplicar las recomendaciones de las guías clínicas y 4) las posibles causas de esta dificultad. Las entrevistas fueron grabadas y evaluadas conjuntamente por el equipo investigador, mediante un análisis de contenidos. Los problemas detectados fueron discutidos en nuevas entrevistas con los profesionales.

Resultados

En general, los médicos conocían tanto la recomendación de prescribir aspirina como el problema de su infraprescripción. Como posibles causas de ésta mencionaron la insuficiente claridad de las guías y protocolos, los cuales dejan muy clara la indicación teórica, pero no resuelven muchas de las incógnitas planteadas por los pacientes rea-

les (coexistencia de patologías y tratamientos, edades extremas, antecedentes de dispepsia o úlceras, historiales incompletos, que impiden por ejemplo saber si el ictus previo fue isquémico o hemorrágico –caso en el que la aspirina estaría contraindicada–). Otros problemas incluirían: el escaso tiempo de consulta que lleva a priorizar aspectos más relevantes para la calidad de vida inmediata del sujeto (incontinencias, limitaciones de movilidad) sobre la prevención a largo plazo; insuficiencias en el seguimiento de pacientes crónicos (revisiones demasiado espaciadas en el tiempo, ausencia de apoyos informáticos que recuerden que el paciente no recibe aspirina), dudas sobre la importancia de la profilaxis a largo plazo en sujetos con baja calidad de vida, cierta infravaloración por algunos prescriptores hacia un fármaco tan “humilde” y tan poco promocionado como la aspirina y el respeto a la independencia de aquellos pacientes que se niegan a tomarla.

Conclusiones

Si se pretende que los clínicos cumplan las recomendaciones terapéuticas, no es suficiente con preocuparse por informar sobre las mismas, sino que es preciso dar apoyo al clínico acerca de cómo resolver las interrogantes que puede plantear el aplicarlas al paciente concreto. Como instrumento para ello, los autores proponen recurrir al análisis de decisiones y diseñar sistemas de ayuda a la toma de decisiones.

Dirección para correspondencia: Dr Duncan Short. Email: d.short@keele.ac.uk

COMENTARIO

El inadecuado cumplimiento de las recomendaciones recogidas en protocolos y guías de práctica clínica es un problema reconocido (1) y con claras implicaciones para la calidad asistencial y la racionalización de recursos. Estos documentos son redactados a menudo por un equipo de profesionales elegidos por su conocimiento de la patología de que se trate, pero a veces demasiado distantes de la práctica clínica diaria en AP. Además, es frecuente que se adopten recomendaciones procedentes de organismos sanitarios de reconocido prestigio, pero que no se adapten a las circunstancias locales. Por ello, es imprescindible que cualquier guía o protocolo sea elaborado o modificado por un equipo multidisciplinar de ámbito local. Después de logrado esto, la responsabilidad del equipo director no se agota en garantizar la difusión del documento y en intentar medir su seguimiento, sino que es deseable que se diseñe una estrategia de apoyo a su aplicación. Dentro de la misma, los autores plantean el desarrollo de sistemas informáticos de apoyo a la toma de decisiones. Éstos han demostrado ser útiles para mejorar el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas y preventivas, si bien su eficacia para mejorar el pronóstico no ha sido suficientemente evaluada todavía (2). También cabría valorar la conveniencia de elaborar instrumentos de ayuda a la decisión dirigidos al pacien-

te (3), con el propósito de facilitar la incorporación de sus opiniones al proceso de decisión, aspecto que es omitido comúnmente por las guías.

Aunque las opiniones de los médicos incluidos en este estudio no pueden considerarse representativas del conjunto de los profesionales de AP, el artículo cumple el papel de abundar en una serie de problemas ya conocidos pero a menudo soslayados en la práctica, cuya resolución es urgente si se pretende que el esfuerzo dedicado a la promoción de la medicina basada en la evidencia no resulte en buena parte baldío.

Francisco Campoamor Landin
Farmacólogo Clínico
Gerencia Atención Primaria
Mallorca

(1) Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract* 2001; 18:359-63.

(2) Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes. A systematic review. *JAMA* 1998; 280: 1339-46.

(3) Molenaar S, Sprangers MA, Postma-Schuit FC, et al. Feasibility and effects of decision aids. *Med Decis Making* 2000; 20:112-27.

Insuficiente tratamiento profiláctico después del infarto agudo de miocardio

Brotons C, Permanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P, Pinar J en representación del grupo del estudio PREMISE

Prophylactic treatment after myocardial infraction in primary care: how far can we go? *Fam Pract* 2003; 20:32-5.

Introducción y objetivos

Los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (ECV) son la primera prioridad en prevención de las ECV. Distintos fármacos han demostrado en ensayos clínicos reducir la mortalidad total y cardiovascular en pacientes con ECV establecida: aspirina u otros antiagregantes plaquetarios y betabloqueantes después de un infarto agudo de miocardio (IAM), IECAs en pacientes con IAM e insuficiencia cardíaca, así como los hipolipemiantes en determinadas circunstancias. El objetivo del estudio fue estimar los posibles estándares alcanzables del tratamiento profiláctico del IAM en atención primaria, para realizar auditorías de práctica.

Métodos

Retrospectivamente cuatro médicos de cuatro hospitales de Cataluña revisaron las altas del año 1997 con diagnóstico de IAM, recogieron información demográfica, de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), contraindicaciones y efectos secundarios de los fármacos. A los dos años, cinco Médicos de Familia, entrenados y empleados en el estudio, contactaron con ellos desde el Centro de Salud y realizaron una entrevista en la que recogieron información, sobre los FRCV y sobre la toma de fármacos profilácticos según una guía de prevención secundaria específica; en caso de que no los tomaran indagaron las causas. El estándar alcanzable para los fármacos profilácticos fue definido como la proporción de pacientes que se beneficiarían del tratamiento, excluyendo los contraindicados o que por otra razón médica no estuviera indicado su prescripción.

Resultados

Se detectaron 618 IAM de las altas del año 1997, con una alta prevalencia de FRCV; destacando la hipertensión con un 50%, seguida del tabaquismo y la hiperlipidemia. En el seguimiento: se perdieron 132 pacientes, 90 fallecieron y 396 pacientes fueron entrevistados (64%). La aspirina u otros regímenes antiplaquetarios fueron prescritos en un 87%, beta bloqueantes en un 50%, IECAs en un 32,5% e hipolipemiantes en un 52%. Los estándares alcanzables de cada fármaco respectivamente se calcularon en 94,5%, 71,8%, 50,5% y 69,8%. Los FRCV a los dos años fueron: hipertensos un 41% ($\geq 140/90$ mm Hg), fumadores un 11% (criterio la entrevista), con colesterol elevado un 54% (≥ 200 mg/dl) y sobrepeso un 76% (≥ 25 de IMC).

Conclusiones

Después del IAM los FRCV siguen siendo muy prevalentes y hay una baja prescripción de la terapia farmacológica profiláctica. Hay gran variación del uso de estos fármacos entre diferentes zonas geográficas por lo que se deberían realizar este tipo de estudios en otras regiones.

COMENTARIO

Es recomendable planificar y realizar esfuerzos sobre medidas con mostrada evidencia de que mejoran el pronóstico de los pacientes que han desarrollado una patología. Las medidas de prevención secundaria tras un IAM son la primera prioridad acordada por las sociedades Europeas implicadas en el tema (1).

Este estudio nos aporta algo más que los que están en su misma línea y son referentes, tales como el EUROASPIRE II (2), realizado en 15 países europeos, y el PREVESE II (3) en España, participando casi todas las comunidades autónomas o el RIGA en Galicia, proporcionando aspectos que valoran parte de la carga que supone esta enfermedad.

En primer lugar informa de la prevalencia de los FRCV, que mayor causalidad aportan a la enfermedad. Informan al tener el IAM y al cabo de un tiempo (entre 6 meses y dos años), escrutando tanto el medio hospitalario como la Atención Primaria y dejando al descubierto la falta de coordinación entre ellos. En el estudio comentado se presentan cifras de hipertensión, en pacientes que ya han tenido un evento cardiovascular, similares a Europa y resto de España (50-48%, $\geq 140/90$ mm Hg).

En segundo lugar recibimos información de si proporcionamos los mejores beneficios farmacológicos demostrados para este tipo de pacientes. Resultados alejados tanto en este estudio como en los europeos o españoles de los estándares que nos propone el estudio comentado. Está demostrado que programas de gestión de la enfermedad, mejorando el proceso de cuidados, disminuye las admisiones en los hospitales. Varios proyectos intentan demostrar que tienen un impacto sobre la supervivencia, la recurrencia de nuevos infartos y su coste-efectividad (4) disponiendo de un estudio español que demuestra la disminución superior al 50% del riesgo de reingresar o fallecer.

Otra aportación, original y práctica, es la de proporcionarnos nuevos datos sobre el horizonte alcanzable en la prescripción de estos fármacos cuando auditemos estos datos, es decir a cuántos de estos pacientes podemos llegar.

Fernando Rigo Carratalá

Médico de Familia

Gabinete Técnico de Atención Primaria. Mallorca. Ibsalut

(1) Wood D, De Backe G, Faegerman O, Graham I, Mancía G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998;19:1434-503.

(2) EUROASPIRE II Group. Lifestyle and factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-72.

(3) De Velasco JA, Cosín J, López Sendón JL, De Teresa E, Oya M, Sellers G. Nuevos datos sobre prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. *Rev Esp Cardiol* 2002;55(8):801-9.

(4) McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001;323:957-62.

Prescripciones inesperadas, innecesarias e inapropiadas: una ampliación de la definición de prescripción inadecuada

Britten N, Jenkins L, Barber N, Bradley C, Stevenson F.

Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:246-50.

Objetivo

Explorar la factibilidad de utilizar una definición de adecuación de la prescripción en Atención Primaria que, más allá de los aspectos farmacológicos, incluya el punto de vista de pacientes y médicos, desarrollar indicadores potenciales y valorar la relación entre dichas medidas y las características de los pacientes y de la consulta.

Diseño

Encuesta a pacientes y médicos de Atención Primaria, antes y después de las consultas incluidas en el estudio, complementada con datos de las historias médicas y con entrevistas telefónicas a los pacientes una semana después de la consulta.

Entorno y participantes

Médicos de Atención Primaria (n=24) y sus pacientes (n=186) en 13 consultorios de Atención Primaria del sur de Inglaterra.

Medidas de resultado

Prescripciones inesperadas (conforme a las expectativas expresadas por el paciente antes de la consulta), innecesarias (según la evaluación retrospectiva del propio médico prescriptor) y farmacológicamente

inapropiadas (según la evaluación independiente con un instrumento específico: el Pharmacological Appropriateness Rating of Medicines, PARM) y adherencia al tratamiento tras una semana desde la consulta.

Resultados

Antes de la consulta el 42% de los pacientes manifestaron querer o esperar una prescripción relacionada con su problema de salud principal. Se prescribió en el 65% de las consultas, de las cuales el 7% fueron indeseadas o inesperadas con anterioridad a la consulta. Los médicos evaluaron como innecesarias una de cada cinco prescripciones realizadas. De 92 evaluaciones independientes de dichas prescripciones, 4 fueron juzgadas inapropiadas y 19 fueron dudosas. El 41% de las prescripciones fueron deseadas, necesarias y apropiadas. El 18% de los pacientes no se adhirió al tratamiento, y el 25% mostró inquietud con su medicación.

Conclusiones

La evaluación de la adecuación de la prescripción en Atención Primaria debe tener en cuenta las preferencias de los pacientes y la influencia de éstos en la decisión de prescribir.

COMENTARIO

El principal interés del estudio radica en el intento de aportar información sobre la influencia de las preferencias y expectativas de los pacientes y de los efectos de la interrelación entre éstos y los médicos en la decisión de prescribir. El papel del paciente es clave para el buen uso posterior de los medicamentos ya que es éste quien decide seguir o no el tratamiento prescrito [1]. La valoración que éste haga del resultado de la consulta puede ser determinante en el éxito del tratamiento. El enfoque del artículo es estimulante en cuanto da idea de la complejidad de la decisión micro de prescribir, dimensión que recibe un trato investigador minoritario en comparación con el volumen de estudios de adecuación centrados en el análisis de cantidades, costes, tipos de fármacos utilizados o adhesión a Guías de Práctica Clínica [2].

Destaca la sobrevaloración de las preferencias de los pacientes por sus médicos (42% esperaban recibir medicación mientras que se recetó en el 65% de las consultas), interpretada en la literatura como una sobreestimación de la demanda [3] o fuente de sobreutilización [4]. Por otra parte, el hecho de que, tras autoevaluar sus decisiones de prescripción, los médicos consideraran innecesarios uno de cada cinco medicamentos que ellos mismos habían receta-

do anteriormente, plantea una serie de interrogantes sobre la influencia del paciente en lo que prescribe su médico.

El estudio presenta importantes limitaciones que impiden conclusiones sólidas acerca de las relaciones entre los diversos tipos de prescripción estudiados (deseadas, innecesarias y farmacológicamente inadecuadas) y características del paciente y de la consulta. Los autores las justifican en el carácter exploratorio del trabajo, aunque otro diseño y la elección de un tamaño muestral mayor podrían haber evitado las pérdidas de información que debilitan los resultados. A pesar de dichas limitaciones, el planteamiento del análisis es muy sugerente y abre un ámbito novedoso de estudio e investigación sobre el proceso de prescripción y uso de los medicamentos.

Anibal García Sempere

Fundación Salud, Innovación y Sociedad

(1) Barber N. What constitutes good prescribing? *Br Med J* 1995;310:923-925.

(2) Maher EJ, Millar D. Shared care: step down or step up? *Qual Saf Health Care* 2003;12: 243.

(3) Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M et al. GP's perceptions of patient influence on prescribing. *Fam Pract* 1999;16:255-260.

(4) Britten N. Patients' demand for prescriptions in primary care. *Br Med J* 1995;310:1084-1085.

GCS YA ESTÁ EN LA RED

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

La estructura y el clima organizacional condicionan la calidad

Bowern P, Campbell S, Bojlke C, Sibbald C.

Estructura del equipo, el clima organizacional y la calidad de la atención en atención primaria: un estudio observacional. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:273-9.

Objetivo

Determinar si la estructura del equipo de Atención Primaria (por ejemplo, tamaño del cupo, personal, ...) en el Reino Unido predice los procesos y si la estructura y los procesos condicionan los resultados que obtiene el equipo.

Diseño

Estudio observacional mediante cuestionarios postales y la auditoría de intervenciones médicas. Los procesos del equipo fueron determinados mediante la medida del "clima organizacional" que examina opiniones compartidas sobre políticas de organización, de práctica clínica y de procedimientos.

Medidas principales del resultado

Medidas objetivas de calidad asistencial en el manejo de enfermedades crónicas, de las evaluaciones de los pacientes sobre la práctica asistencial, y de las autovaloraciones de los equipos en relación a la eficacia y la innovación.

-De estructura: Evaluación mediante auditoría de diferentes variables (modalidad de trabajo, tamaño y composición del equipo, tipo de salario, nivel de formación, duración del contrato, tiempo medio de visita, habilidades, etc.).

-De proceso: Se utilizó el Team Climate Inventory (TCI), de 65 ítems clasificados en 6 categorías (participación, innovación, revisión de objetivos, orientación de las tareas, acuerdo sobre los objetivos, trabajo en equipo). Se utilizó un índice de acuerdo, el $r_{wg(j)}$, para su cuantificación.

-De resultados: Tres métodos diferentes: a) El Health Care Team Effectiveness (HTCE) scale, escala de automedida de eficacia de 21 ítems que combina tres factores: ejercicio profesional, trabajo en equipo y el cuidado centrado en el paciente; b) Manejo de enfermedades crónicas mediante una auditoría de historias clínicas de enfermos con asma bronquial, angina de pecho y diabetes tipo 2 y c) Encuesta sobre atención recibida: mediante cuestionario de 53 preguntas que valoran dimensiones de la atención primaria desde la perspectiva del ciudadano (accesibilidad, atención al paciente, cuidados de enfermería, satisfacción, etc.).

Análisis estadístico

Regresión múltiple para examinar las relaciones multivariantes. La primera regresión examina la influencia de la estructura del equipo (variable independiente) en el clima del equipo (variable dependiente). El segundo grupo de regresiones utiliza la estructura y el clima del equipo como variables independientes y los resultados del equipo como variable dependiente.

Resultados

Había mejor clima laboral en el ejercicio individual que en sociedades. El ejercicio clínico tras períodos de mayor contratación proporcionan la mejora en el manejo de las enfermedades crónicas. Niveles más elevados de clima del equipo estuvieron asociadas con mejor cuidado clínico de la diabetes, con mejores evaluaciones de los pacientes sobre la práctica asistencial y con mejor autovaloración en innovación y en eficacia. Los equipos más grandes también se asociaron a un mejor cuidado clínico de la diabetes. El nivel de formación está asociado al deseo de innovación. La práctica individual estuvo asociada con mayor accesibilidad, pero con menor autopercepción de eficacia.

Conclusiones

Aunque las conclusiones son preliminares, el estudio sugiere que hay importantes relaciones entre la estructura del equipo, los procesos, y los resultados que pueden ser relevantes en las iniciativas de la mejora de calidad en atención primaria. Los posibles mecanismos causales que pueden ser la base de estas asociaciones deben ser determinados.

Financiación: Programa National Primary Care Research and Development Centre. Correspondencia: Dr P Bower, Correo electrónico: peter.bower@man.ac.uk

COMENTARIO

Desde hace años venimos hablando de la importancia de la calidad en atención primaria. Tenemos información parcial y matizada, especialmente en relación a estructura y procesos, pero mucha menos sobre los resultados y qué causas pueden condicionarlos o modificarlos. Por ello el artículo de Bower tiene interés y debe motivarnos. Interés porque sugiere importantes relaciones entre la estructura del equipo, los procesos y los resultados y por tanto debe motivarnos a promover nuestras propias líneas de estudio e investigación. Pero la dirección de la causalidad no puede ser determinada en un estudio observacional, por tanto los posibles mecanismos causales que pueden ser la base de las asociaciones encontradas, deben ser determinados en posteriores estudios.

Al hilo de este artículo, comentar que recientemente hemos conocido la auditoría realizada por la Fundación Avedis Donabedian por encargo del Servei Català de la Salut (1). Constituye un documento muy interesante porque está centrado en las diferentes dimensiones de la calidad (accesibilidad, práctica clínica/efectividad, continuidad, etc.) y porque se valoran aspectos organizativos, clínicos y de gestión de 50 equipos de atención primaria de Catalunya. Todo ello comparándolo con los diferentes modelos de provisión. Es verdad como dice Gené (2), que no se producen inequidades, pero sí que se ven diferencias significativas en indicadores relacionados con la actividad, la estructura y el consumo de recursos sanitarios. Pero sería injusto no comentar el sesgo de selección de personal, la diferencia de edad y composición de los equipos o las posibilidades de obtención de incentivos económicos, entre otras variables, a favor de determinada forma de provisión y que no son suficientemente analizados. Es una importante evaluación de la reforma de la atención primaria en Catalunya, aunque precisa profundizar en el análisis de la patología atendida, de la gestión de los procesos asistenciales, etc. Nuestra Atención Primaria necesita buenos sistemas de información y de evaluación para poder mejorar la atención. Demos los pasos necesarios.

Vicenç Thomas Mulet
CS Camp Redó. Palma de Mallorca

(1) Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma d'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. Barcelona, mayo de 2003.

(2) Gené Badia J. Todos los ciudadanos se han beneficiado de la política de diversificación de la gestión de atención primaria en Cataluña. Cuadernos de Gestión 2003; 9: 117-119.

El largo trecho que separa la práctica diaria y la evidencia disponible sobre prevención de la mortalidad post-infarto

Sim I, Cummings SR.

A New Framework for Describing and Quantifying the Gap Between Proof and Practice. *Medical Care* 2003; 41(8):874-81.

Objetivo

Presentar un modelo que permita definir, analizar y cuantificar las diferencias existentes entre la práctica habitual y la mejor práctica (según la evidencia disponible). Se ejemplifica mediante el uso de betabloqueantes como prevención secundaria de la mortalidad post-infarto de miocardio (IAM).

Diseño

Estudio descriptivo, que utiliza como fuente de información las altas hospitalarias por infarto de miocardio no mortal en los Estados Unidos. La principal variable de estudio son las muertes evitables, durante el año posterior a un infarto de miocardio, si se utilizaran los betabloqueantes tal como indica la evidencia disponible.

Se cuantifica la infrautilización de los betabloqueantes (respecto a una hipotética situación ideal), mediante el cálculo del NNP (*Number Not Prevented*): número de muertes que podrían haber sido evitadas si se hubieran utilizado los betabloqueantes en los sujetos en los que está indicado el tratamiento. Al número total de altas por este motivo en EE.UU. aplican un porcentaje de candidatos a ser tratados con betabloqueantes y unas tasas de mortalidad específicas obtenidas de otros trabajos.

Adicionalmente, comparan la infrautilización de los betabloqueantes con la infrautilización de la vacunación antigripal y de otras interven-

ciones dirigidas a prevenir la mortalidad post-infarto (uso de aspirina, terapia trombolítica e IECA), en un intento hallar la magnitud del beneficio relativo (expresado en NNT: número necesario a tratar) de cada uno de estos tratamientos.

Resultados

En EEUU se dan de alta anualmente 702.000 pacientes con el diagnóstico de infarto de miocardio. Se producen cada año 2.995 muertes durante el primer año post-infarto, que podrían haber sido evitadas mediante el uso de betabloqueantes. El rango, tras aplicar un análisis de sensibilidad, oscila entre 455 y 20.409.

Conclusiones

La utilización de la metodología señalada puede proporcionar a los planificadores y gestores un instrumento para comparar las consecuencias clínicas de la infrautilización y del uso excesivo de diversas intervenciones preventivas, que puede ayudar a disminuir la distancia existente entre la evidencia y la práctica cotidiana.

Financiación: Dr. Sim's United States Presidential Early Career Award for Scientists and Engineers.

Dirección para correspondencia: Ida Sim. E-mail: sim@medicine.ucsf.edu

COMENTARIO

A pesar de los millones de euros gastados en investigación, los hallazgos publicados a menudo tienen un escaso impacto en la práctica clínica habitual. La evidencia disponible en la década de los 80 ya mostró que la administración de betabloqueantes reduce la morbi-mortalidad en los supervivientes de un infarto de miocardio. Su beneficio es máximo en los enfermos de peor pronóstico. Paradójicamente, sólo entre un 21 y 77% de los pacientes sin contraindicaciones recibían estos fármacos en la década de los noventa (1) (2). Por el contrario, se ha demostrado que un incremento en la utilización de betabloqueantes en estas situaciones produce una ganancia en salud y un ahorro económico (3).

Los autores aportan una interesante aproximación a la medida de la infra y suprautilización de una intervención de eficacia demostrada, delimitando así las áreas de actuación subóptimas no justificables desde el punto de vista de la eficiencia ni de la efectividad.

El trabajo comentado debe ser analizado con las cautelas propias de este tipo de investigaciones en que la validez externa se resiente de entornos ajenos, aplicación de cifras de referencia extrapoladas de distintas investigaciones separadas en el tiempo y con metodología y objetivos difícilmente comparables. Además hay que tener en cuenta los eventuales beneficios de los nuevos betabloqueantes, el beneficio diferencial de los distintos betabloqueantes y de su uso en distintos subgrupos de candidatos (4).

Los autores ponen de manifiesto, una vez más, el largo camino que separa la evidencia disponible de la práctica cotidiana real. No obs-

tante, el artículo tiene un carácter fundamentalmente conceptual por lo que no profundiza en los factores que condicionan esta distancia (predisposición del médico y del paciente a utilizar betabloqueantes...), ni las causas últimas de infrautilización y sobreutilización, que obviamente requieren un análisis pormenorizado.

No obstante, este enfoque puede ser de gran ayuda para los responsables de las políticas de salud, gestores y planificadores de nuestro país para precisar la magnitud del beneficio relativo de diferentes intervenciones preventivas o terapéuticas a nivel comunitario (expresado en NNT: número necesario a tratar). Sin duda, puede aportar racionalidad a la asignación de recursos sanitarios y contribuir a traducir la evidencia disponible a la práctica clínica.

Gaspar Tamborero Cao

Médico de familia. Centro de Salud del Coll d'en Rabassa
Servei de Salut de les Illes Balears

(1) Stafford RS, Radley DC. The underutilization of cardiac medications of proven benefit, 1990 to 2000. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 56-61.

(2) Gheorghade M, Goldstein S. β -Blockers in the Post-Myocardial Infarction Patient. *Circulation*: 2002; 106: 394.

(3) Phillips KA, Shlipak MG, Coxson P, Heidenreich PA, Myriam MG, Goldman PA et al. Health and Economic Benefits of Increased Beta-Blocker Use Following Myocardial Infarction. *JAMA* 2000; 284: 2748-2754.

(4) Rochon P, Tu JV, Anderson GM, Gurwitz JH, Clark JP, Lau P et al. Rate of heart failure and 1-year survival for older people receiving low-dose beta-blockers therapy after myocardial infarction. *Lancet* 2000; 356: 639-644.

“Cosas veredes, amigo Sancho...”: una vacuna para el cáncer de cérvix

Kulasingam S, Myers E.

Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. *JAMA* 2003; 290:781-9.

Objetivo

Examinar el impacto potencial en términos de salud y económico de diversas estrategias para prevenir el cáncer de cérvix en las se combinen programas de cribado del cáncer de cérvix con la utilización de una vacuna eficaz contra el virus del papiloma humano (HPV).

Diseño

Desarrollan un modelo matemático para estimar el coste económico y la esperanza de vida (los años de vida ganados) de una cohorte hipotética de jóvenes norteamericanas de 12 años (con seguimiento hasta los 85 años) para cada una de las estrategias ideadas.

Métodos

Se comparan tres estrategias: 1) administrar la vacuna a niñas de 12 años; 2) cribado convencional basado en citología; 3) la administración de la vacuna a las niñas de 12 años, seguida de cribado basado en citología. La decisión de la edad elegida para vacunar se realiza asumiendo que la vacuna debería ser más efectiva si se dirige a jóvenes de una edad en la que no hayan tenido actividad sexual. El modelo matemático desarrollado asume que la vacuna va dirigida contra una proporción definida de los tipos del HPV de mayor riesgo, incluye varias posibilidades de intervalos para el programa de cribado (1, 2, 3, 5 años) así como varias edades de entrada en el programa (18, 22, 24, 26 y 30 años).

Resultados

De las 12 estrategias analizadas, la vacuna por sí sola o combinada con un programa de cribado realizado con intervalos de tiempo cada 3 o 5 años no resulta coste-efectiva. La combinación de la vacuna con el cribado bianual cuya edad de inicio sea los 24 años es la estrategia con una ratio de coste-efectividad más atractiva (incremento de 44.889\$ por año de vida ganado) comparada con el cribado cada tres años cuya edad de inicio sean los 18 años. Los parámetros que más influyen el balance coste-efectividad de la vacuna combinada con un programa de cribado de inicio a una edad tardía son la edad en que se administra la vacuna, la duración de la eficacia de la vacuna y el coste de ésta.

Conclusión

La vacuna contra el virus del papiloma humano en combinación con un programa de cribado puede ser una intervención coste-efectiva pero dependerá de mantener la eficacia de la vacuna durante el periodo de edad de mayor incidencia de la infección del virus del papiloma humano.

Fuente de financiación: Merck Research Laboratories.

Correspondencia: S. Kulasingam. E-mail: kulas002@mc.duke.edu

COMENTARIO

El cáncer de cérvix sigue siendo, a nivel mundial y a pesar de ser teóricamente prevenible, uno de los tumores más frecuentes entre las mujeres. En el campo de la salud pública es una de las patologías más interesantes en la actualidad por varias razones: 1) La historia natural del cáncer de cérvix ha mostrado claramente que éste no se desarrollará en ausencia de una infección persistente del VPH. Así pues, el virus del papiloma humano es reconocido por primera vez en la historia como una “causa necesaria” (aunque no suficiente) de un cáncer humano (1). 2) La implicación de un virus en la etiología de un cáncer debería romper moldes conceptuales en el marco de una epidemiología tradicional habituada desde sus comienzos a clasificar el cáncer en el grupo de enfermedades no transmisibles. 3) El modo de transmisión del HPV es predominantemente sexual. Aunque el cáncer de cérvix no ha sido clasificado por el momento como una enfermedad de transmisión sexual, los resultados de los estudios científicos muestran que cumple con el perfil característico de éstas... (2). 4) La implicación de un virus en el desarrollo del cáncer ha abierto las puertas al desarrollo de una vacuna contra el HPV, vacuna que por el momento está siendo probada exclusivamente en mujeres (en la actualidad en ensayos clínicos fase III). En la actualidad no hay ninguna vacuna específica para un género determinado. 5) Diversos artículos publicados sobre la vacuna del HPV valoran la edad ideal para administrarla y asumen que la efectividad sería mayor antes de que las niñas tuvieran relaciones sexuales. Este hecho podrá plantear futuros problemas socioculturales: ¿estarán de acuerdo los padres en vacunar a sus hijas contra un virus de transmisión sexual?

Por otra parte, la historia nos ha enseñado que la transferencia del conocimiento científico hasta la adopción de políticas sanitarias es, en algunas ocasiones, extraordinariamente lenta: la implicación del tabaco en la etiología del cáncer de pulmón fue descrita por primera vez en 1950 pero han tenido que pasar más de cincuenta años para que las autoridades sanitarias hayan planteado, el año 2003, una estrategia mundial para combatir el problema. A la vacuna contra el papilomavirus le quedan todavía muchas preguntas por debatir. Los expertos calculan que la vacuna se comercializará en un periodo de 5 a 10 años y aunque su disponibilidad no provocará cambios repentinos en las políticas de prevención, sería deseable que cogiera informados a quienes tengan que tomar decisiones. Mientras tanto, en nuestro país se debería realizar un esfuerzo para mejorar los programas de prevención existentes (3) y captar a las mujeres de mayor riesgo.

Elena Cabeza

Oficina del Pla de Salut. Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears

Unitat d'epidemiologia i registre de càncer de Mallorca

(1) Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Path* 2002; 55:244-265.

(2) Van Diest PJ, Holzel H. Cervical cancer. A sexually transmitted disease? (editorial). *J Clin Path* 2002; 55:241-242.

(3) Feldman S. How often should we screen for cervical cancer?. *NEJM* 2003; 349: 1495-1496.

El uso de coxibs, en la artritis y artrosis, sólo es coste-efectivo en pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva

Spiegel BM, Targownik L, Dulai GS, Gralnek IM.

The cost-effectiveness of cyclo-oxygenase 2 selective inhibitors in the management of chronic arthritis. *Ann Intern Med* 2003; 138:795-806.

Antecedentes y objetivo

La artritis reumatoide (AR) y la artrosis son importantes problemas de salud con un impacto cada vez mayor en el consumo de recursos sanitarios. El tratamiento más extensamente utilizado frente al dolor que producen estas patologías son los anti-inflamatorios no esteroides (AINEs) convencionales, que tienen importantes efectos secundarios gastrointestinales (GI). La aparición de inhibidores específicos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2), como el celecoxib y el rofecoxib (coxibs), que tratan con eficacia el dolor crónico de la AR y la artrosis y reducen las complicaciones GI, plantea la realización de este estudio que tiene por objetivo determinar si el grado de reducción del riesgo de complicaciones GI derivadas del tratamiento con coxibs compensa su mayor coste respecto a los AINEs convencionales.

Diseño

Análisis coste utilidad desde la perspectiva de un tercer pagador (Administración de Veteranos), en Estados Unidos.

Pacientes y métodos

Análisis de decisiones en el que se evalúan dos estrategias de tratamiento de una cohorte hipotética de pacientes de 60 años con AR o artrosis y que requieren terapia para el dolor moderado-severo. En este modelo los pacientes son tratados con celecoxib (200 mg/día) o rofecoxib (25 mg/día) o bien con AINEs (naproxen 500 mg/dos veces al día). En la estrategia AINEs los pacientes intolerantes al naproxen y, el porcentaje estimado de pacientes que desarrollan algún tipo de complicación GI, son tratados posteriormente con coxibs. Los pacientes con historia de complicación por úlcera no son incluidos en el modelo base pero son evaluados en el análisis de sensibilidad posterior. El modelo incorpora 23 probabilidades de reacciones adversas a los fármacos derivadas de una revisión sistemática de la literatura.

La información de la reducción de riesgo GI de los coxibs frente a los AINEs se obtuvo de un meta-análisis acompañante de los ensayos clínicos existentes.

Medida de resultados

Coste incremental por Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC) obtenido de la comparación de las dos estrategias.

Resultados

En las condiciones basales asumidas por el modelo y con una tasa de descuento del 3%, el uso de coxibs en vez de AINEs resulta en un coste incremental de 275.809\$ por AVAC ganado. Este ratio se sitúa en 274.555\$ asumiendo una tasa de descuento del 5%, 395.324\$ si se incluyen eventos cardiovasculares, 142.095\$ si se utilizan los precios de adquisición –más baratos– de un tercer pagador (Veterans Administration) y 55.802\$ cuando el análisis se limita a pacientes con historia de úlcera sangrante. Respecto al análisis de sensibilidad probabilístico, si un tercer pagador estuviese dispuesto a pagar 150.000\$ por AVAC ganado en la alternativa de coxibs, sólo un 4,3% de los pacientes podrían recibir este tratamiento.

Conclusiones

La reducción de riesgo de sufrir una complicación GI derivada de la utilización de coxibs no compensa sus elevados costes en comparación con los AINEs convencionales. Sólo en el grupo de pacientes con úlcera sangrante el resultado del ratio coste utilidad incremental es aceptable.

Financiación: National Institutes of Health.

Conflicto de intereses: IMG ha recibido honorarios, contratos de consultoría y ayudas de investigación de Pharmacia (fabricante de celecoxib); GSD ha recibido honorarios de Merck Pharmaceuticals (fabricante de rofecoxib).

Correspondencia: igralnek@mednet.ucla.edu

COMENTARIO

Pese a la complejidad de los modelos y la diversidad de los análisis de sensibilidad utilizados, las conclusiones de este estudio ofrecen pocos márgenes de duda: sólo en el caso de complicación GI por úlcera sangrante estaría justificada la utilización de coxibs en vez de AINEs convencionales en base a criterios de eficiencia. En todos los demás casos, el incremento de seguridad resultante de la utilización de coxibs no justifica el alto coste que se ha de pagar por este tipo de fármacos en comparación con las alternativas existentes en el mercado. En el estudio que se comenta la estrategia de coxibs resultaría dominante sólo si su precio medio –en Estados Unidos– se redujera un 90%. Obviamente, el traslado de este estudio a nuestro entorno requiere considerar los menores precios de los coxibs en España, pero también la menor disponibilidad a pagar por AVAC ganado en nuestro país.

Las evaluaciones económicas de los coxibs –unas a favor de su utilización (1,2) y otras, además de la que se analiza, menos entusiastas (3)– muestran resultados muy diferentes, pese a estar basadas en los mismos estudios de eficacia, básicamente los ensayos clínicos CLASS y VIGOR tal y como se publicaron en dos prestigiosas revistas clínicas. Ambos ensayos fueron objeto de polémica cuando la *Food and Drug Administration* hizo público el reanálisis de los mismos conforme a los protocolos previos del estudio, que mostraba –bien por ocultación de los resultados de seguridad, bien por modi-

ficaciones en los análisis previstos– unos resultados menos favorables a los coxibs que los reportados en las publicaciones formales. Probablemente, algunas diferencias en los resultados de las evaluaciones económicas se deben a diferencias en el precio de los fármacos entre países: dos estudios son americanos aun con resultados divergentes, uno canadiense, y otro –también polémico– español (4). Pero en su mayor parte estas diferencias se deben a las diferentes asunciones realizadas en los modelos utilizados en los diferentes estudios que, a su vez, parecen tener que ver con quien financió la evaluación económica. Este es un problema trascendente, porque –y a diferencia de los ensayos clínicos– una evaluación económica bien realizada, siguiendo las más estrictas guías metodológicas, sigue dependiendo de las asunciones realizadas al construir el modelo.

Manuel Ridao Fundación IISS

(1) Pellisier JM, Straus WL, Watson DJ, Kong SX, Harper SE. Economic evaluation of rofecoxib versus nonselective nonsteroid anti-inflammatory drugs for the treatment of osteoarthritis. *Clin Ther* 2001;23:1061-79.

(2) Moreno A, Vargas E, Soto J, Rejas J. Análisis coste-efectividad del empleo de celecoxib en el tratamiento de la artrosis. *Gac Sanit* 2003;17:27-36.

(3) Maetzel A, Krahn M, Naglie G. The cost-effectiveness of rofecoxib and celecoxib in patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;49:283-92.

(4) Peiro S, Meneu R, Ortún V, Puig J. Posibles problemas de falta de objetividad, transparencia, doble publicación y autoría en el análisis coste-efectividad de celecoxib. *Gac Sanit* 2003;17:342-4.

ENCUESTA SOBRE INNOVACIONES EN GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

Apreciado lector de Gestión Clínica y Sanitaria,

Solicitamos tu ayuda para escoger las innovaciones clínicas y sanitarias más importantes de los últimos veinte años –por su contribución a la salud de individuos y poblaciones– en el contexto de los países desarrollados. Queremos editar un libro en el que diferentes autores analizarán una de las innovaciones seleccionadas donde además de describir el impacto de cada innovación y la evidencia sobre su utilidad, se desarrolle su historia local –cuando discrepe de la del resto del mundo, se consideren barreras y facilitadores de la innovación, brechas respecto a su empleo óptimo y perspectivas de desarrollo.

El término *I+D* cubre tres actividades: investigación básica, investigación aplicada y desarrollo experimental (el conjunto de procesos que facilitan el paso de la investigación a la innovación). Se entiende por *innovación* la generación de un bien o servicio de valor comercial y, en ausencia de mercado, apreciado por las personas. Cabe distinguir entre *innovación en producto o servicio* (v.g. vacuna) e *innovación en proceso* (v.g. técnica quirúrgica). La innovación en proceso supone la adopción de métodos nuevos, o significativamente mejorados, de producción. Estos métodos pueden implicar cambios de equipo o de organización de la producción (v.g. just-in-time), o la combinación de ambos, y pueden derivar también del uso de nuevo conocimiento.

La innovación en producto o proceso ha de distinguirse de la *innovación organizativa*, que incluye la introducción de estructuras organizativas significativamente cambiadas, la implantación de técnicas avanzadas de gestión o de nuevas, o substancialmente cambiadas, políticas de salud. En Sanidad estas innovaciones organizativas se valoran fundamentalmente fuera del mercado según su impacto en la cantidad y calidad de vida.

Te agradeceríamos destacar las cinco innovaciones que te parezcan más importantes de la lista adjunta (no hace falta ordenarlas). Si alguna de las cinco que destacarías no figurase en la lista añádela, por favor, al final, sin que tu selección total sobrepase las cinco.

Para hacernos llegar tus respuestas puedes:

–Cumplimentar el formulario electrónico (preferible) que encontrarás en:

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

–Copiar o recortar la página contigua (no perderás ningún artículo de GCS) y remitirla a franquear en destino a:

Ricard Meneu
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
San Vicente 112
VALENCIA 46007

Muchas gracias por tu colaboración, anónima o firmada según prefieras.

Ricard Meneu de Guillerna, Vicente Ortún-Rubio y Fernando Rodríguez Artalejo

(Innovación en políticas de salud)

- Actuación sobre las desigualdades en salud**
- Aprobación de medicamentos con bases más científicas**
- Control de la HTA**
- Establecimiento explícito de prioridades**
- Planes de salud**
- Política contra el tabaco**
- Programa de medicamentos esenciales**
- Retirada selectiva de medicamentos**

(Innovación organizativa)

- Atención primaria**
- Cirugía mayor ambulatoria**
- Colaboración Cochrane**
- Código de barras**
- En investigación clínica (CRO, site RO)**
- Introducción sistemas de ajuste de riesgos (tipo GRD)**
- Producción científica internacionalizada con redes y unidades de apoyo**
- Programas de gestión de enfermedades**
- Programación del alta**
- Programa MIR**
- PubMed-Medline**
- Tecnología analítica descentralizada**
- Trabajo clínico por cuenta propia**
- Tratamiento corto directamente observable en tuberculosis**
- Unidosis**

(Innovación en procesos, autónoma o derivada de otras innovaciones)

- Angioplastia coronaria transluminal percutánea y stents**
- By-pass de arterias coronarias**
- Cirugía laparoscópica**
- Extracción de cataratas e implantación de lentes intraoculares**
- Marcapasos y desfibriladores**
- Prótesis de cadera y rodilla**
- Transplantes**
- UCIs neonatales**

(Innovación por la industria farmacéutica)

- Anti-depresivos SSRI y no SSRI**
- Anti-ulcerosos anti H₂**
- Estatinas**
- IECAs**

(Innovación diagnóstica)

- Mamografía**
- Resonancia magnética**
- Tomografía axial computerizada**
- Ultrasonidos**

(Innovación derivada de las tecnologías de la comunicación y la información)

- Historia clínica informatizada y sistemas de apoyo a la decisión clínica**

Entre mis cinco innovaciones no he visto recogida en la lista anterior:

-
-
-



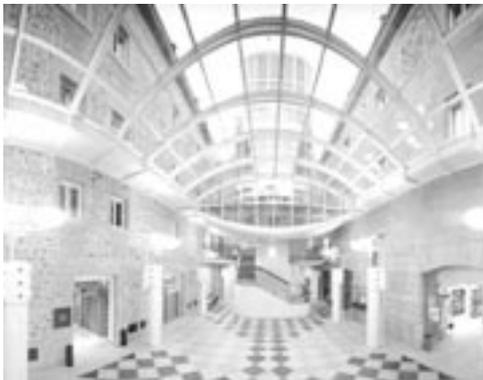
XXIV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

26 al 28 de mayo de 2004. EL ESCORIAL, MADRID

Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud

Las próximas Jornadas de Economía de la Salud, cuyo lema genérico será "Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud" se celebrarán del 26 al 28 de mayo en el emblemático edificio del Euroforum, situado en El Escorial.

Las Jornadas están abiertas a la presentación de trabajos relacionados con los aspectos sociales y económicos de la salud como son la eficiencia del sistema sanitario, el aseguramiento y el ajuste de riesgos, la gestión clínica, los incentivos en la asistencia sanitaria, los planes de salud, la equidad, la financiación, la política farmacéutica, la evaluación económica de tecnologías sanitarias y la evaluación de riesgos específicos para la salud, entre otras áreas temáticas.



AVANCE DEL PROGRAMA

Talleres

La evaluación económica y el *gap* entre recomendaciones y práctica

Jeffrey Harris (MIT) y Beatriz González López-Valcárcel (ULPGC)

Agenda de investigación sobre prioridades en riesgos y cuidados sanitarios en España

IACS y Redes de Investigación Cooperativa. Elliot Fisher (Outcomes Group, VA)

II Encuentro de Jóvenes Investigadores en Economía de la Salud

Experiencias iberoamericanas en las respuestas a los riesgos para la salud

Mesas

- Los riesgos para la salud y el aseguramiento. Marco teórico y respuesta institucional
- Aseguramiento y ajuste de riesgos
- Evaluación económica de riesgos específicos para la salud
- Promoción de hábitos saludables
- Política internacional de medicamentos
- Racionalización del uso de medicamentos. Experiencias españolas
- Percepción y comunicación de riesgos a los pacientes
- Planes de Salud. Orientación y evaluación económica
- Comparación de la cobertura de prestaciones entre Comunidades Autónomas.

Para más información sobre las Jornadas pueden consultar la página web de AES (www.aes.es) desde donde también encontrarán el boletín de inscripción y el programa preliminar, así como información sobre bolsas de viaje y convocatoria de premios, además de información sobre Jornadas anteriores y sobre la Asociación de Economía de la Salud

El consumo de recursos sanitarios de Atención Primaria es mayor en las ciudades que en el medio rural

Oterino de la Fuente D, Martín Díaz R, Díaz Megido LA, Alvargonzález Terreros B.

Variaciones en el consumo de recursos de atención primaria por niños menores de 7 años en los medios rural y urbano. Estudio de cohortes. *Aten Primaria* 2003; 31(8):480-5.

Objetivo

Demostrar la existencia de diferencias en la utilización de los recursos sanitarios de Atención Primaria por una población infantil en función de la residencia en una zona urbana (ZU) o en una zona rural (ZR).

Método

Estudio retrospectivo de dos cohortes de niños de 0 a 6 años de una zona rural (nacidos 1991 y 1992) y una zona urbana (nacidos 1991) de Asturias. Las variables de consumo de recursos que se han evaluado son el nº de episodios de atención, nº de consultas a demanda, nº de consultas programadas y nº de pruebas diagnósticas solicitadas (laboratorio, radiología). Se evaluaron una serie de variables independientes relacionadas con el sexo, parto, peso al nacer, lactancia materna, riesgo social, edad de los padres, nº de hermanos, derivaciones a especialista e ingresos hospitalarios.

No se han tenido en cuenta las consultas derivadas de la atención continuada.

Resultados

Los niños de la ZR refieren significativamente menos episodios de enfermedad, menos consultas a demanda y más consultas progra-

mas tanto de médico como de enfermería. Así mismo, se les realizaron menos pruebas diagnósticas.

No hay diferencias significativas en cuanto a la utilización de las interconsultas e ingresos hospitalarios.

El consumo de recursos fue mayor en los niños que habían requerido un ingreso hospitalario de cualquiera de las dos zonas.

Respecto a las características de las cohortes, en la ZU se observa que el porcentaje de hijos únicos de madres mayores de 30 años y que no dieron lactancia materna es significativamente mayor.

Conclusiones

Existe una variabilidad en la utilización de recursos de atención primaria en función de la zona de influencia de los centros de salud: urbana o rural.

Los niños de las ZU tienen más probabilidad de acudir a los Centros de Salud y cuando eso ocurre vuelven más veces y se les realizan más pruebas diagnósticas.

La adhesión a los programas de prevención y promoción de la salud genera un mayor número de consultas en la zona rural.

Correspondencia: David Oterino de la Fuente. Correo electrónico: doterino@eresmas.net

COMENTARIO

Los trabajos sobre variabilidad en la utilización de recursos no son novedosos en nuestro entorno, y nos han ido ofreciendo alguna luz y reconociendo la existencia de muchas sombras. Estos trabajos se han centrado sobre todo en el ámbito hospitalario y han permitido incluso avanzar hasta relativizar su repercusión económica. Así, en un trabajo realizado sobre 20 áreas de salud de nuestro país, se estimó que para generalizar el patrón de tasas superiores de utilización a todos los hospitales se necesitaría incrementar los costes en un 89%, por el contrario si se generalizaran las tasas inferiores supondría reducir los costes actuales en un 51% (1).

Los trabajos sobre variabilidad en la utilización de recursos de Atención Primaria en población infantil si bien son menos habituales, también han ido ofreciendo argumentos para la reflexión y identificando las causas de la variabilidad en factores de la demanda, la oferta, del estilo de práctica profesional y de los sistemas de información (2, 3).

El presente trabajo ofrece, desde el punto de vista metodológico, la originalidad de emplear unas cohortes en las que, con un análisis retrospectivo, se analiza dicha variabilidad, lo que ofrece otra dimensión de la que carecen los estudios transversales.

Con todas las limitaciones que los autores reconocen, las diferencias significativas que han aparecido entre las dos zonas no hace más que confirmar que existe una desigualdad entre ambas. Es más fácil que un niño de la ZU acuda a un centro de salud y que en su relación con el sistema sanitario se generen una serie de intervenciones sobre él que no se generan por igual en la ZR.

Sin embargo no tenemos información suficiente para decidir de qué lado está la variabilidad injustificada. No podemos alcanzar a conocer si el estándar corresponde a la zona urbana o a la zona rural, y por consiguiente, la aplicación de uno u otro supondría, como comentan los autores, la necesidad de aumentar recursos en la zona rural si se aplicasen los estándares de la zona urbana o la de disminuir los recursos en la zona urbana si se aplicasen los de la rural.

Poder aclarar estas dudas sería muy interesante desde el punto de vista de la gestión y la planificación sanitaria. Es necesario seguir avanzando en este tipo de trabajos de modo que cada vez vayamos disponiendo de más información contrastada que nos permita justificar decisiones que reduzcan la variabilidad y poder alcanzar la repercusión en resultados de salud que supone esta variabilidad para, entre otras cosas y centrándonos en el trabajo comentado, poder decidir si el ser menor de 7 años y vivir en una zona urbana es un factor de riesgo para que te hagan pruebas diagnósticas innecesarias o por el contrario el riesgo reside en vivir en una zona rural donde no te hagan estas pruebas.

Eusebi J Castaño Riera
Servei de Salut de les Illes Balears

(1) Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Ed. Masson, 2002, Barcelona.

(2) Rodríguez B, Martín MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 110-115.

(3) Starfield B, Hankin J, Steinwachs D, Horn S, Benson P, Katz H, Gab A. Utilization and morbidity: random or tandem? *Pediatrics* 1987 Jun; 79(6):863.

El patrón del asma infantil está relacionado con el pronóstico de la enfermedad en la edad adulta

Horak E, Lanigan A, Roberts M, Welsh L, Wilson J, Carlin JB, et al.

Longitudinal study of childhood wheezy bronchitis and asthma: outcome at age 42. *BMJ* 2003; 326: 422-3.

Objetivo

Determinar la asociación entre la gravedad de los síntomas del asma infantil y el diagnóstico de asma a la edad de 42 años.

Métodos

Estudio de cohortes prospectivo en el que se incluyó un total de 479 niños de 7 años de edad (en 1964) residentes en la zona metropolitana de Melbourne. En el momento del reclutamiento, 105 niños fueron clasificados como controles, 74 con bronquitis sibilante leve, 104 con bronquitis sibilante, 113 con asma y 83 con asma grave. El estudio presenta resultados de la espirometría en el seguimiento de la cohorte de pacientes cuando éstos tenían 42 años de edad.

Resultados

Un total de 267 pacientes (56% del total inicial) fue evaluado con la espirometría a la edad de 42. En este seguimiento, los participantes fueron clasificados de la siguiente forma: sin asma en los últimos 3 años (n=199), asma poco frecuente (n=58), asma frecuente (n=76) y asma persistente (n=70). La función pulmonar fue similar a la de los controles iniciales (Media del FEV₁ predicho=104%; FEV₁/FVC=80) en los participantes con bronquitis sibilante (FEV₁=109%; FEV₁/FVC=79) y bronquitis sibilante leve (FEV₁=102%; FEV₁/FVC=79). Los participantes que padecieron asma a la edad de 7 años mostraron una reducción estadísticamente significativa, respecto a los controles, en su capacidad pulmonar (Asma: FEV₁=95%, FEV₁/FVC=75; Asma grave: FEV₁=85%, FEV₁/FVC=70).

Conclusión

El patrón del asma infantil está asociado con el pronóstico de la enfermedad en la edad adulta. La mayoría de los niños con asma persistente mantienen los síntomas en la edad adulta y padecen una reducción de la función pulmonar; sin embargo, los niños con síntomas intermitentes asociados con infecciones del tracto respiratorio, mostraron, en general una remisión de los síntomas en la edad adulta, así como una función pulmonar normal.

Financiación: National Health and Medical Research Council of Australia. EH fue financiada por Nationalbank, Australia.

Conflictos de interés: No se declara ninguno.

Correspondencia: C F Robertson. Colin.robertson@rch.org.au

COMENTARIO

El estudio de Horak y cols. pone de manifiesto que el pronóstico del asma infantil en la edad adulta está relacionado con la gravedad de los síntomas en esa primera etapa de la vida. Las conclusiones del estudio están apoyadas por un elegante diseño longitudinal que permite determinar la asociación entre las variables, así como aventurarse en la aceptación o rechazo de determinadas hipótesis de causalidad sobre los hechos observados. Como los propios autores manifiestan en su artículo, resulta curioso ver que los resultados positivos en la edad adulta para aquellos pacientes que padecieron bronquitis sibilante, se consiguen aún a pesar de no haber podido disponer de tratamientos anti-inflamatorios a lo largo de la mayor parte de su infancia. Los resultados del estudio deben recibirse sin embargo con precaución. En una carta al editor en referencia a este artículo, Edwards y cols. manifiestan disponer de unos resultados diferentes para una cohorte de niños reclutados en Aberdeen en 1964 y seguida también de forma longitudinal (1). Según Edwards y cols., el resultado del seguimiento de sus participantes en 1989 proporcionó resultados similares a los de la cohorte de Melbourne; pero 12 años más tarde, en el año 2001, se observó un resultado diferente en el seguimiento de la cohorte cuando sus miembros contaban con 45-50 años de edad. Entre 1989 y 2001, aquellos con bronquitis sibilante en su infancia tuvieron un descenso en el FEV₁ similar a aquellos participantes que padecieron asma infantil, y significativamente mayor que el del grupo de controles sanos. Estos resultados diferenciales pueden estar explicados por la mayor juventud de los pacientes evaluados en la cohorte de Melbourne. En cualquier caso se plantea la necesidad de continuar con la evaluación de dichos pacientes a lo largo de su madurez para determinar si se produce un declive similar al observado en la cohorte de Aberdeen.

Luis Prieto
Unidad de Investigación de Resultados Sanitarios
Departamento Médico
Lilly, S.A.

(1) Edwards CA, Osman LM, Godden DJ, Douglas JG. Wheezy bronchitis in childhood – a distinct clinical entity with lifelong significance? *Chest* 2003 (in press).

GCS YA ESTÁ EN LA RED
<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

La práctica del ajuste de riesgos en Europa y lo que queda por hacer

Van de Ven PMMW, Beck K, Buchner F.

Risk adjustent and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. Health Policy 2003; 65:75-98.

Objetivo

Establecer un marco conceptual, describir y analizar el estado de la cuestión del ajuste de riesgos en Bélgica, Alemania, Israel, Holanda y Suiza.

Método

El artículo es el último del ejemplar especial de *Health Policy* sobre ajuste de riesgos en Europa y resume los artículos de cada país. Su primera parte del artículo establece un marco conceptual para comprender el alcance e importancia del ajuste de riesgos cuando se trata de combinar solidaridad y elección de aseguradora. En la segunda se muestran los resultados comparados de los países.

Resultados

Los cinco países establecieron durante los años 90 medidas dirigidas a aumentar la capacidad de elección de aseguradora y/o aumentar la responsabilidad financiera de las aseguradoras. En los cinco países, los ciudadanos pueden escoger entre aseguradora y además hay algún sistema de ajuste de riesgos y regulación de primas para satisfacer el objetivo de solidaridad.

En un mercado voluntario de seguros privados, la competencia lleva al ajuste de la prima según el riesgo del cliente (diferenciación de primas) y/o ajuste del riesgo a la prima (selección de riesgos). Para evitar esta dinámica en un entorno de seguros obligatorios, los gobiernos han impulsado fondos solidarios que compensan en función de la renta o nivel de salud. Además, en todos los casos (excepto Alemania) las aseguradoras deben ser no lucrativas. Con ello atenúan la presión de los incentivos de la propiedad.

La mejor estrategia para reducir la selección de riesgos es un buen ajuste de éstos, pero no hay todavía soluciones satisfactorias que se hayan aplicado. Una segunda estrategia es compartir riesgos con el fondo solidario. La tercera es admitir una proporción de prima ajustada al riesgo del cliente y la cuarta una batería de instrumentos regulatorios.

Los criterios para un buen ajuste de riesgos serían: adecuación de incentivos (promover la eficiencia y evitar la selección), equidad (subsídios ajustados según el nivel de solidaridad deseado), factible (fácil obtención de datos, no manipulación, etc.).

En la práctica, la edad es la única variable para el ajuste de riesgos en todos los cinco países. Israel es el único país que no admite pagos directos de los clientes a las aseguradoras, en los demás se admite una prima comunitaria.

En Alemania y Suiza hay problemas reales de selección y el artículo muestra un listado de las prácticas efectivas que llevan a cabo las aseguradoras. Por otra parte la existencia de seguros complementarios también puede agudizar la selección de pacientes. En Holanda no pueden ofrecerse seguros complementarios a los mismos clientes, mientras que en los otros cuatro países sí. Sin embargo, el nivel de cobertura complementaria es significativa en Holanda y llega al 90%, con aseguradoras privadas que mantienen lazos con las no lucrativas. Alemania es el único país donde solo un 10% de los clientes tienen seguros complementarios y no permite pues ser un instrumento efectivo de selección.

De todos los países, Holanda es el que ha aplicado modelos más avanzados de ajuste de riesgos. En 2002 aplicó el Pharmacy Costs Groups y están previstos cambios próximos.

Conclusión

Sin una mejora en el ajuste de riesgos es previsible que aumenten las estrategias de selección de pacientes en los cinco países estudiados. Esta situación puede ser más compleja todavía para Alemania y Suiza. Para ello se recomienda la utilización de mecanismos de ajuste basados en el nivel de salud.

Correspondencia: PMMW van de Ven. (vandeven@bmg.eur.nl)

COMENTARIO

Hace unos años Joseph Newhouse (1) se preguntaba dónde estábamos en el ajuste de riesgos. En este artículo encontramos la respuesta europea. El estado de la cuestión no es ni mucho menos satisfactorio, pero se observan intentos de avance significativos.

En una mirada retrospectiva sobre la competencia gestionada de los 90 podríamos llegar rápidamente a la conclusión que los instrumentos para su adopción no estaban disponibles en aquel momento. Aquellos países que profundizaron en la elección de aseguradora, no han podido evitar la selección de riesgos. Y además los mecanismos de reparto de riesgos mediante fondos solidarios, han dado lugar a controversias en exceso con lo que la mayoría de países han limitado su utilización. El caso de Israel es ilustrativo. Cuando se introdujo una compensación a la aseguradora en función de enfermedades graves, los casos aumentaron un 40% entre 1995 y 1998, mientras que la población total sólo lo hizo un 9%.

La revisión realizada es de máxima utilidad y este ejemplar especial es de los que hay que guardar. Los autores son los más representativos en este ámbito. Y destacaríamos a van de Ven y su grupo que han mostrado a lo largo de los últimos años contribuciones de elevado interés (2-3). Para el caso español habría algunas lecciones inmediatas para aprender. MUFACE es un esquema que requiere una revisión en profundidad y la forma como se establece la prima es tan sólo uno de los aspectos. MUFACE no introduce ningún tipo de ajuste de riesgos y con ello hay incentivos potenciales a la selección.

Ahora ya hay sistemas de ajuste aplicables, la dificultad está en la codificación. Estamos en una situación similar a la de la casuística hospitalaria hace quince años. La codificación ambulatoria permitirá avanzar en los próximos años. Solo hace falta poner manos a la obra.

Pere Ibern
Universitat Pompeu Fabra
Centre de Recerca en Economia i Salut

(1) Newhouse, J. Risk Adjustment: where are we now? *Inquiry* 1998;35:122-131.

(2) Van de Ven, PMMW, Ellis, RP. Risk adjustment in competitive health plan markets. En Culyer, AJ., Newhouse, JP. *Handbook of health economics* (Capítulo 14). Amsterdam: Elsevier, 2000:155-845.

(3) Van Vliet, RCJA. A statistical analysis of mandatory pooling across health insurance. *Journal of Risk and Insurance* 2000;67:197-217.

Las cuentas claras. Cálculo de cupos que permitan dedicar diez minutos por consulta

Brugos Larumbe A, Guillén Grima F, Mallor Giménez F, Fernández Martínez de Alegría C.

Métodos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo de cupo máximo de medicina de familia que permita el mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria* 2002; 32:23-9.

Objetivo

Establecer un método que permita explicar y predecir la carga asistencial y aplicarla a la estimación de un cupo máximo de medicina de familia que permita asegurar un tiempo medio de 10 minutos por consulta.

Diseño

Observacional, con datos secundarios referidos a las citas registradas durante el año 1999 de tres centros de salud con 45.826 personas adscritas.

Contexto

Dos centros de salud urbanos de Pamplona y uno urbano-rural. Dos centros tienen reconocido prestigio y una mejor organización, con distribución de tareas entre médicos y enfermeras, mientras que en el otro se trabaja de forma más aislada.

Mediciones y análisis

Se busca un modelo predictivo mediante análisis de regresión, en el que la variable dependiente fue la media de minutos destinados por el médico de familia al año por paciente de cada grupo de edad. Los tiempos consumidos se calcularon a partir de las agendas de citación de cada médico y para las domiciliarias se estableció una duración de acuerdo con la información aportada por los directivos. La variable independiente fue la edad. Después recalculó el modelo tras asignar 10 minutos a las consultas en el centro.

Resultados

La carga asistencial media estimada por habitante y año fue de 49,7' en pediatras y 20,1' en enfermería pediátrica; 34,7' en médicos de familia y 18,8' para enfermería de adultos. La carga fue mayor en mujeres para todos los grupos de edad. Así mismo resultó muy elevada el primer año de vida, descendía hasta los 14 años, fue relativamente baja hasta los cuarenta, cuando comienza a elevarse de manera lineal hasta los ochenta años y desciende tras los noventa años.

En el modelo de regresión cúbica ($y = b_0 + b_1 \text{ edad} + b_2 \text{ edad}^2 + b_3 \text{ edad}^3$) la edad explica el 86% de la variabilidad media de la carga asistencial (el 84% en niños y el 93% en los adultos).

El modelo se ajustó aumentando el tiempo asistencial en un 15,9%; los pacientes sin cita suponían el 14,3% del tiempo, los transeúntes un 5,6% y se descontó el 4,1% debido a pacientes que no acudieron.

Para un supuesto que el médico dedique el 70% de su jornada a la consulta, se calcularon dos cupos máximos (el mayor corresponde para centros en los que existe poca implicación de enfermería y el menor a los más coordinados) para diversos porcentajes de mayores de 65 años. Si los ≥ 65 años suponen el 7% los cupos máximos son: 2.025 y 1.989; 14% ≥ 65 años: 1.834 y 1.715; 21,2% ≥ 65 años: 1.691 y 1.558; 27% ≥ 65 años: 1.691 y 1.558; ≥ 65 años de 1 34%: 1.560 y 1.360.

Conclusión

La edad puede usarse para estimar la carga asistencial y el cupo máximo de pacientes que asegure un tiempo medio prefijado de las consultas.

COMENTARIO

El artículo supone una aportación novedosa por múltiples aspectos metodológicos. Además es muy actual ya que ofrece información al planificador y al gestor que ayuda a responder a una reivindicación de los médicos de familia que llevan años reclamando poder dedicar 10' de media a cada paciente visitado (unos 4' más que en la actualidad).

No hay acuerdo sobre cuál es el tiempo a destinar a la asistencia, pero el supuesto de un 70% de la jornada laboral es razonable y permite contar con tiempo para otras tareas propias de la atención primaria (formación, investigación, tareas comunitarias y otras del equipo). Dado que la jornada laboral tiene una duración establecida en el contrato (en general 37,5 horas semanales), la forma de garantizar el estándar de 10' por consulta es limitar el cupo máximo de pacientes adscritos.

Los autores del estudio no usan la presión asistencial o la frecuentación como variable para calcular los cupos máximos. Utilizan un indicador más "fino": han calculado durante un año los minutos destinados de media al año por habitante adscrito o carga asistencial. Han conseguido establecer un modelo parsimonioso y de gran capacidad explicativa.

El estudio constata que hay una mayor carga asistencial en las mujeres. Indica que el centro con menor implicación de la enfermería, la carga del médico es mayor y se observa que los minutos promedio de asistencia por paciente y año, por enfermería es la mitad de la del médico de familia.

El estudio se realizó en tres centros de salud básicamente urbanos, lo que posiblemente no refleje la variabilidad en la demanda. Ésta se influye por factores sociales, geográficos o de servicios ofertados (hay abundante bibliografía sobre la influencia en la demanda de atención primaria de la de ámbito rural o urbano, de la clase social, la accesibilidad, de las características de la oferta, etc.). Ello limita la aplicación directa del modelo a otras Comunidades. Los autores calculan finalmente los cupos máximos en todas las zonas básicas de Navarra, aunque indican sus reservas al no haber tenido en cuenta la dispersión geográfica.

Joan Llobera Cànaves
Conselleria de Salut
Illes Balears

Si el medicamento A es más eficaz que el B y el B, más eficaz que el C, ¿el A es más eficaz que el C?

Baker SG, Kramer BS.

The transitive fallacy for randomized controlled trials: If A bests B and B bests C in separate trials, A is better than C? BMC Med Res Method 2002; 2:13.

Objetivos

Utilizar métodos gráficos para analizar situaciones de los ensayos clínicos en las cuales no se cumple el principio de transitividad: si el medicamento A es más eficaz que el B en un primer ensayo clínico y en el segundo el B más eficaz que el C, se infiere que el A es más eficaz que el C.

Método

Los autores amplían el método gráfico para variables binarias omitidas, que originalmente se utilizó con objeto de ilustrar la paradoja de Simpson, y lo aplican en tres ensayos clínicos, hipotéticos pero verosímiles, sobre cribado del cáncer de pulmón, tratamiento del cáncer gástrico y tratamiento de la neumonía con antibióticos.

Resultados

Las tres aplicaciones del método gráfico ampliado ilustran cómo puede producirse la falacia transitiva en los ensayos clínicos secuenciales, incluso en los de tamaño muestral grande, por haberse producido cambios en una tercera variable binaria omitida, desconocida o no ajustada en ellos.

Conclusiones

La forma de evitar extraer conclusiones erróneas –el medicamento A es más eficaz que el C– por haber aplicado el principio de transitividad en ausencia de pruebas de eficacia es realizar un tercer ensayo clínico aleatorizado, paralelo, doble ciego y de tres brazos (A, B y C) en el cual se estime la eficacia de los tres medicamentos.

COMENTARIO

En la lógica formal, un tipo de razonamiento conocido como *silogismo hipotético* dice lo siguiente: si A implica B y B implica C, entonces A implica C (ej., si Pedro es más alto que Juan y Juan es más alto que Joaquín, entonces Pedro es más alto que Joaquín). Este razonamiento encierra una propiedad, la *transitividad*: si A es parte de B y B es parte de C, entonces A es parte de C. No obstante la aparente certeza de esta propiedad, se demuestra que su veracidad sólo se cumple bajo determinadas condiciones. Cuando se concluye que A implica C y esta conclusión es falsa, se incurre en la denominada *falacia transitiva*.

En el ámbito de los ensayos clínicos, por razones de eficiencia deseada o de limitación de recursos, se puede cometer la falacia transitiva si ante un ensayo clínico en el cual el medicamento A es más eficaz que el B y ante otro posterior en el cual el B es más eficaz que el C, concluimos, en ausencia de un tercer ensayo (de A frente a C), que el medicamento A es más eficaz que el C.

Los autores de este artículo ilustran (1), mediante ejercicios de simulación con gráficos especiales, una situación en la cual se puede incurrir en la falacia transitiva: la que se produce cuando en el diseño y el análisis de ensayos secuenciales se omiten variables binarias cuyos valores cambian con el paso del tiempo. Para la comprensión del lector, resumamos uno de sus ejemplos: el que aborda el tratamiento de la neumonía hospitalaria mediante tres antibióticos: A (activo frente a gram +), B (activo frente a gram -) y C (más activo que A frente a gram +).

Imaginemos que la variable de resultado fue el porcentaje de neumonías tratadas exitosamente y que en los ensayos no se tuvieron en cuenta las proporciones de neumonías causadas por bacterias gram + y -. Supongamos que la proporción de bacterias gram + en el primer ensayo (A más eficaz que B), realizado en 1999, fue 80% y que en el segundo (B más eficaz que C), llevado a cabo en 2002,

había descendido a 10% (la etiología de las neumonías bacterianas cambia con el tiempo e incluso puede variar entre hospitales en un mismo período). En esas circunstancias, A hubiese sido más eficaz que B y B más que C. En virtud de la falacia transitiva, al finalizar el segundo ensayo en 2002 uno hubiese podido inferir erróneamente que A es más eficaz que C. No obstante, los autores demuestran por simulación que en un ensayo de tres brazos (uno para cada antibiótico) efectuado tras el segundo, con 80% de bacterias gram+, C es más eficaz que A y A que B, y con 10% de gram+, B es más eficaz que C y C también más que A, lo cual confirma dicha falacia.

Ante los resultados de dos ensayos secuenciales (A es más eficaz que B y B más que C), las inferencias sobre A respecto a C pueden inducir a error. La conclusión del silogismo hipotético (A es más eficaz que C) sólo es cierta si no existen factores omitidos en los dos ensayos secuenciales, que cambian con el tiempo y pueden confundir el principio de transitividad. La realización de un ensayo clínico ulterior de tres brazos (A, B y C) es el recurso metodológico que permite contrastar la veracidad de dicha conclusión.

En el mismo sentido que se subraya la importancia que reviste considerar posibles variables de confusión en el diseño y el análisis de estudios experimentales y observacionales, en los primeros también es necesario tener en cuenta terceros factores que puedan confundir y socavar el principio de transitividad.

Carlos Campillo
Hospital Universitario Son Dureta

(1) El original de este artículo puede obtenerse gratuitamente en la siguiente dirección: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/2/13>.

En la versión electrónica del British Medical Journal los artículos narrativos son más visitados que los artículos científicos

Loke YK, Derry S.

Does anybody read "evidence-based" articles? BMC Medical Research Methodology 2003; 3:14.

Objetivo

Comparar las visitas a los artículos narrativos con las visitas a los artículos científicos de la versión electrónica del *British Medical Journal*.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo.

Metodología

Se han valorado las visitas a todos los artículos publicados en la eBMJ durante el año 2001. Se han clasificado los artículos de acuerdo con las cuatro categorías siguientes: 1) Editoriales, 2) Artículos originales (que incluyen artículos de investigación y revisiones sistemáticas), 3) Revisiones clínicas y 4) Educación y debate. Algunos artículos se acompañan de un editorial en el mismo número y se han comparado específicamente las visitas a los originales y al editorial correspondiente. Se han considerado artículos narrativos los editoriales y las revisiones clínicas y artículos de investigación los originales.

Resultados

Cada número de la revista eBMJ tuvo una media de más de cien mil visitas. De acuerdo con la clasificación previa el número medio de visitas fueron: Editoriales 2.537; Revisiones clínicas 4.148; Educación y debate 2.261 y Artículos originales 1.168.

Al comparar las visitas de las revisiones sistemáticas (científicas) con las visitas a las revisiones clínicas (narrativas) se observó que las narrativas tuvieron un número de visitantes considerablemente superior que las científicas (4.148 frente a 1.190).

En relación con los editoriales que comentan artículos originales (57) en casi todos los casos (54 de 57) son más visitados los editoriales que los artículos que los han motivado. Los editoriales tuvieron de media 2,9 visitas más que los artículos correspondientes.

Conclusión

Los artículos originales y las revisiones basadas en la evidencia parecen menos atractivos para los lectores de la versión electrónica del BMJ que las revisiones narrativas y los editoriales en la primera semana después de la publicación. Los autores y editores deberían mejorar el atractivo de los artículos de investigación.

COMENTARIO

Es importante señalar, en primer lugar, la originalidad de este artículo que analiza el número de visitas de la versión electrónica del BMJ. El BMJ es una de las revistas de medicina general con mayor impacto (en su versión en papel) y que, a diferencia de las demás de amplia difusión internacional (N Engl J Med, Lancet y JAMA), sigue manteniendo el libre acceso por internet. Quizás éste sea el aspecto fundamental que limita la interpretación de los resultados.

Los autores en la discusión analizan las posibles razones por las cuales los visitantes a la eBMJ prefieren los artículos de revisión y editoriales que los trabajos científicos publicados como originales. Una de las posibles explicaciones es que, debido a la presión con que se trabaja, los visitantes prefieren leer un resumen de los datos en forma de revisiones o editoriales. Si fuera así cabría esperar que las revisiones sistemáticas tuvieran, como mínimo, el mismo número de visitas que las revisiones clínicas o narrativas. Sin embargo, las revisiones narrativas tienen el doble de visitas que las revisiones sistemáticas.

En relación con los editoriales y los artículos que los motivan, resulta preocupante según los autores, el hecho que son mucho más visitados los editoriales ya que el objetivo inicial de los mismos no es el de sustituir a los artículos originales sino el de resaltar algunos aspectos. Los visitantes que sólo leen el editorial y obvian el artículo tendrán una visión parcial e incompleta de los datos que ofrece el artículo original.

El artículo se basa en la decepción de los autores porque los trabajos más científicos son menos citados que los narrativos después del cambio, podríamos decir paradigmático, que ha supuesto la introducción de la medicina basada en la evidencia. Sin conocer la formación y el motivo de consulta de los visitantes a esta revista electrónica resulta en parte superfluo, a mi entender, establecer una estrategia para mejorar la legibilidad de los artículos científicos cuando no sabemos si la mayoría de los que visitan los artículos tienen o no una formación adecuada para leer tanto los artículos científicos como los narrativos. Otro de los aspectos a valorar, que no se comenta en la discusión, es el cambio que puede suponer el paso de la lectura de un artículo en papel a un artículo en versión electrónica. En este cambio que se está produciendo: ¿Qué importancia puede tener el tipo de artículo en el sistema de lectura (papel o electrónico)? En relación con el tema de este artículo resulta relevante preguntarse si la lectura electrónica es apropiada o no (mejor que la lectura en papel) para leer un artículo de investigación. Muchos de los que hemos sido formados antes de la era visual preferimos imprimir los artículos de la versión electrónica de las revistas científicas para una lectura sosegada. La versión electrónica nos permite seleccionar mejor los artículos que vamos a leer y guardar impresos en papel.

Antoni Obrador
Servicio de Digestivo
Hospital Son Dureta, Palma

Instrumentos para conocer los intereses y prioridades de los pacientes

Herxheimer A, McPherson A, Millar R, Chapple A, Shepperd S, Zieblanda S et al.

DIPEX, una herramienta multimedia para conocer mejor los intereses y prioridades de los pacientes. Aten Primaria 2003; 31:386-8.

Objetivo

Dar a conocer la base de datos DIPEX (www.dipex.org), en la que se combina el acceso a entrevistas a pacientes y familiares seleccionados, con información científica basada en la evidencia y con datos sobre otros recursos, como grupos de apoyo o bibliotecas virtuales.

Contexto

DIPEX se puso en marcha en el Reino Unido en 2001 (1). Es una experiencia única en el campo de la comunicación con los pacientes. Su contenido está en inglés. DIPEX no responde a intereses particulares por lo que se ha articulado como una fundación dirigida por un grupo independiente de asesores. Cuenta con la ayuda de la colaboración Cochrane.

Contenido

Actualmente podemos encontrar en DIPEX módulos específicos sobre: hipertensión arterial, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer colo-rectal, cáncer testicular, cribado de cáncer de cérvix, epilepsia y cardiopatías congénitas. Hay varios módulos más en preparación. Se pretende ir ampliando hasta incluir la mayoría de los problemas de salud que afectan a la población. En algunos módulos (como el de las cardiopatías congénitas) adquieren protagonismo los cuidadores y familiares.

Estructura de la base de datos

Cada problema de salud constituye un módulo que consta de 3 secciones principales: las entrevistas, los datos científicos sobre la enfermedad y un apartado de "otros recursos".

Método de trabajo

Los participantes son reclutados tras contactar con médicos de cabecera, especialistas o grupos de autoayuda. Las entrevistas son recopiladas y analizadas sistemáticamente por un grupo de expertos que utilizan un método cualitativo de muestreo para asegurar un abanico muy amplio de experiencias. En cada módulo se puede acceder a más de 40 entrevistas grabadas en video en las que diferentes pacientes o cuidadores expresan su vivencia de la enfermedad: las dificultades para comprenderla, los temores, los elementos que influyen en la toma de decisiones y en el cumplimiento terapéutico, las molestias derivadas de los efectos secundarios, la relación con sus médicos y el sistema sanitario, etc. Las entrevistas son fragmentadas en la web de manera que podemos entrar a conocer determinados aspectos de la experiencia de los pacientes por separado (por ejemplo: problemas con el tratamiento o cambios en la vida diaria debidos a la enfermedad).

La información científica sobre la enfermedad y sus posibilidades de tratamiento actual está contrastada y revisada por un grupo de consultores expertos. La sección de "otros recursos" facilita vínculos con otras páginas de interés como la colaboración Cochrane, sociedades científicas, asociaciones de enfermos, Medline y otras librerías electrónicas. Además puede haber recursos específicos para cada enfermedad como grupos de autoayuda.

Conclusiones

Los pacientes pueden obtener información de calidad, lo que fomenta su participación en el seguimiento de la enfermedad. Los profesionales sanitarios, clínicos, investigadores y gestores, encuentran en la

web valiosa información sobre la experiencia de enfermar, difícil de encontrar en los tratados de medicina, lo que permite tener elementos para hacer una medicina más centrada en el paciente. Quienes toman decisiones sanitarias podrán identificar aquellos aspectos de la enfermedad más relevantes para los pacientes y valorar los resultados de las intervenciones.

Financiación: Fondos del Servicio Nacional de Salud, de instituciones sin ánimo de lucro y asociaciones de enfermos.

Correspondencia: Emilio Sanz. Correo electrónico: esanz@ull.es

COMENTARIO

DIPEX representa una apuesta integradora de futuro al aprovechar las nuevas tecnologías en expansión para construir un foro multimedia en el que tienen cabida todos los implicados en la gestión sanitaria, de otra forma habitualmente divididos en foros para profesionales y foros para pacientes.

Una experiencia de este tipo, que permite acercarse a los intereses y preocupaciones de los pacientes, aporta información decisiva para planificar recursos que mejoren la participación del paciente en su proceso y, en definitiva, la satisfacción con la oferta del sistema sanitario.

Además de lo que supone de novedoso el acercamiento a las vivencias de los pacientes, DIPEX explora el campo de la formación continuada de los profesionales desde las herramientas que nos ofrece Internet. Hoy en día puede parecer obsoleto basar la formación de los profesionales en ejercicio en clases magistrales que son caras y sólo llegan a unos pocos. La red permite disponer de material didáctico de calidad y actualizado, que los profesionales pueden aprovechar según sus necesidades formativas, pero también según sus posibilidades o preferencias de horarios y dedicación. Quizás la inversión de futuro de las instituciones sanitarias en la formación continuada de sus profesionales deba dirigirse en esta dirección.

Aunque la base de datos DIPEX actual es accesible para cualquier usuario de la red, requiere un esfuerzo de inversión si se quiere adaptar a nuestro entorno. Si es cierto que gestores y clínicos deben responder prioritariamente a las necesidades de los ciudadanos, una página de estas características en castellano puede colmar las exigencias de una población que cada vez solicita más información de calidad. Como bien dice el artículo comentado: "demasiado a menudo la información suministrada constituye sólo una pequeña entrevista ocasional con un médico o enfermera...". DIPEX puede ser el mejor complemento para esta situación.

**Carmen Santos de Unamuno
CS del Camp Redó. Mallorca**

(1) Herxheimer A, McPherson A, Miller R, Shepperd S, Yaphe J, Ziebland S. Database of patients' experiences (DIPEX): a multimedia approach to sharing experiences and information. *Lancet* 2000;355:1540-3.

La información sanitaria en internet como herramienta para reconducir la asimetría informativa en el contrato médico-paciente

Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, Zapert K, Turne R.

The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship. *Patient Perceptions. Arch Intern Med.* 2003; 163:1727-4.

Objetivo

Analizar el uso de internet como medio de información sanitaria con relación a si el paciente está mejor informado, si afecta a las desigualdades sanitarias y si afecta a la relación médico-paciente.

Tipo de estudio

Encuesta telefónica de una muestra representativa del público norteamericano.

Descripción población

Familias seleccionadas al azar mediante sistema informático de marcación digital, sobre la base de la Encuesta de Población de marzo 2000 de la Oficina de Censo de Estados Unidos. Se ofreció un incentivo financiero de entre 10 a 50 \$ al acabar la encuesta.

Resultados

El promedio de respuesta fue del 54%, se realizaron un total de 3.209 entrevistas y el incentivo económico fue aceptado por el 75% de los entrevistados. El 31% de los entrevistados buscó información sanitaria en los últimos 12 meses; las personas más jóvenes, saludables y mejor educadas eran más probable que buscara este tipo de información.

El 74% de las personas que buscaron información sanitaria en internet encontraron información importante para sí mismos, familiares o amigos; el éxito en encontrar este tipo de información estaba asociado a ser proactivos (personas que por sí mismas buscaban información sobre temas sanitarios) y tener mal estado de salud; el 72% de

las personas que había encontrado información se mostraba muy preocupado sobre la veracidad de dicha información y un 35% consideraba que la información encontrada era muy buena o excelente.

El 97% de los pacientes que habían buscado información creía que ésta daba más confianza a los pacientes para hablar con sus médicos; el 93% pensaba que tener acceso a dicha información hacía que el médico se pusiera al día en los últimos tratamientos. Los entrevistados reconocieron posibles efectos negativos: el 39% opinaba que podía producir visitas innecesarias al médico y un 22% que esto podría interferir en las relaciones médico-paciente.

Con relación al traslado de la información al médico, de los pacientes que así lo hicieron un 83% manifestaba sentir tener el control y un 78% sentirse más seguro de sí mismo durante la consulta. El 67% percibieron que el médico reaccionaba positivamente y en un 7% negativamente. De los pacientes que comunicaron su información al médico y salieron insatisfechos de su consulta el 17% pidió una 2ª opinión, cambió de médico o cambió su plan sanitario.

Conclusiones

Internet puede aumentar la satisfacción del paciente y su participación en los cuidados sanitarios aunque quedan problemas a superar: mejorar el acceso, mejorar la capacidad de valoración de la información por parte del usuario y mejorar las prácticas comunicativas por parte del profesional sanitario.

Dirección para correspondencia: elizabeth.murray@pcps.ucl.ac.uk

COMENTARIO

La presencia de información sanitaria fácilmente accesible permitirá que se potencie el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones. Esta situación se verá favorecida porque los pacientes son cada vez más críticos y se informarán más, es de suponer que también mejor, para tomar estas decisiones (1).

Desde el punto de vista gestor clínico el acceso a este tipo de información por parte del usuario presenta dos efectos inmediatos: efectos en la gestión del tiempo médico y/o consulta y, por otra parte, efectos en la relación asistencial médico-paciente.

Los datos del estudio confirman que la información sanitaria obtenida en internet va a tener un impacto importante en el tiempo médico; este hecho es de especial relevancia para el gestor sanitario en un momento en el que asistimos a debates reivindicativos en esta materia, y comprobamos que la informatización de centros conlleva implícita una necesidad transitoria de más tiempo dedicado a la consulta. A ello habría que añadir, como ya nos indican también los datos del estudio, el incremento en visitas innecesarias y segundas opiniones (¿adecuadas?).

El impacto en la relación asistencial médico-paciente debería suponer más efectos positivos que negativos, y así lo presenta también el estudio; pero este hecho reclama también la atención de las instituciones sanitarias, con estrategias que ayuden al paciente a valorar mejor la calidad de la información que encuentra, que le ayuden a ser crítico (desarrollo de websites seguras, tomar iniciativas en el desarrollo de esta información, evitar decisiones equivocadas...); y también con estrategias dirigidas a los propios profesionales médicos: políticas dirigidas a asumir el nuevo papel que internet le tenía reservado, la información ya no sólo la tiene el profesional, desarrollo de habilidades comunicativas, el médico deberá compartir y ayudar al paciente a interpretar esa información, el médico deberá adaptarse nuevamente y volver a cambiar el chip.

Luis Alegre Latorre
Servei de Salut de les Illes Balears

(1) Carnicero Jiménez de Azcarate J., Apezteguía Arroz J., Lezaun Larumbre M.J. Informe SEIS: Luces y sombras de la información de salud en internet. SEIS: Sociedad Española de Informática de la Salud 2002 (<http://www.seis.es>) Pamplona, junio 2002.

Cuidados compartidos en pacientes oncológicos. Buscando alianzas entre niveles asistenciales

Nielsen JD, Palshof T, Mainz T, Jensen AB, Olesen F

Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual. Saf. Health Care* 2003; 12:263-272.

Objetivo

Determinar el efecto de un programa de cuidados compartidos entre el oncólogo y el médico de atención primaria sobre las actitudes de pacientes de cáncer.

Método

Ensayo controlado, randomizado sobre un total de 248 pacientes (p) de cáncer, al alta hospitalaria. Sobre el grupo objeto de la intervención (121 p.) se aplicaba un programa de cuidados compartidos que buscaba la complicidad con los médicos de atención primaria (MAP) mediante a) transferencia de información escrita respecto al plan de tratamiento seguido por el paciente, grado de información del mismo, aspectos sociales, familiares, etc.; b) canales de comunicación preferentes con los responsables hospitalarios del caso; c) implicación del propio paciente.

El grupo control (127 p.) recibía informe y pautas de seguimiento convencionales.

Se estudiaban prospectivamente las impresiones de los pacientes sobre el grado de cooperación entre Atención Primaria y el Departamento de Oncología, mediante un cuestionario confeccionado *ad hoc*; la calidad de vida del paciente mediante el cuestionario EORTC QLQ-C30, y el estado general de actividad según la ECOG. Se aplicaban los tres cuestionarios a los 0, 3 y 6 meses del alta.

Resultados

El grado de cooperación sentida por el paciente era mayor en el grupo intervención que en el control a los tres meses ($p = 0.025$) y disminuía a los seis meses perdiendo la significación estadística. Los subgrupos de mujeres y menores de 50 años fueron los que mostraron efectos más positivos en el grupo de la intervención respecto del control.

No existieron diferencias entre los grupos en los resultados del cuestionario sobre la calidad de vida ni en el índice de actividad general (ECOG).

La valoración global del MAP fue ligeramente mejor en el grupo intervención que en el control, mostrando diferencias a los 0 y 6 meses, sin que se evidenciaran a los 3 meses. Los varones valoraban mejor al MAP en el grupo de intervención.

Conclusiones

El programa de cuidados compartidos con participación activa del propio paciente es aplicable y mejora las percepciones del enfermo de cáncer sobre la colaboración entre los sectores profesionales hospitalario y de atención primaria. No mejora la calidad de vida ni la actividad general del paciente.

COMENTARIO

El objetivo de una atención al paciente oncológico en la que se sintonicen las actuaciones del médico hospitalario con las del médico de atención primaria es un desideratum ampliamente reconocido por ambos sectores. La frecuencia e intensidad de los síntomas de este grupo de enfermos, así como su repercusión familiar y social, hacen más necesaria esta sintonía.

Este estudio es un intento de valorar un programa que, viniendo del hospital, busca alianzas en los médicos de atención primaria administrándoles instrumentos y cuantos conocimientos para resolver los problemas en su propio ámbito. Incide especialmente en el propio enfermo como vehículo de enlace; de hecho el diseño del estudio no es "ciego" para alimentar la implicación del paciente en el grupo de intervención. Los resultados del programa, aún demostrando mejoras en algunas de las variables analizadas, no son suficientemente consistentes para extrapolarlos a sistemas sanitarios como el nuestro, y no muestran efectividad de la intervención en los terrenos tan sensibles como la calidad de vida o la actividad general del enfermo. Por otra parte, el grupo de pacientes del estudio está sometido en su inmensa mayoría a tratamientos activos: sólo el 15% de los pacientes reciben tratamiento con finalidad paliativa. La realidad en nuestro medio es bien distinta, aumentando la proporción de este subgrupo de pacientes, con mayores necesidades de control de síntomas y por tanto, de una atención coordinada (1).

Existen estudios recientes que intentan definir los obstáculos que dificultan la continuidad de cuidados en los pacientes oncológicos, y algunos de ellos centran estos obstáculos en diferentes expectativas y diferentes culturas entre los profesionales hospitalarios y los de atención primaria (2).

La cuestión que nos plantea el estudio es: ¿supone la intervención –el esfuerzo comunicativo por parte del oncólogo hospitalario– una mejora en las variables objetivas de utilización de recursos? Serían deseables estudios en nuestro medio, de parecido diseño, en los que el objetivo principal fuera evaluar –además de las percepciones de los pacientes– la incidencia del programa sobre frecuentación de consultas (médicas y de enfermería, de primaria y especializada), urgencias, ingresos, etc.

El camino –sin embargo– se va adivinando: utilizar los instrumentos del método científico para afirmar los pilares del frágil y necesario puente entre niveles asistenciales.

Nofre Pons Sureda

Médico especialista en Oncología Médica

Hospital Universitari Son Dureta, Palma de Mallorca

(1) Doyle D. Domiciliary palliative care. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (editores). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Second edition. Oxford University Press; 1998, p. 957

(2) Pateman B, Wilson K, McHugh G, Luker K. Continuing care after cancer treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2):192-199.

Lo que esperan los usuarios de un centro de salud. Un estudio cuali-cuantitativo

Palacio Lapuente F, Marquet Palomar R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Pinol Moreso JL.

Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003; 32:135-41.

Objetivo

Identificar las expectativas de los pacientes respecto a un centro de salud, los aspectos más valorados y su importancia relativa.

Tipo de estudio

Cualitativo en dos fases: grupos focales para identificar los aspectos relevantes (cualitativa) y encuesta para ponderar su importancia (cuantitativa).

Metodología

Fase cualitativa: 4 grupos focales seleccionados según ámbito, clase social y edad. Objetivo: identificar los aspectos que valoran de un centro de salud. Participantes: informantes clave conocedores de la atención primaria de distintos ámbitos (urbano y rural) y extracción social seleccionados por líderes sociales de la comunidad.

Fase cuantitativa: encuesta elaborada con los aspectos identificados. Puntuación de cada uno de 1 a 10 según su importancia. Remitida a 225 personas seleccionadas de igual forma que los anteriores cumpliendo los criterios de estratificación. Se realizó un segundo envío a los no respondedores.

Variables estudiadas: grupo social, edad, género, y cada uno de los aspectos valorados. Se efectuó un descriptivo de cada variable elaborándose 7 listados: global, por edad, género y grupo social. Análisis factorial por el método de extracción de componentes principales con rotación varimax identificando los factores en que se agrupaban las variables.

Resultados

Fase cualitativa: los cuatro grupos valoraron 136 aspectos agrupados en 4 dimensiones: centro y tangibles (8), organización y accesibilidad (9), relación con los profesionales (18) y servicios disponibles (25).

Fase cuantitativa: recogieron 98 de los 225 cuestionarios (43%). Se elaboraron listados ordenados por puntuación. Sólo se analizó el listado global debido a la baja tasa de respuestas.

Análisis factorial: 4 factores explican el 63,6% de la varianza total.

Factor I (21,45%): rapidez de los resultados de las pruebas; posibilidad de cita para el día siguiente; listas de espera cortas para especialistas; práctica de citologías vaginales en el centro.

Factor II (18,2%): escucha, trato educado, trato humano, trato igual a todos los pacientes.

Factor III (15,02%): existencia de aparataje radiológico; servicio de traumatología; servicios de salud mental y servicio de oftalmología.

Factor IV (8,99%): luminosidad y ventilación; acceso fácil y sin barreras arquitectónicas; acceso de las ambulancias a la puerta del centro; fácil acceso a otros servicios cuando es urgente.

Conclusiones

- Suficiencia del número de grupos focales a tenor de la concurrencia de la información.
- Baja tasa de respuesta a las encuestas.
- Aspectos más valorados: 1) el centro dispone de material para pequeñas curas, cirugía menor, vendajes, etc., 2) se preocupan de facilitar el acceso a otros servicios cuando es urgente y 3) el centro tiene cuidado de su mantenimiento y de evitar riesgos físicos y de contagio a los pacientes.
- Aspectos sorprendentemente poco valorados: accesibilidad horaria a las consultas y accesibilidad telefónica al centro.
- La metodología utilizada permite identificar qué esperan los pacientes de un centro de salud excelente e incluir los aspectos identificados en las encuestas de satisfacción.

Fuente de financiación: parcialmente beca FISS.

Correspondencia: Fernando Palacio Lapuente. E-mail: fpalacio2001@yahoo.es.

COMENTARIO

Cualquier empresa necesita conocer las expectativas de sus clientes y el grado de satisfacción con el servicio recibido para orientar su actividad hacia ellos. Un modelo explicativo de ésta es la "disconformidad o desconfirmación de expectativas" (1,2), definida por el grado de concordancia entre las expectativas y la calidad percibida. En nuestro entorno existen múltiples trabajos sobre la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios, aunque pocos exploran sus expectativas (2). Este estudio se dirige a identificar las expectativas de los pacientes permitiendo así analizar bajo esta perspectiva las posibles causas de insatisfacción.

Se combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas (grupos focales y encuesta). La encuesta se elaboró a partir de los aspectos identificados como importantes por los informantes clave (grupos focales), con ello se introduce la valoración inicial de los usuarios a diferencia de la mayoría de estudios de satisfacción que parten de cuestionarios elaborados por el propio servicio corriendo el riesgo de explorar sólo aspectos importantes para el sistema.

La metodología de selección de informantes clave y sujetos de la encuesta tiene como valor el de ser realizada por líderes sociales externos al sistema sanitario, aunque por ello también queda limitada la extrapolación de resultados. A pesar de esta metodología se obtiene una baja tasa de respuestas a la encuesta.

En los resultados, resalta la valoración en los primeros lugares de la disposición de material para técnicas y la facilitación de acceso a otros servicios cuando es urgente, lo que puede indicar la alta valoración de la capacidad de resolución de la atención primaria de la confianza en su uso. Tienen también una alta valoración todos los aspectos de trato y atención de los profesionales.

Llama la atención la baja puntuación de aspectos de accesibilidad (en horario de consultas y en facilidad de acceso telefónico al centro) con una difícil explicación e interpretación.

En conclusión se trata de un estudio, de resultados poco extrapolables, aunque importante en cuanto a su metodología al introducir la valoración de las expectativas de los usuarios y la combinación de técnicas cuali y cuantitativas como elementos importantes para el desarrollo de futuros estudios de satisfacción.

Joan Pou Bordoy. Médico de Familia
Centro de Salut Camp Redó
Servei de Salut de les Illes Balears
Palma de Mallorca

(1) Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. "Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida". *Rev. Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.

(2) Conway T, Willcoks S. "The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model". *Intern. J. Health Care Quality Assurance* 1997;10:131-40.

(3) Delgado Sánchez A. "Factores asociados a la satisfacción de los usuarios". *Cuadernos de Gestión* 3:90-101.

No por repetido menos olvidado: conviene orientarse hacia la Atención Primaria

Macinko J, Starfield B, Shi L.

The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.

Objetivo

Valorar la contribución de la atención primaria (AP) a una serie de medidas de resultados en salud de 18 países de renta alta de la OCDE.

Método

Datos de panel de los 18 países durante 28 años (n=504) obtenidos fundamentalmente del *OECD Health Data*. El índice que mide el grado de desarrollo de la Atención Primaria en cada país se obtuvo a partir de 10 indicadores derivados de fuentes diversas (consulta a expertos incluida). Regresión con efectos fijos.

Resultados

Los sistemas sanitarios orientados hacia la AP tienen importancia en la salud de las poblaciones. Una buena AP está negativamente asociada con: (a) las tasas de mortalidad, agregadas y por género, (b) la mortalidad prematura por todas las causas, y (c) la mortalidad prematura específica que originan importantes causas de muerte prevenibles o tratables como asma, bronquitis, enfisema y neumonía, enfermedades cardiovasculares y coronarias. Las asociaciones fueron significativas pero de reducido impacto tras ajustar por diversos deter-

minantes de la salud de las poblaciones (demografía, renta, estilos de vida, utilización de servicios...).

En 1995, la ordenación de los países estudiados –de mayor a menor orientación hacia la AP fue: Reino Unido, Dinamarca, España, Holanda, Italia, Finlandia, Noruega, Australia, Canadá, Suecia– y ya por debajo de la media Japón, Portugal, Bélgica, Grecia, EE.UU., Alemania, Suiza y Francia.

Conclusiones

1. Un buen sistema de AP y las características de longitudinalidad (seguimiento de pacientes en el tiempo), coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria, y regulación geográfica que facilite el acceso, se asocian a una mejor salud de la población.
2. Existe dependencia de senda. Tras 28 años de evolución e incesantes reformas, ninguno de los 18 países ha cruzado la media divisoria entre el grupo muy orientado hacia la AP y el grupo poco orientado hacia la AP.

Financiación: Parcialmente por la Agency for Healthcare Research and Quality. Correspondencia: James Macinko Ph.D., 624 N Broadway, room 452, Baltimore, MD 21205, EE.UU.

COMENTARIO

A la segunda autora del artículo, pediatra y profesora de Salud Pública, distinguida académica miembro del *Institute of Medicine* de EE.UU., ha sido tal vez la persona que más ha conceptualizado e investigado en AP, con el ánimo no sólo de entender sino de mejorar la atención a la salud de la población. Si, además, se la encuentra un día en Buitrago de Lozoya (en casa de Juan Gervas y Mercedes Pérez), a los pocos días en una asado en casa de Luis Rajmil, en Barcelona, con Josefina Caminal e Itziar Larizgoitia, habiendo pasado –entre tanto– por Bilbao y Santander y llamado a Sagunto, se la valora además por su conocimiento de primera mano de España (y otros países que estudia) y se aprecia el significado de una escuela globalizada de colegas. Lo cual aunque sea un argumento *ad mulierem* constituye una razón válida para seleccionar un artículo porque se tienen razones extra para saber que está orientado a la verdad y no tanto al producto publicación como en una primera aproximación al texto podría parecer.

El artículo tiene la virtud de aislar alguna de las características de la AP que parecen más importantes (lo que permite vigilar la evolución de los sistemas sanitarios) y ratificar el mensaje de la conveniencia de orientarse hacia la AP. El cómo hacerlo depende de las barreras y facilitadores que existan en cada país.

Aunque los comentarios metodológicos no suelen proceder creo que, en este caso, conviene señalar que dos de los diez indicadores que componen el índice de desarrollo de la AP en un país tienen gran interés pero no son específicos de la AP: 1) la progresividad del sistema fiscal (medida bajo el supuesto no necesariamente cier-

to de que la financiación impositiva resulta más progresiva que la financiación por cuotas de la seguridad social) y, 2) el grado de regulación de la distribución geográfica de profesionales e instalaciones de AP (que posiblemente recoge la calidad de la planificación sanitaria de un país).

Conviene recordar que el cambio tecnológico redefine permanentemente el alcance de los niveles asistenciales, que el nivel-centrismo no se combate con otro nivel-centrismo, y que la competencia y la cooperación pueden convivir (1). En la medida, no obstante, que la AP facilite la equidad en el acceso (que la facilita en España), ofrezca mayor capacidad resolutoria (cierto en bastantes procesos), mejore el componente preventivo de la atención (evitando morbimortalidad), y contribuya a una mejor coordinación entre niveles, habrá que continuar recordando los resultados de artículos como el comentado y señalando que la AP en España tiene, pese a la buena nota que el artículo le otorga, un encorsetamiento organizativo y falta de inversión en sistemas de información que fácilmente podría ahogarla (2).

Vicente Ortún Rubio
Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Ibern P. El porqué del *gatekeeping* en la atención primaria y sus efectos. *Gest Clin San* 2003; 5(2): 54. Comentario a Forrest CB: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment. *BMJ* 2003; 326: 692-695.

(2) Minué S, de Manuel E, Solas O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En J Cabasés (ed): *Informe Sespas* 2002. Valencia: EVES, 2002, páginas 395-437.

Reformas farmacéuticas en España: demasiados controles y pocos incentivos para que florezca la competencia

Puig-Junoy, J.

Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain, Health Policy 2004. (En prensa)

Resumen

El objetivo del trabajo es evaluar el impacto de cuatro grandes iniciativas de reforma de la prestación farmacéutica pública emprendidas por el gobierno popular entre 1996 y 2002. En primer lugar, que las listas negativas de medicamentos, equivalentes a imponer copagos del 100% en éstos. El problema con estos copagos selectivos es que desplazan el consumo a otros servicios, y tienen muy poco impacto en el control del gasto farmacéutico público. Por el contrario, copagos de baja intensidad podrían reducir en alguna medida el consumo inapropiado.

En segundo lugar, se analiza la accidentada introducción de los precios de referencia en España y concluye que se han convertido de hecho en una forma alternativa de regulación de precios máximos. Han animado la introducción de genéricos en el mercado, y han forzado a los entrantes a fijar precios menores a los vigentes en el mercado.

A continuación, el autor sostiene que el gobierno ha impulsado una reforma en los márgenes de los farmacéuticos que crea distorsiones en el mercado. El gobierno convirtió el margen lineal de los farmacéuticos en un margen decreciente, y además aumentó el margen al dispensar genéricos. El resultado es que los farmacéuticos pueden tener interés en dispensar los medicamentos genéricos más caros. En cambio, sistemas de pago mixtos que combinen pagos fijos por

acto y otras remuneraciones permitirían alcanzar una mayor eficiencia en la prestación farmacéutica.

Finalmente se aborda la tormentosa relación entre la industria farmacéutica y el gobierno. En 1996 y 1998 la industria aceptó rembolsar al gobierno una parte creciente de sus ingresos. Tras los desencuentros del verano de 1999, la industria y el gobierno llegaron a un nuevo acuerdo en 2001 que da certidumbre a las partes sobre los aumentos máximos en las ventas financiadas por la sanidad pública. Sin embargo, los reembolsos no ofrecen incentivos a la contención de las ventas de los laboratorios más dinámicos.

El autor concluye que las reformas farmacéuticas emprendidas entre 1996 y 2002 muestran de nuevo cómo los gobiernos tienen verdadero pavor a introducir incentivos para que la demanda farmacéutica sea más activa y florezca la competencia en el mercado. El objetivo de corto plazo de controlar el crecimiento del gasto es el único criterio para evaluar el éxito de las reformas. Por eso, vemos más de lo mismo: controles de precios y esfuerzos para reducir por decreto el gasto farmacéutico como si fuera un input aislado en el proceso de producción de asistencia sanitaria.

Fuente de financiación: Ayuda educativa no condicionada de la Fundación Merck, la entidad filantrópica de la empresa Merck and Co., Whitehouse Station, NJ, EEUU.

COMENTARIO

Para atajar las causas últimas del crecimiento del gasto farmacéutico público, el autor señala con acierto que el gobierno debe dejar de obsesionarse por el control del gasto, y por el contrario centrar su atención en alinear los incentivos de los agentes con los objetivos sociales. Numerosos estudios han demostrado ya que la demanda de medicamentos es sensible a los precios, y que la competencia puede florecer y disciplinar los precios y márgenes profesionales en un mercado de medicamentos (1, 2, 3, 4, 5).

La interacción de los agentes en un marco de incentivos apropiados no debe contemplarse con recelo, ya que conduce a una mejor asignación de recursos. Además, ofrece un entorno de certidumbre para las inversiones en capitales específicos de los laboratorios y los profesionales de la medicina. Y finalmente, conduce a la deseada contención del gasto.

Es muy revelador el análisis del funcionamiento de los precios de referencia en España que tan bien disecciona el trabajo. Desde diciembre de 2000, el gobierno ha reformado continuamente el sistema de precios de referencia, el precio máximo que financia la sanidad pública cuando los médicos recetan un medicamento incluido en un grupo homogéneo bioequivalente y que compiten al menos con un genérico.

Frente a la experiencia de otros países, el sistema español se inserta en un marco de regulación total de los precios de los medicamentos y de temor a los cambios. Tal y como indica perspicazmente Puig, la obsesión por el control llega al extremo de que los precios de los genéricos están como el resto de medicamentos sujetos a autorización administrativa, y una vez aprobados tienen carácter de máximos.

El gobierno no confía en la capacidad de la competencia para disciplinar los precios, ni cuando crea un sistema que de hecho sólo tiene sentido cuando la competencia efectivamente florece en el mercado. Esta actitud es sorprendente y contrasta con la actitud reformista del gobierno popular en la desregulación de otros mercados como el de las telecomunicaciones y la energía.

El trabajo con todo ofrece una esperanza. Andalucía ha introducido un sistema de precios de referencia que compite en ambición y transparencia con el introducido por el gobierno central. La esperanza es que la descentralización de las políticas farmacéuticas autonómicas permita experimentar y comparar nuevas formas de abordar los problemas de gasto y competencia en el mercado de medicamentos tal y como se ha producido en otros ámbitos sanitarios (6).

Joan Ramon Borrell
Universitat de Barcelona

(1) Caves R.E., M.D. Whinston MD and M.A. Hurwitz MA. 'Patent expiration, entry and competition in the US pharmaceutical industry', *Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics*, 1991; 1-48.

(2) Frank R.G. and D.S. Salkever. 'Generic entry and the pricing of pharmaceuticals', *Journal of Economics and Management Strategy*, 1997; 6(1):75-90.

(3) Grabowski H.G. and J.M. Vernon. 'Brand loyalty, entry, and price competition in pharmaceuticals after the 1984 drug act', *Journal of Law and Economics*, 1992; 35:331-350.

(4) Hellerstein JK. 'The demand for post-patent prescription pharmaceuticals', *NBER Working Paper*, 1994; 4981.

(5) Reiffen D.; M.R. Ward. 'Generic Industry Dynamics', FTC Working Paper No. 248, Federal Trade Commission, Washington D.C. 2002.

(6) López-Casasnovas G. y A. Rico. 'La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?', *Gaceta Sanitaria*, 2003; 17:4:319-26.

La regulación del precio y el comercio paralelo de los medicamentos retrasa la entrada de las innovaciones en el mercado

Danzon PM, Wang YR, Wang L.

The impact of price regulation on the launch delay of new drugs – Evidence from twenty-five major markets in the 1990s. Working Paper 9874. July 2003. National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/papers/w9874>.

Objetivo

Analizar los efectos de la regulación del precio de los medicamentos en los principales mercados sobre el retraso en la introducción de las innovaciones en cada mercado nacional.

Método y datos

Dos bases de datos procedentes de IMS Health que incluyen información correspondiente a 25 mercados farmacéuticos, entre los que se incluye España, sobre la introducción en el mercado de 85 principios entre 1994 y 1999. El número de meses observados para cada principio activo oscila entre 12 y 60. El retraso en la entrada efectiva en un mercado nacional se define como el tiempo transcurrido desde la primera venta en alguno de los 25 mercados hasta la primera venta en este mercado nacional. Análisis descriptivo del tiempo de retraso en la entrada y análisis explicativo del mismo mediante la estimación de un modelo econométrico. Los potenciales determinantes de la ocurrencia y del tiempo de retraso son: el precio de los productos con los que se considera que compite el nuevo principio activo, el volumen esperado de ventas, la experiencia internacional de la empresa (volumen mundial de ventas), el hecho de que se trate de una empresa nacional, el grupo terapéutico, la renta per cápita y una variable indicativa del país.

Resultados

El análisis descriptivo del retraso en la comercialización de los nuevos principios activos pone de relieve que: a) los países que no regulan el precio de entrada en el mercado son aquellos en los que se ha comercializado un mayor número de principios activos, mientras que este número es mucho menor en países como Portugal; b) los países en los que menos nuevos principios activos se han introducido son los que presentan un mayor retraso respecto de la primera comercialización observada en el ámbito internacional: el tiempo medio de retraso oscila entre 4,2 meses para Estados Unidos y 23,5 meses para Japón (15,7 meses en España); y c) el número de nuevos principios activos introducidos está correlacionado positivamente con el precio esperado y el nivel de renta de cada país.

El modelo explicativo de la variabilidad en el retraso en la comercialización de los 85 principios activos en cada país confirma las siguientes hipótesis:

1. Cuanto más bajo es el precio esperado para el nuevo principio activo, mayor es el retraso en su entrada en el mercado.
2. Cuanto mayor es el volumen de ventas esperado (dimensión del mercado nacional), menor es el retraso.
3. Los países de la Unión Europea que son origen de exportaciones paralelas de medicamentos experimentan mayores retrasos.
4. Las empresas más globalizadas sufren menores retrasos en la entrada de sus innovaciones en cada mercado nacional.
5. Las empresas nacionales sufren menores retrasos en la entrada en su mercado nacional.

Conclusiones

Los países con precios esperados más bajos para los nuevos principios activos o con mercados más reducidos presentan un mayor retraso en el acceso a las innovaciones, aún teniendo en cuenta la renta per cápita y otras características del país y de las empresas. En el

caso de la UE, las exportaciones paralelas afectan negativamente el acceso a las innovaciones.

Financiación: AstraZeneca Pharmaceuticals.

Correspondencia: Patricia M. Danzon. danzon@wharton.upenn.edu.

COMENTARIO

El efecto de las innovaciones farmacéuticas sobre el estado de salud y sobre el bienestar social depende, básicamente, de la aportación terapéutica marginal que supone la innovación en comparación con los tratamientos disponibles (eficacia y efectividad relativas) y depende asimismo de la relación entre esta aportación marginal y la variación en el coste del tratamiento que la adopción de la misma supone (relación coste/efectividad). El impacto sobre el bienestar (valor del efecto sobre el estado de salud) del retraso en la entrada en un mercado nacional de una innovación farmacéutica puede ser muy negativo (retraso en la comercialización de una innovación con una elevada aportación marginal y un coste por año de vida ajustado por calidad –AVAC– reducido) o bien incluso positivo (retraso en la comercialización de un nuevo principio activo con escasa o nula aportación y con un elevado coste por AVAC).

Pero lo importante de los resultados del estudio no es el impacto sobre el estado de salud del retraso de las innovaciones (objetivo ajeno al estudio), sino la constatación de importantes variaciones internacionales en el tiempo que tarda en comercializarse un medicamento en un país y el hecho de que este retraso presenta unos patrones comunes, tanto si se trata de una innovación marginal importante como si ésta es insignificante.

Los patrones comunes en el retraso en la comercialización indican que una regulación muy estricta del precio de los nuevos medicamentos, asociada en la UE a ser mercado de origen de exportaciones paralelas, da lugar a un acceso más tardío a las innovaciones. El comercio paralelo puede ocasionar pérdidas de bienestar al país origen del mismo en forma de: a) retraso en la entrada de las innovaciones, b) precios de entrada más elevados y parecidos a los precios internacionales, a pesar de que se trate de países con un nivel de renta inferior, y c) desabastecimientos puntuales de algunos medicamentos. El factor que atenúa el retraso en la entrada de las innovaciones en España es que representa el séptimo mercado mundial. Lo menos favorable de la constatación de este estudio es que, observando los países que sufren mayores retrasos en la entrada de nuevos principios activos, éstos no coinciden precisamente con los que disponen de procedimientos de evaluación más precisos de la eficacia relativa y de la relación coste-efectividad de las innovaciones, sino que se trata más bien de los que tienen procesos de regulación más burocráticos y obsoletos.

Jaume Puig Junoy

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

<http://www.econ.upf.es/~puig>

Cuantificación del exceso de mortalidad atribuible a la deprivación

Benach J, Yasui Y, Borrell C, Pasarín MI, Martínez JM, Daponte A.

The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain. *Preventive Medicine* 2003; 36:300-8.

Objetivo

Investigar el exceso de mortalidad asociada a la deprivación material en las diez principales causas de muerte en España.

Diseño

Estudio ecológico de 2.218 áreas pequeñas en España. **Variables de exposición:** deprivación material resultado de la obtención de dos índices sintéticos a partir de los datos de desempleo, analfabetismo, clase social y hacinamiento. Ambos índices se calcularon mediante análisis multivariante de componentes principales, con los datos censales de 1991. **Variable resultado:** mortalidad específica agregada para el período 1987-1995. **Medida de efecto:** exceso de mortalidad atribuible a la deprivación en las diez principales causas de muerte, estimado en función del género y edad (para la población igual o mayor de 65 años y menor a 65 años). El exceso de mortalidad se calculó utilizando la fracción atribuible poblacional. **Análisis:** Regresión de Poisson en la que las variables de exposición se obtienen a partir de combinaciones de los índi-

ces sintéticos calculados previamente. El riesgo relativo resultante se emplea en el cálculo de la Fracción Atribuible Poblacional.

Resultados

El exceso de mortalidad en las 10 principales causas de muerte, atribuible a deprivación material durante el periodo de estudio fue del 14,4% entre los hombres y del 11% entre las mujeres. El exceso de mortalidad acumulado durante los 9 años de estudio supera la cifra de 220.000 muertes.

Conclusiones

La deprivación material parece manifestarse con tasas de mortalidad diferentes por género y región.

Financiación: Parcialmente FIS 99/1225

Correspondencia: Joan Benach. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Unidad de Investigación en Salud Ocupacional. Universidad Pompeu Fabra. C/ Dr Aiguader 80, 08003 Barcelona España. joan.benach@cexs.upf.es

COMENTARIO

Sugerente artículo que propone despertar la conciencia de los políticos, no sólo los sanitarios, con respecto a la necesidad de ampliar el enfoque de las políticas preventivas hacia estrategias poblacionales (1) relacionadas con el sistema de desarrollo y el entorno en el que se desenvuelven las sociedades, y en concreto España.

El artículo apunta algunas evidencias indirectas de que algo no funciona. Entre ellas, son reveladoras, las diferencias encontradas en las variables de exposición (distintos grados de deprivación material en este artículo) para las diferentes regiones españolas, y para distintas áreas dentro de una misma región. Así, la razón entre la que más y la que menos tasa de desempleo registra es 3,25; para la tasa de analfabetismo alcanza la cifra de 15; el hacinamiento tiene una razón de 6 entre la comunidad que más y la que menos y para la proporción de ciudadanos de clase social baja esta cifra es aproximadamente de 2.

De confirmarse la naturaleza causal de los hallazgos encontrados, políticas orientadas a disminuir la deprivación material podrían evitar el 31% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en varones con menos de 65 años, el 26% de las muertes por cáncer de pulmón en varones mayores de 65, el 21% de las muertes por diabetes en mujeres menores de 65 o el 23% de las muertes por arteriosclerosis en mujeres mayores de 65.

Por otra parte, aunque la evolución media de las causas subyacentes y necesarias (tabaquismo, obesidad, exceso de alcohol) desde el momento en el que se tomaron los datos de exposición del estudio es decreciente (2-3), la hipótesis de trabajo de los

autores se mantiene viva y pendiente de respuesta. ¿Estas disminuciones medias son homogéneas para todas las áreas? ¿Diferentes tasas de exposición producen diferentes tasas de mortalidad específica?

Con las debidas reservas (señaladas por los propios autores) con respecto a los resultados obtenidos (4), este tipo de trabajos suponen un avance en la utilidad del método epidemiológico en la postulación de hipótesis para la toma de decisiones políticas y pone de manifiesto la necesaria ampliación de las políticas sanitarias hacia las políticas de Salud.

Por último, aunque pudiera parecer que la deprivación material actúa como un determinante independiente, dilucidar los complejos lazos entre los factores individuales y de entorno con respecto al riesgo de muerte sigue siendo un reto para investigaciones futuras.

Enrique Bernal Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Center for Evaluative Clinical Sciences. Dartmouth Medical School

(1) Estrategias poblacionales en el sentido propuesto por Rose en su "The Strategie of Preventive Medicine" New York: Oxford University Press, 1992.

(2) En <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm> se ofrecen datos sobre consumo de tabaco y alcohol.

(3) En <http://www.ine.es/censo2001> se aportan datos sobre cifras de analfabetismo y tasa de empleo.

(4) La fracción atribuible poblacional asume la naturaleza causal de la relación por lo que hay que tener alguna cautela en la interpretación de los datos; la naturaleza ecológica de la exposición y el hecho de que exposición y efecto están tomados en la misma ventana temporal serían dos elementos a considerar en este sentido. Fundamentos de Epidemiología. Alhborn A, Norell S. Madrid: Siglo XXI, 1987.

Estimaciones de mejoras en salud regionales a partir de la medicina preventiva

Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A, López AD, Mathers CD, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group

Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* 2003; 362:271-80.

■ Antecedentes

Las estimaciones de la carga de una enfermedad debidas a múltiples factores de riesgo pueden mostrar el potencial resultado positivo de medidas combinadas de medicina preventiva. Pero se han llevado a cabo muy pocas investigaciones en el estudio de este aspecto, ninguna a escala global. El propósito del trabajo sería estimar los potenciales beneficios sanitarios de la eliminación de la mayoría de los principales factores de riesgo.

■ Métodos

Se establece la carga de la enfermedad atribuible a los efectos de los 20 factores de riesgo más importantes que se han seleccionado de antemano en 14 subregiones en el mundo. Se estima la fracción de población atribuible, definida como la reducción proporcional de enfermedad o muerte que se produciría si se redujese la exposición al factor de riesgo a un nivel alternativo, con datos de factor de riesgo de prevalencia y de exposición. Para cada patología se estima la fracción atribuible de población, para múltiples factores de riesgo, para edad y sexo, desde la contribución directa de factores de riesgo individuales. Para obtener los riesgos directos, se revisan publicaciones y se reanalizan cohortes de datos para contabilizar que parte del riesgo está afectada por otros factores de riesgo.

■ Resultados

En términos generales, se estima que el 47% de las muertes prematuras y el 39% de las enfermedades en el 2000 son el resultado de los efectos conjuntos de los factores de riesgo considerados. Estos factores causan un tanto por ciento muy importante de las enfermedades, incluyendo diarrea (92-94%), infecciones respiratorias (55-62%), cáncer de pulmón (72%), EPOC (60%), isquemia cardiaca (60%) y trombosis cerebral (70-76%). Eliminando estos factores de riesgo se incrementaría la esperanza de vida global en 9.3 años (17%) que variaría desde los 4.4 años (6%) en los países desarrollados del Pacífico oeste hasta los 16.1 años (43%) en partes del África Sur-Sahariana.

■ Discusión

La erradicación de los factores de riesgo sanitario más importantes no incrementaría únicamente la esperanza de vida en cualquier región, sino que de igual forma reduciría la diferencia existente entre las distintas regiones. Las expectativas para la prevención de enfermedades y la mejora sanitaria de intervenir en los principales factores de riesgo conocidos sería sustancial.

COMENTARIO

Los factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos,...) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. A pesar de la constancia que se tiene de este hecho, el número de investigaciones que ha profundizado en el potencial resultado de ejecutar medidas combinadas de medicina preventiva ha sido muy escaso, sobre todo si nos referimos a estudios supranacionales. En este aspecto, el trabajo dirigido por Majid Ezzati supone una investigación interesante con unos resultados a tener en cuenta a la hora de desarrollar medidas de políticas sanitarias que se preocupen de la medicina preventiva con independencia del grado de desarrollo del país.

En el trabajo considera la existencia de múltiples factores de riesgo a la hora de generar la mayoría de patologías, pudiendo ser unos factores generadores de otros, siendo interesante estudiar cómo se usan revisiones de datos de los principales factores de riesgo para examinar el efecto total de esos riesgos en la esperanza de vida y ver la variación de dichos factores en diferentes regiones geográficas y cómo repercuten en la esperanza de vida local, en este sentido, este trabajo hace una contribución al debate sobre los límites de la esperanza de vida.

En el artículo se profundiza en la estimación de la carga de una enfermedad atribuible a un factor de riesgo en la correlación entre los factores de riesgo y en los efectos intermedios de dichos factores, estableciendo la contribución de cada uno de

dichos factores a la carga global de enfermedades, y la contribución individual y conjunta de dichos factores a las diez patologías principales y al total de enfermedades en el mundo, lo que muestra que estos riesgos contribuyen de forma considerable a la pérdida de calidad de vida en las diferentes regiones del mundo. A la vista de los resultados que se muestran, no cabe la menor duda que instaurar políticas de medicina preventiva con independencia de la región o grado de desarrollo del país incrementaría la esperanza de vida global. Si las medidas de medicina preventiva fuesen en el ámbito general, este aumento global podría estar cercano a los diez años, la mejora sería incluso beneficiosa en las regiones más desarrolladas.

A pesar de los resultados que se muestran, debemos considerar que una parte considerable de las enfermedades no se pueden explicar por factores de riesgo, lo que implica que las políticas sanitarias deben buscar, junto con las medidas de medicina preventiva, otras medidas encaminadas a identificar y facilitar aquellos tratamientos que permitan una mejor asignación de recursos. Identificar y prevenir factores de riesgo es un importante hito a la hora de corregir desigualdades sanitarias, muchas de las cuales están relacionadas con diferencias socio-culturales y regionales. Efectos similares tendría el acceso a tratamientos más efectivos. Finalmente, una buena política sanitaria debería tener ambos factores en cuenta.

Enrique Antón
Juan del Llano
Fundación Gaspar Casal

La salud de las inmigrantes como indicador de equidad en salud

Robertson E, Iglesias E, Johansson SE, Sudquist J.

Migration status and limiting long-standing illness. *European Journal of Public Health* 2003; 13:99-104.

Objetivos

1) Determinar si las mujeres inmigrantes de primera y segunda generación tienen un mayor riesgo de enfermedad discapacitante de larga duración respecto a las nacidas en Suecia. 2) Establecer si dicho riesgo permanece tras ajustar por factores sociodemográficos (nivel socioeconómico, estado civil) y psicosociales (sentimientos de inseguridad). 3) Observar si a lo largo de ocho años la salud de las mujeres inmigrantes se deteriora más que la de las mujeres nacidas en Suecia.

Métodos

Estudio longitudinal realizado con datos secundarios obtenidos a partir de una encuesta nacional anual sobre nivel de vida. La población de estudio fueron las mujeres de 20 a 49 años y, secundariamente, las de 16 a 19 años. Se incluyeron 5.666 encuestas realizadas durante el periodo 1983-1990 y 5.607 realizadas en 1991-1998. La enfermedad discapacitante de larga duración o "limiting long-standing illness" (LLSI) fue definida como la respuesta positiva a las preguntas: *¿Sufres de alguna enfermedad de larga duración (> 3 meses) o de las secuelas de un accidente o incapacidad? ¿Se ha reducido tu capacidad de trabajar como consecuencia de dicha enfermedad?* Las inmigrantes de primera generación se subdividieron en: inmigrantes laborales y refugiadas.

Resultados

Las inmigrantes de primera generación tenían más riesgo de tener una LLSI que las nacidas en Suecia. El riesgo fue discretamente mayor para las inmigrantes laborales (OR = 1,86) respecto a las refugiadas (OR = 1,75), y disminuyó sólo de manera marginal cuando se ajustó por estado civil, nivel socioeconómico, sentimientos de inseguridad y por el efecto longitudinal de la edad. En las mujeres de segunda generación, las diferencias de LLSI entre inmigrantes y autóctonas no fueron significativas. En el periodo estudiado, las diferencias observadas entre las mujeres inmigrantes y las nacidas en Suecia no se incrementaron. Por otra parte, las mujeres desempleadas tenían un riesgo tres veces superior de presentar LLSI respecto a las que tenían trabajo (OR = 3,32) y que las mujeres con bajo nivel educativo tenían un riesgo dos veces superior respecto a las que tenían un nivel educativo alto (OR = 2,38).

Conclusiones

Este estudio pone de manifiesto el efecto independiente sobre la salud de la inmigración.

Financiación: Swedish Medical Research Council y Axel and Margaret Johnson's Foundation. Dirección para correspondencia: Eva Robertson, e-mail: eva.robertson@klinvet.ki.se.

COMENTARIO

La idea de que los inmigrantes emigran porque están sanos, pero su salud se deteriora debido a las condiciones socioeconómicas bajo las que tienen que vivir en los países de acogida (1), ha sido ampliamente difundida y aceptada. Este estudio sugiere que, además del nivel socioeconómico, hay otros factores que influyen en la salud de los inmigrantes lo que a su vez corrobora la complejidad del fenómeno de la inmigración.

Se ha postulado que las variables utilizadas habitualmente para medir el nivel socioeconómico en los países occidentales (nivel educativo, ocupación, situación laboral y nivel de renta) no son suficientes para la inmigración, por lo que se ha propuesto un marco conceptual diferente para medir las condiciones de vida de los inmigrantes, basado en los "derechos" que poseen respecto a la población autóctona (2). Se considera que el determinante principal de la salud de los inmigrantes es su nivel de integración en la sociedad receptora, medido a partir de los derechos que ésta les concede: acceso a los servicios sanitarios, superación de barreras lingüísticas y culturales; condiciones y derechos laborales; derecho de asociación y de voto, entre otros.

Hay evidencia de que en aquellos países –Canadá, por ejemplo– donde se han desarrollado políticas activas dirigidas a la integración de los inmigrantes, no existen diferencias de salud ni de utilización de servicios sanitarios entre los inmigrantes y la

población autóctona (3). Suecia también se encuentra en este grupo de países, lo que puede explicar que las diferencias de salud halladas sean pequeñas, menores de las observadas respecto a otras variables como el desempleo o el nivel educativo. En nuestro país, donde los esfuerzos para integrar a los inmigrantes se reducen a las iniciativas personales y de las organizaciones no gubernamentales, donde los sucesivos cambios legislativos se concentran en la restricción de la entrada de inmigrantes en vez de favorecer su integración, donde las opciones laborales para las mujeres inmigrantes se limitan al servicio doméstico y a la prostitución... los inmigrantes constituyen una población extremadamente vulnerable. Es probable que en nuestro medio las diferencias de salud entre la población inmigrante y la autóctona sean mayores de las observadas en este estudio. Sería interesante conocerlo y paliarlo, ya que la equidad en salud es un compromiso ineludible.

María Ramos Montserrat
Gabinete Técnico
Gerencia Atención Primaria. Mallorca

(1) Jansà JM. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 165-8.

(2) Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995; 41: 819-28.

(3) Blais R, Maiga A. Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1237-45.

Tres conclusiones sobre las conclusiones

Manuel Arranz

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

Las conclusiones deben dejarse para el final. Pero ni siquiera esta norma, tan elemental y juiciosa, vamos a respetar en esta serie. No por capricho, naturalmente, ni afán de originalidad, sino por todo lo contrario, por un prurito de coherencia y congruencia con los objetivos que nos planteamos en la introducción de la serie. Las conclusiones, no siempre es el caso evidentemente, pero cualquier investigador honesto no tendrá inconveniente en reconocerlo, muchas veces se conocen de antemano. Es más, suele ser lo que anima a iniciar la investigación. Lo cual no es en absoluto reprochable. Si sabemos lo que estamos buscando estaremos más cerca de encontrarlo que si no lo sabemos. Y si además sabemos dónde se encuentra lo que buscamos, tendremos el éxito casi garantizado. A pesar de todo, y como todo el mundo sabe, hay quien no lo encuentra. Por lo demás tampoco somos tan originales, pues no hay nada más frecuente en la literatura que encontrarse con las conclusiones ya desde la introducción; como también es frecuente confundir las conclusiones con los resultados (nosotros en cambio sólo las confundimos con la discusión). Y sin embargo, como todas las cosas que están relacionadas, nada debiera de ser más fácil de distinguir. Digamos que los resultados sólo tienen que ver con nuestro trabajo, son los resultados de nuestra investigación, los hechos por decirlo de algún modo. En cambio en las conclusiones interpretamos el significado de esos resultados, de esos hechos, en una palabra: qué significado tienen, o si prefieren un término más metodológico: qué implicaciones tienen. Son las conclusiones por tanto, y no los resultados, las que dan la medida del valor de nuestro trabajo (valor clínico, social, económico, etc.). Por esta razón, comparar nuestro estudio con estudios anteriores y decir lo que aporta, es siempre una buena manera de iniciar las conclusiones. Primera conclusión por tanto de las conclusiones: *Resaltar lo que aporta*

ta nuestro estudio a estudios similares sobre el tema. Pongamos un ejemplo: Sobre la redacción científica existe en la actualidad abundante literatura crítica. La mayoría de los autores que han tratado sobre el tema lo han hecho con mayor rigor y claridad expositiva que nosotros (1), incluso algunos con más humor (2), lo que podría llevarnos a la conclusión de que este estudio no aporta absolutamente nada al tema en cuestión. Y así es en efecto. Este tipo de conclusión, por honesta y sincera que sea, no es muy recomendable, pues podría inducir a algún editor puntilloso a no publicar el artículo. Y sin embargo habría que publicarlo precisamente por eso, por la originalidad de las conclusiones.

Una excesiva normalización tiene la ventaja indudable de simplificar las cosas, pero también y en lógica correspondencia, de hacerlas más simples. Dicho de otro modo, la normalización nos ayuda a hacer las cosas bien, pero casi siempre es una traba insuperable para lo excelente, para el desarrollo de la imaginación. No estamos proponiendo naturalmente ser imaginativos en las referencias bibliográficas como algunos autores se empeñan con denuedo, ni en la presentación de las tablas, ni en ninguno de los aspectos formales y protocolizados de la investigación científica, pero la investigación no está limitada a seguir un protocolo, que por lo demás hoy prevé hasta la elección del tema a investigar. Cuando hablamos de imaginación queremos decir naturalmente originalidad, a fin de cuentas los trabajos de investigación se siguen llamando, en contra de toda evidencia, originales. ¿Podría ser esta una conclusión de esta serie? Me gustaría que así fuera. Segunda conclusión por tanto de las conclusiones: *Exponer las limitaciones del estudio.* Si en las conclusiones de toda investigación hay que declarar las limitaciones del estudio, en las conclusiones de un estudio sobre la redacción científica habrá que estudiar esas limitaciones, cosa

que ha sido uno de los objetivos de esta serie. Si no se ha conseguido el objetivo, entonces habrá que considerarlo no ya un estudio de las limitaciones, sino una limitación del estudio.

Y terminemos con una obviedad, que es casi siempre la mejor forma de terminar. Una cosa es la investigación científica y otra muy distinta la escritura de artículos científicos. No es que la investigación científica se confunda hoy con la escritura de artículos científicos, es que en la mayoría de las ocasiones es la misma cosa y el juicio que recae sobre la una es el mismo que recae sobre la otra. A pesar de todo tenemos algunos ejemplos de magníficas investigaciones pésimamente redactadas (caso cada vez más raro hay que reconocerlo), y muchísimos ejemplos de magníficos artículos basados en anecdóticas investigaciones (caso cada vez más frecuente, reconozcámoslo también). No hay un vínculo tan estrecho como se pretende entre la excelencia de la redacción y la excelencia de la investigación. Lo mínimo que se les exige a los malos autores es que al menos escriban bien. Los buenos en cambio pueden permitirse escribir mal. Pues la excelencia de una obra reside fundamentalmente en lo que se dice, no en cómo se dice. Y esta sería la tercera y última conclusión de las conclusiones, que podríamos formular así: *si puede sacarse hoy una conclusión universal de la investigación científica es que las conclusiones nunca deberían ser concluyentes.*

Continuará.

(1) Hall GM. How to write a paper. 2ª ed. London: BMJ, 2000.

(2) Home PD. Técnicas para asegurarse de que su próximo trabajo nunca se llegue a publicar. En: Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. Aspectos metodológicos, éticos y prácticos en ciencias de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. pp. 105-9.

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
 Manuel Ridao
 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.

Criterios de selección

Todos los originales y revisiones publicados en revistas científicas son susceptibles de selección, siempre que se refieran a un tema de utilidad para la gestión clínica, de centros sanitarios o las políticas sanitarias.

En términos generales, se consideran criterios de calidad metodológica y, por tanto, de selección: los trabajos con asignación aleatoria de los participantes o de los grupos de comparación; con seguimiento superior al 80% de los participantes; que utilizan medidas de resultado de reconocida importancia; y cuyo análisis es consistente con el diseño del estudio. Los resúmenes en GCS deberían seguir –cuando sea posible– los estándares publicados sobre resúmenes estructurados, aunque pueden alcanzar hasta 450

palabras. El conjunto de resumen y comentario no debe superar las 750 palabras. El comentario debería señalar lo que aporta el trabajo seleccionado respecto al conocimiento previo, qué aspectos limitan su generalización y qué utilidad puede tener en el contexto español. Los envíos deberían hacerse vía email o mediante disquete, evitando dar excesivo formato al texto y en los procesadores de texto usuales.

Publicidad

Los editores aceptan publicidad bajo la condición expresada por el anunciante de no contravenir la normativa legal ni los requerimientos legales sobre marcas registradas. Toda la publicidad está sujeta a su aprobación por los editores que evitarán especialmente la que consideren no compatible con los objetivos de GCS o sugiera discriminación por raza, sexo, religión, edad u otros motivos.

Conflicto de interés

GCS es una publicación independiente. Su convenio con la Fundación Salud Innovación y Sociedad garantiza que ésta no interviene en ninguna de las fases del proceso de selección o tratamiento de los contenidos, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a los editores. De otro lado, los editores, las instituciones que dan soporte a GCS o el patrocinador no necesariamente comparten las opiniones expresadas en los textos de GCS.

Copyright

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA-GCS es una marca registrada de la Fundación IISS. La reproducción de los contenidos de GCS no está permitida. No obstante, GCS cederá gratuitamente tales derechos para finalidades científicas y docentes.