

Número coordinado por Anna García Altés y Salvador Peiró

Editorial	
Políticas de salud basadas en la evidencia	111
El defensor del lector	
GCS cumple 10 números y cambia de formato	114
¿Preguntar es ofender? El médico de Canencia de la Sierra y el MSC	114
Aguas turbulentas en el tranquilo mundo de las revistas médicas	115
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Tiempo de respuesta de las ambulancias en la parada cardiaca: menos minutos, más vidas	116
Trayectorias clínicas en la neumonía adquirida en la comunidad: iguales resultados clínicos con menor consumo de recursos	117
Las unidades lideradas por enfermería son una alternativa efectiva en los cuidados subagudos	118
Influencia de la publicación de ensayos clínicos en la prescripción de estatinas	119
Efectividad: Tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Terapia electroconvulsiva: una estrategia terapéutica de segunda línea para la esquizofrenia	120
La restricción de sal en los ancianos hipertensos no parece reducir la morbilidad y mortalidad derivada de la hipertensión	121
Las mujeres ancianas se benefician adicionalmente de las estatinas por la prevención de las trombosis venosas profundas	122
Cirugía para la epilepsia del lóbulo temporal: resultados de un ensayo clínico aleatorizado	123
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Identificación de sucesos adversos mediante la revisión de historias clínicas	124
Uso inadecuado de la hospitalización: el AEP es el instrumento más estudiado y utilizado	125
El uso de <i>benchmarks</i> alcanzables en la práctica clínica mejora la calidad asistencial	126
La atención prehospitalaria en el síndrome coronario agudo en España debe mejorar de forma importante	127
Evaluación económica, eficiencia, costes	
La realización de test de <i>H. pylori</i> y endoscopia no es coste-efectiva frente a la administración de fármacos antiácidos en el manejo de la dispepsia	128
Cuidar a los cuidadores. Un aspecto que no debe descuidarse	129
La aplicación práctica de la "Disponibilidad A Pagar"	130
Utilización de servicios sanitarios	
Un tercio de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios son inadecuadas	131
Gestión: Instrumentos y métodos	
Sistemas de priorización de listas de espera de cataratas: una experiencia en marcha	133
La calidad de la información sobre salud disponible en internet es aceptable pero necesita un nivel cultural elevado para su comprensión	134
Política sanitaria	
¿Quién y cómo debe decidir si un sistema de salud es bueno o mejor que otro?	135
La tasa de cesáreas es vulnerable a una buena gestión	136
Financiación de las urgencias: la accesibilidad es la función más importante	137
Las tarifas pagadas a los obstetras pueden afectar la calidad de los resultados de la atención prenatal	138
Políticas de salud y salud pública	
No existe evidencia de que la autoexploración mamaria mejore los resultados de mortalidad por cáncer de mama	139
Investigaciones que hicieron historia	
La introducción de los QALYs y del discurso de coste-efectividad	140
La ciencia sobre el papel	
El paradigma del artículo original	141
Redada: Recursos sanitarios en www	
www.freemedicaljournals.com: revistasmédicasgratis	142
Índices 2001	143
Gestión Clínica y Sanitaria. Información para los lectores	148

Editor

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

Editores asociados

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

Juan del Llano Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, 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)
 Ildelfonso 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 (Madrid)
 María José Rabanaque (Zaragoza)
 José Ramón Repullo (Madrid)
 Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)

Consejo editorial

Ricard Abizanda (Castellón)
 Javier Aguiló (Valencia)
 Jordi Alonso (Barcelona)
 Paloma Alonso (Madrid)
 Alejandro Arana (Barcelona)
 Andoni Arcelay (Vitoria)
 Manuel Arranz (Valencia)
 Pilar Astier Peña (Pamplona)
 José Asúa (Vitoria)
 Adolfo Benages (Valencia)
 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 (Valencia)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castells (Barcelona)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 José Conde Olasagasti (Madrid)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Anna García Altés (Boston, EE.UU.)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gervas (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Mariano Guerrero (Murcia)

Álvaro Hidalgo (Madrid)
 Pere Ibern Regàs (Barcelona)
 Jokín de Irala Estévez (Pamplona)
 Puerto López del Amo (Granada)
 Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
 Susana Lorenzo (Madrid)
 Manuel Marín Gómez (Valencia)
 Javier Marión (Zaragoza)
 Juan Antonio Marqués (Toledo)
 José Joaquín Mira (Alacant)
 Pere Monràs (Barcelona)
 Jaume Monteis (Barcelona)
 Carles Murillo (Barcelona)
 Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
 David Oterin (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 (Barcelona)
 Ramón Sabés Figuera (Barcelona)
 Ana Sainz (Madrid)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Serapio Severiano (Madrid)
 Ramón Sopena (Valencia)
 Bernardo Valdivieso (Valencia)
 Juan Ventura (Asturias)
 Albert Verdagué Munujos (Barcelona)

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
 Annals of Internal Medicine
 Atención Primaria
 Australian Medical Journal
 British Medical Journal (BMJ)
 Canadian Medical Association Journal
 Circulation
 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 Health Economics
 Journal of Public Health Medicine
 Lancet
 Medical Care
 Medical Care Research and Review

Medical Decision Making
 Medicina Clínica (Barcelona)
 New England Journal of Medicine
 Pediatrics
 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.

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

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.

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

Políticas de salud basadas en la evidencia

Fernando Rodríguez Artalejo

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

■ El ámbito de las políticas de salud pública

Una política de salud es la formulación de unos objetivos de salud y de los medios necesarios para alcanzarlos (1). En el ámbito de la salud pública se ha dedicado mucho esfuerzo a elaborar el concepto de salud y, sin embargo, se ha dedicado relativamente menos tiempo al concepto de "lo público". Por ello, dedicaremos algunas líneas a ello.

Hay al menos dos acepciones del término público que son de gran relevancia para los profesionales sanitarios. La primera alude a las entidades o poderes públicos (2). Una entidad pública es la que actúa en nombre de la gente y se legitima mediante un proceso político, que en democracia es un proceso electoral. Este proceso da lugar a unos poderes que tienen simultáneamente la autoridad (se supone que también los medios) y la responsabilidad de promover y proteger la salud de la gente. Es frecuente escuchar de altos cargos de la administración frases como la siguiente: es un problema grave que no podemos resolver solos, y en el que se necesita la participación de la "iniciativa privada". Piénsese, por ejemplo, en la necesidad de incineradoras para quemar las partes del ganado vacuno que representan mayor riesgo de transmisión de la enfermedad de Creutzfeld-Jacob, o de la investigación en ciertos campos, como el diagnóstico, tratamiento o prevención del SIDA. Es razonable que los poderes públicos trabajen con socios (e.g., empresas privadas, organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, fundaciones, etc.). Sin embargo, la responsabilidad del gobierno de proteger y promover la salud de los ciudadanos (por ejemplo, garantizando que al final los materiales de riesgo son incinerados, o que las personas con SIDA reciben los tratamientos existentes, y que la investigación en dicho campo progresa a buen ritmo) no es delegable ni compartible, porque el gobierno actúa en nombre de la

gente y ha recibido dicho "encargo" en el proceso electoral.

La segunda acepción del término público alude a lo colectivo, por oposición a lo individual (2). Históricamente los individuos se agruparon en comunidades para solucionar problemas que no podían ser manejados por los individuos trabajando solos. En la actualidad, los individuos actuando solos, o mediante grupos muy pequeños como la familia, no pueden asegurarse ni siquiera niveles ínfimos de salud. Es necesario el trabajo organizado y compartido por la comunidad para lograr que el aire y las aguas de superficie estén limpios, para evitar el consumo de tabaco, para conseguir que las carreteras resulten seguras, para que los que no tienen medios económicos accedan a una asistencia sanitaria de calidad, etc. De todos estos temas, entre otros muchos, debe ocuparse una política de salud pública, y el papel de los salubristas debe ser liderar (luego hablaremos de ello) el trabajo de la comunidad. Allí donde no alcanzan los individuos, o les resulta especialmente difícil o gravoso, empieza el trabajo de la salud pública.

■ ¿En qué consiste una PSBE?

Una PSBE es una política cuyos objetivos y medios están respaldados por las mejores evidencias científicas disponibles (3). Gostin recientemente enumeró un conjunto de evidencias que deberían sustentar una política de salud (4). En primer lugar, información sobre el riesgo de desarrollar el problema de salud. A continuación, evidencia de la efectividad de las medidas para su control. Luego, valoración de los costes de dichas medidas y, por último, información sobre la distribución social de dichos riesgos, beneficios y costes (para buscar su equidad).

Sin embargo, una política de salud no depende sólo de las evidencias científicas. Intervienen al menos otros dos factores (1, 5). Los recursos económicos disponibles, y los valores o preferencias que los decisores políticos entienden que son com-

partidos por la mayoría de la población a la que representan, son otros determinantes de una PSBE que interaccionan con las evidencias sin reglas fijas. El papel de los recursos económicos es obvio, pero el de los valores es también crucial. Aunque la gente no siempre es "sabia" o tiene toda la información relevante sobre un tema, frecuentemente "lo mejor es lo que uno quiere". Piénsese en el papel que los valores (el deseo y la importancia que la población atribuye a disponer de alimentos seguros) han tenido en la reciente decisión del Ministerio de Sanidad de retirar de forma urgente del mercado el aceite de orujo de oliva. Por otro lado, estos mismos valores influyen en la lectura crítica y valoración de las evidencias disponibles. Así, valores diferentes facilitan una interpretación diferente de un mismo hecho, o nos hacen creer ante unos mismos datos que la evidencia es suficiente, o no, para actuar. Por último, los valores influyen en la percepción que tenemos sobre los recursos disponibles o necesarios para una inversión. De aquí, el dicho de que "siempre hay dinero para lo que se quiere".

En la toma de decisiones en salud pública suele haber limitaciones importantes en la evidencia científica disponible. Además, el papel de los valores y los recursos disponibles es, a menudo y de forma incluso razonable, mayor que el de las evidencias porque éstas son escasas y los problemas requieren soluciones urgentes a coste razonable y aceptables para la gente. Por ello, quizás sea más apropiado pensar en términos de políticas de salud orientadas, más que basadas, en la evidencia.

Finalmente, la factibilidad de una PSBE será mayor si además tiene buen "encaje" dentro de otras políticas del gobierno. En particular, si tiene beneficios más allá de los estrictamente sanitarios (el saneamiento de nuestras playas es beneficioso para la salud, y además puede favorecer el turismo y aumentar los ingresos económicos). También si no perjudica seriamente a ningún sector social (los favorecidos por

una política de salud no suelen defenderla tan activamente como luchan contra ella (los posiblemente perjudicados), en especial si el sector está concentrado geográficamente o empresarialmente.

■ ¿Por qué es mejor una PSBE que una política basada estrictamente en opiniones o preferencias?

Hay varias razones. Primero, porque las evidencias no excluyen a las preferencias. Segundo, porque hay bastantes ejemplos de políticas no basadas en evidencias que resultaron erróneas, a pesar de ser bien intencionadas y aparentemente lógicas (6). Tercero, porque aunque no es fácil demostrar que las PSBE funcionan mejor que las que no lo están, ya que ello requeriría demostrarlo en muchos casos concretos (7), parece posible extrapolar programas o políticas exitosos de unos entornos organizativos o países a otros (8). Cuarto, porque en el ejercicio de la PSBE, los determinantes de la decisión son más fáciles de explicar, y por ello se pueden compartir mejor con los afectados y es más fácil establecer alianzas para su ejecución. Los decisores que actúan de forma racional (que tienen en cuenta evidencias, recursos y preferencias de la gente), suelen ser más "razonables" en opinión de la gente, y probablemente consiguen más apoyos en la sociedad.

■ Barreras a la implantación de PSBE

Son principalmente de dos tipos: limitaciones en la información, y perjuicios o daños para algunos sectores sociales.

¿Cuál es el riesgo (con cierta precisión) de que una persona desarrolle la enfermedad de Creutzfeld-Jacob a lo largo de 15 años en España, o el número de reses que hay que sacrificar para evitar un caso de esta enfermedad en nuestro medio? ¿Cuántos triángulos rojos han de comprarse por los españoles para evitar una muerte en accidente de tráfico, o cuánta accidentalidad de tráfico se ha evitado, si alguna, por los exámenes médicos necesarios para obtener o renovar el permiso de conducir?

Dudo de que alguien lo sepa y, sin embargo, se han adoptado medidas al respecto.

Ello se debe probablemente a la gran magnitud, potencial o real, de los problemas de salud a evitar, la necesidad de controlarlos cuanto antes, y la influencia de los valores y preferencias de la sociedad o, al menos y con bastante probabilidad, de algunos sectores importantes de la misma. Sin embargo, es más relevante aún el por qué no se implantan de forma decidida algunas políticas para las que hay evidencias suficientes sobre su eficacia. Es el caso de la limitación de la emisión de algunos contaminantes atmosféricos (piénsese en la ratificación de los acuerdos de la cumbre de Kioto), la prohibición de toda publicidad del tabaco, o de la venta de bebidas alcohólicas en establecimientos de carretera o fuera de ciertos límites horarios, etc. Principalmente porque estas medidas coartan derechos e intereses individuales o corporativos, y generan costes económicos.

Muchas de las intervenciones de salud pública, a las que estamos acostumbrados, tienen también esas consecuencias nocivas para todos o algunos grupos sociales. Casi nos parece "normal" que el médico comunique al otro miembro de la pareja la existencia de una enfermedad de transmisión sexual del otro miembro, probablemente adquirida en una relación con otra persona; que los fumadores deban abstenerse de fumar en presencia de los no fumadores si éstos lo solicitan; que para llevar a nuestros hijos en un coche se nos obligue a atarlos a una silla especial; que se nos obligue a soportar el coste de comprar un vehículo que incorpora cinturones de seguridad y además se nos imponga llevarlos puestos al circular; o que se fuerce a los fabricantes de un producto legal como el tabaco a escribir sobre la cajetilla una leyenda escalofriante sobre los perjuicios de fumar. Estas medidas son el fruto de batallas que ha ganado la salud pública. Las ha ganado, entre otras, por dos razones. Primero, porque ha sabido justificar la necesidad o interés de dichas medidas, mostrando que sus perjuicios se compensan o explican por la protección de un bien superior. Entre las justificaciones utilizadas hay fundamentalmente tres (4). Prime-

ro, evitar el riesgo para terceros (el caso de la información al otro componente de la pareja o el control social del fumador para evitar el tabaquismo pasivo). Segundo, la protección de las personas incompetentes (las sillas de los bebés en los coches). Tercero, la protección frente a nuestras propias conductas (cinturón de seguridad, o leyendas en cajetillas de tabaco).

Esta tercera justificación resulta algo paternalista, y se apoya en argumentos como la limitada información o capacidad de comprensión de información compleja por los individuos; que su comportamiento obedece en parte a factores sociales y ambientales fuera de su control; y que los problemas de salud de los individuos tienen también consecuencias en grupos sociales más amplios, ya sea para la salud (exposición ambiental al humo del tabaco o conducir bajo los efectos del alcohol) o la economía (costes de la asistencia sanitaria, pensiones para los enfermos o lesionados que no pueden trabajar, etc.). Este tipo de justificación suele ser motivo de controversia, y para que prospere es especialmente importante contar con alianzas o apoyos de amplios sectores de la población. La construcción de alianzas es una de las tareas más importantes de la salud pública.

■ Algunas ideas para avanzar en la implantación de PSBE

La investigación específica de salud pública, la financiación adecuada y creciente de los programas de salud pública, y el desarrollo de liderazgos profesionales creo que pueden contribuir a una mayor implantación de PSBE.

La investigación debe reducir progresivamente las limitaciones de información antes aludidas. La promoción de la investigación de salud pública es una responsabilidad irrenunciable de los poderes públicos, que además no siempre resulta atractiva para las empresas privadas. Es necesario, además, revisar de forma sistemática la información disponible, mantener dichas revisiones actualizadas y difundirlas a los decisores públicos. Con este fin ha surgido recientemente la Colaboración

Campbell (<http://campbell.gse.upenn.edu>) (9), movimiento "hermano" de la Colaboración Cochrane en el campo de las políticas públicas, en particular las sociales y educativas. Por último, puede resultar útil la creación de algún centro en la administración o su entorno dedicado a evaluar y asesorar sobre políticas públicas en el sector salud, de forma similar a los que existen para los medicamentos o las tecnologías sanitarias.

Por otro lado, sin programas fuertes de salud pública, que cuenten con la financiación adecuada para alcanzar sus objetivos, los Departamentos de Salud Pública corren el riesgo de resultar progresivamente irrelevantes para solucionar los problemas de salud más importantes de nuestro tiempo (10). Basta con ver los presupuestos de muchas direcciones generales de salud pública de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad, para darse cuenta de que con esos medios es difícil hacer un gran impacto sobre los problemas de salud de la gente. No es suficiente con mejorar el sistema de información sanitaria, regular una actividad, o buscar la acción intersectorial financiada con fondos ajenos. El control de muchos pro-

blemas de salud requiere programas específicos de salud pública, financiados por presupuestos propios y adecuados.

Por último, un líder de salud pública es el profesional que va por delante de los problemas de salud y de otros profesionales organizando el esfuerzo de todos en la solución de dichos problemas. Un líder requiere competencia profesional, que debe incluir habilidades de comunicación y trabajo en equipo, y ciertos rasgos personales. Entre ellos el más importante es la voluntad de ser líder, lo que se plasma en voluntad de servicio y compromiso con la organización en la que trabaja y la comunidad a la que sirve. Por último, y es probablemente la idea más importante, los líderes se pueden "fabricar" mediante la formación adecuada, orientada al desarrollo tanto de competencias como de actitudes. Las universidades y las escuelas de salud pública son, por tanto, un instrumento fundamental para el desarrollo del liderazgo. Además, los líderes se pueden reforzar día a día, con sistemas de promoción y recompensa del desempeño profesional que valoren especialmente la consecución de objetivos, no sólo de actividad sino también, y en particular, de salud.

(1) Rodríguez Artalejo F, Ortún Rubio V, Banegas Banegas JR, Martín Moreno JM. La epidemiología como instrumento para una política de salud racional. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 663-6.

(2) Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: Law as a tool to advance the community's health. *JAMA* 2000; 283: 2837-41.

(3) Cid Ruzafa J, Martín Moreno JM, Rodríguez Artalejo F. ¿Hacia una salud pública basada en la evidencia? *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 106-10.

(4) Gostin LO. Public health law in a new century. Part III: Public health regulation: a systematic evaluation. *JAMA* 2000; 283: 3118-22.

(5) Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.

(6) Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy: a case study. *BMJ* 2001; 322: 222-5.

(7) Sakett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 2ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

(8) Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen A. The North Karelia project. 20 year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute, 1995.

(9) Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration. *BMJ* 2001; 323: 294-5.

(10) Breslow L, Koplan JP. Foreword. En: Brwonson RC, Remington PL, Davis JR, eds. *Chronic disease epidemiology and control*, 2ª ed. Washington DC.: American Public Health Association, 1998: XV-XVI.

EL DEFENSOR DEL LECTOR

■ GCS cumple 10 números y cambia de formato

Hace tres años dos fundaciones sin ánimo de lucro y un centro de investigación universitario –desde Barcelona, Madrid y Valencia, pero con colaboradores en todas las Comunidades Autónomas– decidieron impulsar **GCS**. La idea era realizar una revista en español de publicaciones secundarias centrada en artículos de interés para la gestión clínica y sanitaria, con el objetivo de contribuir a la difusión de estos trabajos y al desarrollo de prácticas clí-

cas y de gestión más informadas. La motivación era obvia: porque *debía* hacerse. El esquema organizativo muy sencillo: mucho esfuerzo personal, pocos gastos. La confianza en el futuro de un proyecto basado en el voluntarismo: escasa. Seguramente nada reflejaba mejor este contexto que la propia portada de **GCS**: diseño de aficionados, tres colores... y sin espacio para los números de dos dígitos. Alcanzar el número 10 ha obligado a **GCS** a cambiar su portada y de paso buena parte del diseño de la revista. **GCS** tiene ahora un "toque

muy profesional", esperamos, más atractivo y fácil de leer.

¿Qué otras cosas han cambiado en **GCS**? Algunas. Los acuerdos con la **Fundación Salud Innovación y Sociedad** –que más allá de contribuir a la financiación de **GCS**, se ha convertido en una activa impulsora del proyecto– han permitido importantes mejoras en su distribución. Desde los 6.000 ejemplares iniciales a la tirada actual se ha producido además un cambio cualitativo. **GCS** tiene ahora una amplia distribución que llega a clínicos, gestores y polí-

ticos de todo el Estado y de muchos lugares de Sudamérica. La incorporación de **GCS** a la **Cochrane Plus** (en español) y la próxima disponibilidad de sus textos en la Red contribuirán a afianzar estas mejoras de difusión.

¿Qué no ha cambiado en **GCS**? Casi todo. **GCS** mantiene su independencia de la política, de la industria, de las corporaciones profesionales y de cualquier otro colectivo, sin que ello implique negar la legitimidad de los intereses que estos grupos representan, ni la colaboración con cualquiera de ellos. **GCS** mantiene la transparencia en todos los aspectos de la revista, desde la financiación a la firma de cada comentario aparecido en ella. **GCS** mantiene la honestidad para reconocer y corregir errores, el pluralismo para aceptar opiniones encontradas y la capacidad crítica para debatirlas abiertamente. Estas características de **GCS** provienen, sobre todo, de las personas que integran sus Consejos y del centenar largo de colaboradores que buscan artículos relevantes y se sienten responsables de contribuir a su difusión dentro del esquema "mucho esfuerzo y pocos gastos". Este sentido de la responsabilidad de sus colaboradores, sin duda el principal activo de **GCS**, es también el compromiso de **GCS** con sus lectores. Lo que no cambiará aunque cambie su apariencia.

■ ¿Preguntar es ofender? El médico de Canencia de la Sierra y el MSC

La Asociación Española de Pediatría ha recomendado la vacunación anti-neumocócica en la infancia (no incluida en el calendario vacunal) en un folleto informativo dirigido directamente a los padres, enmarcado de una "Semana de las enfermedades neumocócicas" con claras características de actividad promocional de una firma farmacéutica. A Juan Gérvas, médico de Canencia de la Sierra (Madrid), no le pareció adecuada –en el fondo y en la forma–

esta recomendación y decidió "hacer algo": remitir un texto sobre el tema pidiendo a compañeros y entidades que expusieran este malestar al Ministerio. La iniciativa de Juan Gérvas –y otros– obtuvo un notorio respaldo de sociedades como la Red Española de Atención Primaria y de numerosos profesionales que se dirigieron al Ministerio de Sanidad solicitando un pronunciamiento sobre el tema y consiguiendo su inclusión en las discusiones del Consejo Interterritorial. En el texto adjunto, Juan Gérvas relata estos hechos y la respuesta del Ministerio de Sanidad. En el mismo señala que cree "que es la primera vez que sucede algo así" y posiblemente es verdad. Con todas las matizaciones que son del caso, se demuestra que desde la periferia del sistema es posible que un profesional movilice a la comunidad sanitaria, contribuyendo a bloquear una iniciativa promocional que puede colisionar con la salud pública.

■ "Vacuna antineumocócica: el Ministerio ha movido pieza"

Juan Gérvas médico de Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA (Madrid).

Ha cedido la presión sobre el público y sobre los médicos para introducir la vacuna antineumocócica. El éxito se debe, en parte, a la difusión de un mensaje anterior (que ha terminado publicado como "carta al director", en el Diario Médico el lunes 15 de octubre), lo que significa que se distribuyó ampliamente y sirvió para ayudar a tomar postura beligerante por parte de muchos profesionales. Hay, pues, posibilidades de respuesta frente a los abusos del mercado farmacéutico. También puede haber contribuido la difusión de un texto elaborado por Juan José Delgado Domínguez, pediatra de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, muy crítico con el laboratorio fabricante de la vacuna (accesible en www.aepap.org/

www.aepap.org/vacunaneumo.htm). La crítica se basaba tanto en los problemas científicos de oportunidad para su introducción como en las técnicas de propaganda directa a la población. Estas técnicas tienen un futuro prometedor, pese al daño previsible; son las técnicas de "propaganda directa a la población de medicamentos de prescripción médica", PDPM ("Direct to Consumer Advertising of Prescription Only Medicines", DTCA); sobre ellas, y sobre cómo defenderse de las mismas, ha escrito un médico general australiano, Peter Mansfield, en la revista *Healthy skepticism* (Sano escepticismo) (accesible en www.healthyskepticism.org).

El Ministerio de Sanidad y Consumo respondió con prontitud a la alarma provocada por la "semana de las enfermedades neumocócicas en la infancia", y a la difusión del mensaje anterior sobre esta cuestión. Aunque no se había hecho llegar a los médicos, la Comisión de Salud Pública, formada por representantes de las Autonomías y del Ministerio, ya tomó una decisión respecto a la vacuna antineumocócica en reunión de 21 de junio de 2001, recomendándola sólo en a) niños con infección por VIH, b) niños inmunocomprometidos y c) niños inmunocompetentes con enfermedades crónicas y riesgo de enfermedad neumocócica. Estas conclusiones se han hecho llegar a los médicos a finales de septiembre. Tarde, pues ya había circulado la propaganda a favor de la vacuna "universal, y ya".

El Ministerio ha movido pieza. El 5 de octubre me llamó a la consulta de Canencia de la Sierra (Madrid) la Subdirectora de Epidemiología y Salud Pública, para responder al mensaje que circulaba por la Red. En síntesis, se refirió a que:

- 1 el Ministerio no dio el visto bueno al texto exacto que publicó la Asociación Española de Pediatría para la semana de las enfermedades neumocócicas, y procederá en consecuencia,
- 2 el grupo de estudio de la vacuna antineumocócica continúa sus estudios,

con atento seguimiento de lo que sucede en Europa, y a los serotipos y morbilidad del neumococo en España,

- 3 la Dirección General de Farmacia ha emprendido las actuaciones oportunas para frenar la propaganda directa a la población del laboratorio fabricante de la vacuna,
- 4 se ha remitido una nota a todas las Consejerías de Sanidad para reforzar la decisión alcanzada en la Comisión de Salud Pública, y
- 5 agradece las distintas comunicaciones recibidas al respecto, que demuestran que los profesionales están sensibilizados por los problemas de salud pública.

Espero haber entendido bien y no ser desdecido. En cualquier caso, gracias por la difusión del anterior mensaje, y de este si lo estimas oportuno.

■ Aguas turbulentas en el tranquilo mundo de las revistas médicas

El espíritu de Vancouver, que animó a reunirse en 1978 en dicha ciudad a un grupo de editores médicos para definir las características editoriales de los manuscritos científicos, ha vuelto a enardecerse para garantizar la legítima autoría de los trabajos de investigación y la independencia de la presentación e interpretación de sus resultados. La reciente publicación, en doce de las principales revistas médicas de todo el mundo, de un editorial conjunto que critica la injerencia de la industria farmacéutica en el diseño, análisis y divulgación de los ensayos clínicos, comunicando el endurecimiento de los "Requisitos uniformes para los manuscritos remitidos a

las revistas biomédicas" (www.icmje.org), las normas exigidas a los autores para la publicación de trabajos en sus medios que a partir de ahora requerirá la divulgación de detalles sobre la relación contractual entre el patrocinador y los investigadores. Los editores señalan que esta política no debe ser considerada como un ataque a la industria farmacéutica, sino como una iniciativa para mantener la integridad de la ciencia, garantizando la objetividad del diseño y la presentación de resultados, independientemente de la fuente de financiación. El problema subyacente es conocido. Los ensayos clínicos –y otros estudios– cada vez entrañan mayores costes, y la industria farmacéutica ha derivado una parte importante de los recursos dedicados a la investigación desde los centros académicos a lo que se ha venido en llamar "organizaciones de investigación por contrato" (contract research organizations, CRO), mucho más sensibles a los intereses de los patrocinadores. El resultado es que los investigadores pierden peso en el diseño y otras fases de la realización de los ensayos, lo que podría afectar a sus resultados. Los editores salen al paso de determinadas prácticas que imponían los patrocinadores y dejan claro que la autoría de un manuscrito implica responsabilidad e independencia en el desarrollo del estudio, y que la propiedad intelectual corresponde a los autores.

Y si el mundo editorial andaba revuelto, los científicos han decidido aportar su granito de arena, rebelándose contra el monopolio que ejercen las revistas científicas. Hasta ahora los investigadores no sólo no cobran por publicar sus investigaciones, sino que a veces tienen que pagar los costes de edición. Sin embargo, para leerlas han de pagar una cuota de sus-

cripción anual a las publicaciones científicas. Ni la biblioteca con más presupuesto puede recibir todas las revistas de interés que se publican. Por ello un numeroso grupo de científicos de todo el mundo ha decidido tomar la iniciativa amenazando a las revistas con que sólo enviarán artículos y comprarán las suscripciones de las publicaciones que garanticen la liberación de los derechos de edición a los seis meses de su aparición. Las revistas no han tardado en responder y han calificado de sabotaje económico estas advertencias, cuyo objetivo no es otro que crear una Biblioteca Pública de Ciencia en Internet. La imposición de la Red como medio habitual de suministro de información científica ha cuestionado el papel tradicional de las revistas en papel. La última moda son las publicaciones electrónicas que cuentan únicamente con versión *on line*, lo que les permite reducir los precios de suscripción. Es indudable que la "red" se ha convertido en el medio más dinámico y estimulante para encontrar y recuperar información en el ámbito de las revistas biomédicas. El proyecto, que ya tiene página en la Red (www.publiclibraryofscience.org) recibe adhesiones diarias de nuevos investigadores (más de 27.000 hasta el momento). De momento, algunas revistas han mostrado su disposición a introducir sus contenidos en la que sería la mayor biblioteca de sabiduría, aunque con la condición de que la consulta del texto completo se realice en la propia web de la revista. Otras han dejado claro que no apoyarán la iniciativa por su falta de realismo y otras han optado por liberar las publicaciones para los países en vías de desarrollo pero no para el mundo industrializado.

Tiempo de respuesta de las ambulancias en la parada cardiaca: menos minutos, más vidas

Pell JP, Sirel JM, Marsden AK, Ford I, Cobbe SM.

Effect of reducing ambulance response times on deaths from out of hospital cardiac arrest: cohort study. *BMJ* 2001; 322:385-8.

Objetivos

Analizar la asociación entre el tiempo de respuesta de las ambulancias y la supervivencia en la parada cardio-respiratoria (PCR) fuera del hospital, y estimar el impacto de reducir estos tiempos.

Diseño

Estudio de cohortes.

Ámbito

Servicio de ambulancias de Escocia.

Sujetos

Todas las PCR no intrahospitalarias debidas a enfermedad cardiaca atendidas por el Servicio Escocés de Ambulancias entre mayo de 1991 y marzo de 1998.

Medida principal de resultados

Tasa de supervivencia al alta hospitalaria.

Resultados

Se obtuvieron datos de 10.554 PCR (de 13.822, 76%) atendidas en los 15 minutos siguientes a la llamada. 653 pacientes (6%) fueron dados de alta vivos. Tras el ajuste por otras covariables, el menor tiempo de respuesta se asoció a un incremento en la probabilidad de recibir desfibrilación y de supervivencia al alta entre los desfibrilados. La reducción del percentil 90 del tiempo de respuesta hasta los 8 minutos incrementaría la supervivencia hasta el 8% y, si fuera de 5 minutos, hasta el 10-11%.

Conclusiones

La reducción del tiempo de respuesta de las ambulancias hasta 5 minutos doblaría la supervivencia de las PCR extrahospitalarias.

Financiación: British Heart Foundation. Conflicto de intereses: Ninguno declarado. Correspondencia: S. M. Cobbe. Department of Medical Cardiology, University of Glasgow, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER. stuart.cobbe@clinmed.gla.ac.uk

(similares al SAMU) como en la rapidez de respuesta, que permite una desfibrilación más precoz (considerando que el patrón eléctrico de la PCR es mayoritariamente el de la fibrilación ventricular). En sus resultados destaca, en primer lugar, la supervivencia al alta hospitalaria, que parece permanecer estable respecto a estudios previos en el mismo ámbito (1) y sin especificar la situación neurológica, alcanza un 6 % con un tiempo de respuesta dentro de los 15 minutos, que puede llegar a doblarse si se reduce el percentil 90 del tiempo de respuesta a los 5 minutos. Se trata de un objetivo ambicioso que llama la atención porque estima cuánto debe reducirse el tiempo de respuesta, porque es algo más elevado que el de otros estudios realizados en medios geográficos similares y bastante más elevado que los tiempos de respuesta obtenidos en medios predominantemente urbanos (2) (3), y porque parte de un registro perfectamente establecido de tiempos de actuación, incidiendo especialmente en el tiempo de aplicación del tratamiento eléctrico de la causa desencadenante de la PCR. Otro aspecto destacable es la supervivencia de la cohorte estudiada, baja comparada con la de otros estudios, pero plausible dado que en esta cohorte no se establecen diferencias entre subgrupos de pacientes.

El llamado estilo UTSTEIN (4) es una serie de recomendaciones para recoger información epidemiológica y asistencial sobre PCR y RCP, en que el registro estricto de tiempos es fundamental. El sistema escocés lo práctica con fe y constancia dignas de envidia. Este es otro aspecto remarcable: la posibilidad de mejorar la asistencia al paciente en PCR pasa por acortar los tiempos de respuesta y de desfibrilación precoz, favorecidos por la incorporación masiva de desfibriladores semiautomáticos, aspecto que exige conocer sin errores esos tiempos de respuesta. La legislación británica (y escocesa) exige a los servicios asistenciales móviles que su respuesta a las llamadas de auxilio esté en un 50% de los casos por debajo de 7 minutos, y en un 90 % de los servicios por debajo de 14 minutos. Y sorprende que se plantee seriamente la posibilidad de reducir esos tiempos hasta hacerlos "competitivos", por ejemplo con los de asistencia en medio urbano. Y este es el aspecto del trabajo que deberíamos leer con detenimiento. Los tiempos de respuesta de nuestro sistema de emergencia móvil no alcanzan esos patrones de celeridad de actuación. Probablemente, la distancia entre el patrón de respuesta de nuestro entorno y el escocés es más dispar que las posibles diferencias en los porcentajes de presentación de PCR extrahospitalaria, y su resultado final. Esta consideración está por encima del comentario metodológico y de los resultados del artículo en cuestión.

COMENTARIO

La parada cardiorespiratoria (PCR) constituye una emergencia vital que exige la más precoz atención sanitaria porque el tiempo de respuesta condiciona el resultado de forma incuestionable. Este resultado no se limita a restaurar la circulación espontánea mediante resucitación cardiopulmonar (RCP), sino que se extiende a la recuperación de la conciencia, a la llegada al hospital con vida y a la situación al alta del mismo (fundamentalmente las secuelas neurológicas asociadas al tiempo de anoxia cerebral) (1). Por ello, diversos organismos han elaborado recomendaciones de actuación de RCP intentando estructurar la cadena de supervivencia que, esencialmente, incluye el aviso al sistema sanitario, RCP básica (deseablemente por quienes presencian la PCR), desfibrilación precoz y transporte asistido rápido a un centro hospitalario.

El estudio de Pell et al. incide tanto en el equipamiento con desfibriladores semiautomáticos de los equipos móviles de asistencia urgente

(1) Cobbe SM, Dalziel K, Ford I, Marsden AK. Survival of 1476 patients initially resuscitated from out of hospital cardiac arrest. *BMJ* 1996; 312:1633-7.

(2) Mitchell RG, Brady W, Guly UM, Pirralo RG, Robertson CE. Comparison of two emergency response systems and their effect on survival from out of hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 1997; 35: 225-9.

(3) Kearch SB, Graff J, Young S, Ho CH. Response times and outcomes from cardiac arrests in Las Vegas casinos. *Am J Emerg Med* 1998; 16:249-53.

(4) Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF, Nakdarni V, Kloeck W, et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital "Utstein style". *Resuscitation* 1997; 34:151-83.

Ricard Abizanda
Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Castelló

Trayectorias clínicas en la neumonía adquirida en la comunidad: iguales resultados clínicos con menor consumo de recursos

Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG, for the CAPITAL Study Investigators.

A Controlled Trial of a Critical Pathway for Treatment of Community-Acquired Pneumonia. *JAMA* 2000; 283:749-55.

Contexto

Aunque la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad muy frecuente, con una mortalidad alrededor del 15%, existen variaciones importantes respecto al uso de recursos: proporción de pacientes ingresados, duración de la estancia, utilización de procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo fue determinar los efectos del uso de una trayectoria clínica en los pacientes afectados de una NAC.

Diseño

Ensayo clínico multicéntrico. La aleatorización se hizo por hospitales.

Pacientes

1743 pacientes diagnosticados de NAC que acudieron a Urgencias, en 19 hospitales.

Intervención

Se aleatorizaron los hospitales de manera que 10 de ellos continuaron con los mismos procedimientos en la atención de los pacientes con NAC y en 9 se utilizó la trayectoria clínica (TC) que consistió en: a) la utilización en Urgencias de un protocolo clínico de soporte para la decisión de ingresar o no al paciente; b) tratamiento con levofloxacino intravenoso u oral según la puntuación de gravedad del paciente; c) aplicación de determinados criterios para determinar el alta del paciente.

Principales medidas de resultados

Recursos utilizados (BDPM: días/cama de los pacientes atendidos que resulta del producto de la tasa de ingresos en estos pacientes por el promedio de días de estancia), complicaciones, mortalidad, readmisiones y calidad de vida relacionada con la salud (Short Form 36 Physical Component Summary).

Resultados

No se demostraron diferencias significativas en la calidad de vida ni en la mortalidad, complicaciones y readmisiones entre los pacientes atendidos en los hospitales que siguieron los procedimientos habituales y aquellos en los que se utilizó una trayectoria crítica. En estos hospitales los pacientes tuvieron una BDPM 1,7 días inferior a la de los hospitales convencionales (4,4 vs. 6,3 días; $P = 0,04$), una disminución del 18% en el ingreso de pacientes de bajo riesgo (31% vs. 49%; $P = 0,01$) y una duración mediana del ingreso más corta (5,0 vs. 6,7 días, $P = 0,01$). Aunque los pacientes ingresados en los hospitales con TC tenían más criterios de gravedad, el promedio de estancia en éstos fue de 8,2 vs. 9,6 días en los controles. Aunque los pacientes ingresados en hospitales con trayectoria crítica eran más graves, la duración del tratamiento intravenoso se acortó en 1,7 días.

Conclusión

La implementación de una trayectoria clínica redujo la utilización de recursos hospitalarios sin causar efectos adversos en el bienestar de los pacientes.

Financiación: Janssen-Ortho Inc y Medical Research Council of Canada-Pharmaceutical Manufacturers' Association of Canada Awards Program. Conflicto de intereses: Dos autores (Marrie y Feagan) han recibido honorarios de Janssen-Ortho Inc. por conferencias. Otros dos (Lau y Wheeler) son empleados de Janssen-Ortho Inc y tienen una compañía de almacenamiento propia. Correspondencia: Brian G. Feagan, MD, London Clinical Trials Research Group, The John P. Robarts Research Institute, 100 Perth Dr, London, Ontario, Canada N6A 5K8.

COMENTARIO

Las Vías o Trayectorias Clínicas (TC) son estrategias de gestión que definen los pasos esenciales de procesos complejos –en este caso la atención de los pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad. Aunque su utilización se está incrementando, apenas existen estudios controlados y aleatorizados multicéntricos que valoren su impacto en la calidad de la atención y en la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos.

El estudio demuestra que no hubo diferencias respecto a las complicaciones, mortalidad, reingresos, ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos y puntuación del cuestionario sobre calidad de vida a las dos y seis semanas. Tan sólo a partir de estos datos tiene sentido valorar la reducción en el uso de los recursos institucionales.

En el presente trabajo se ha utilizado una TC con tres componentes principales. El primero de ellos ha sido la utilización del Índice de Gravedad de la Neumonía (PSI) como instrumento de soporte a la decisión de ingresar o no al paciente. La reducción de los ingresos en pacientes de menor severidad fue de un 18% mientras que la tasa de ingresos de los pacientes más severos fue similar en los dos grupos de hospitales (87 vs. 88%, $P = 0,7$). La disminución de la tasa de ingresos junto con la disminución del promedio de estancia proporcionó una BDPM significativamente inferior en los hospitales con TC. La contribución que tuvo en ello cada uno de los tres componentes de la TC (utilización del PSI, uso de levofloxacina y aplicación de guías para cambiar la vía de administración del antibiótico y para el alta) no es discernible debido al diseño del estudio.

La mejora de la eficiencia en la atención al paciente con NAC conseguida mediante la aplicación de la TC en un hospital concreto dependerá de la reducción de la tasa de ingresos de los pacientes con NAC leve que se consiga y de la estancia media histórica que tenga la institución. En los hospitales españoles la estancia media de los pacientes adultos con NAC es similar a la de los hospitales canadienses del presente estudio, por lo que en parte se podría reproducir la mejora en la eficiencia reseñada.

Aunque pueda ser más eficiente socialmente la mejora en la provisión de cuidados –diagnósticos y terapéuticos– al paciente ambulatorio que el desarrollo y promoción de una TC, ello no obsta para que desde la asistencia especializada se promueva mediante estos o parecidos instrumentos una mejora en la utilización de recursos sin menoscabar la calidad de la atención. En todo caso, el presente estudio demuestra el papel de las TC en la atención a los pacientes con NAC.

Albert Verdaguer
Hospital de Mataró (Barcelona)

Las unidades lideradas por enfermería son una alternativa efectiva en los cuidados subagudos

Steiner A, Walsh B, Pickering RM, Wiles R, Ward J, Brooking JI, for the Southampton NLU Evaluation Team.

Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a postacute intermediate care unit. *BMJ* 2001; 322:453-60.

Objetivos

Comparar los cuidados subagudos en una unidad de hospitalización bajo la responsabilidad de enfermería y en una unidad convencional bajo la responsabilidad de un médico internista (1). Analizar el modelo de cuidados de una unidad liderada por enfermería.

Material y métodos

Ensayo controlado con asignación aleatoria de pacientes a cada grupo, con seis meses de seguimiento. Se trata de un hospital universitario que tiene una población de referencia de 300.000 habitantes en una zona urbana y sus alrededores, que incluye 9 hospitales comunitarios. La unidad de cuidados subagudos, bajo la responsabilidad de enfermería, tiene un régimen de visitas abierto. El personal de enfermería vestía informalmente para crear una atmósfera no clínica. El equipo médico propone el ingreso de los pacientes en la unidad; el personal de enfermería valora y determina si es conveniente su admisión y elabora el plan terapéutico y de cuidados. El equipo médico no tiene ninguna responsabilidad formal sobre estos pacientes; si enfermería lo cree oportuno, puede pedir una exploración médica en cualquier momento, llamar al médico de guardia o enviar al paciente al servicio de urgencias. Disponen de un fisioterapeuta especializado que visita la unidad tres veces por semana y otros servicios auxiliares actúan a demanda.

Los participantes en el estudio (238) fueron asignados de forma aleatoria y accedieron a participar de forma voluntaria. De éstos, 117 corresponden a la unidad liderada por enfermería y 121 a la convencional. Completaron el seguimiento de seis meses y se les hizo la última entrevista de valoración 86 y 68 respectivamente.

Resultados

La estancia media es significativamente más elevada en la unidad liderada por enfermería que en la unidad convencional (14,3 días más; 7,8 a 20,7 días) pero esta diferencia no es significativa cuando se trasladó a los pacientes a hospitales comunitarios y se incluía la estancia inicial en el hospital universitario (4,5 días más; -3,6 a 12,5 días). No se observa ninguna diferencia en la mortalidad, el estado funcional (medido por el índice de Barthel) y el nivel de calidad de vida a los seis meses (medida a partir del Wood-Dauphine score). Los pacientes de la unidad liderada por enfermería recibieron menos exploraciones médicas menores y, después de analizarlo según la duración de la estancia, se observa que también se habían realizado menos exploraciones complejas, pruebas o cambios de tratamiento.

Conclusión

Para los cuidados subagudos, la unidad liderada por enfermería parece una alternativa a las unidades con un liderazgo convencional por médicos. Estas unidades son seguras y no cambian la demanda de servicio del hospital a la comunidad, pero sí que permite liberar camas. La evidencia de su efectividad es clara para poder generalizar el sistema. Es necesario hacer un análisis económico detallado de estas unidades y de los costos asociados a los pacientes convalcientes en los hospitales de agudos

para ver si, efectivamente, las unidades lideradas por enfermería pueden favorecer la continuidad de cuidados a que se ha comprometido el gobierno en relación con los cuidados subagudos.

Financiación: Beca de la University of Southampton (Walsh) y del NHSE R&D Directorate South and West (D/10/11.97/Steiner). Conflicto de intereses: Ninguno declarado. Correspondencia: A. Steiner, Department of Community Studies, University of California Santa Cruz, 1156 High Street, Santa Cruz, CA, USA 95064; steiner@cats.ucsc.edu

COMENTARIO

En el contexto del estudio, los cuidados subagudos se corresponden a unos servicios que pretenden reducir los reingresos hospitalarios evitables y mejorar el traslado del paciente del hospital a su domicilio. Uno de estos servicios son las unidades de hospitalización de subagudos lideradas por enfermería, donde ingresan pacientes considerados médicamente estables pero no tributarios de alta.

La experiencia presentada en este artículo se refiere a un entorno de servicios con características muy diferentes al nuestro. En nuestro país el desarrollo de unidades de convalcientes en los hospitales sociosanitarios o la hospitalización a domicilio pretenden cubrir este rango de servicios a los pacientes clínicamente estables pero no candidatos al alta de un hospital de agudos, puesto que requieren una tutela asistencial superior a la que se puede ofrecer desde la atención primaria. En ambos casos, centros sociosanitarios y hospitalización domiciliaria, la responsabilidad de los pacientes no recae únicamente sobre la enfermería, aunque sí tienen un papel predominante y esto ha comportado para ellas una oportunidad de desarrollo profesional.

Falta por evaluar la eficiencia de las experiencias realizadas en hospitalización domiciliaria para pacientes del perfil que se presenta en este estudio. Por otra parte, la asistencia en los centros sociosanitarios está resultando más económica para el sistema, no sólo por una mayor ratio enfermería/médico y una menor medicalización de los pacientes sino por tener tarifas por debajo de los costes que obligan, en muchas ocasiones, a salarios más bajos que en hospital de agudos.

Si asumiéramos este modelo en nuestros hospitales de agudos y protocolizáramos de forma consensuada los procesos más prevalentes, podría hacerse cargo de estas unidades personal de enfermería con una buena formación y experiencia clínica. Para ello tanto la enfermería como los médicos deberíamos prepararnos para ello. Los segundos para ceder espacio y la primera para asumir la responsabilidad que esta experiencia comporta. Sería un reto para todos: médicos, enfermeras y gestores.

Lena Ferrús i Estopà

Consorci Sanitari de Creu Roja a Catalunya, Hospital de l'Hospitalet de Llobregat

Influencia de la publicación de ensayos clínicos en la prescripción de estatinas

Mamdani MM, Tu JV.

Did the major clinical trials of statins affect prescribing behaviour? *Can Med Assoc J* 2001; 164:1695-6.

Objetivo

Los ensayos controlados y aleatorizados (ECA) han demostrado que las estatinas son beneficiosas en el tratamiento y prevención de las enfermedades coronarias y existe evidencia de que los ECA más importantes han influido en los patrones de prescripción. Sin embargo, existe incertidumbre sobre si los médicos han interpretado los resultados como un efecto de clase o como un efecto fármaco. El objetivo de este estudio fue analizar si los principales ECA de estatinas (4S-simvastatina, prevención secundaria; WOS-pravastatina, prevención primaria; y CARE-pravastatina, prevención secundaria) y el lanzamiento de la atorvastatina se asociaron a cambios en la cuota de mercado de las distintas estatinas en Canadá.

Sujetos y métodos

Se examinaron los patrones de prescripción de julio de 1993 a junio de 1999 para identificar cambios en la proporción mensual de prescripción de cada estatina, en comparación con la proporción estimada en cinco meses de evaluación. Las estimaciones de la prescripción mensual se obtuvieron de la base de datos del IMS Health Canada, que muestrea aproximadamente dos tercios de todas las farmacias en Canadá. Se realizó un análisis de series temporales usando modelos ARIMA para determinar el impacto de cada intervención en la cuota de mercado de las distintas estatinas.

Resultados

El número de prescripciones mensuales de estatinas aumentó un 236% de julio de 1993 a junio de 1999. La publicación del estudio 4S estuvo asociada a un cambio positivo en la cuota de mercado de simvastatina, un cambio negativo en la tendencia de pravastatina y ningún cambio en las cuotas de fluvastatina y lovastatina. El estudio WOS se asoció a un cambio positivo en la cuota de pravastatina, y ningún cambio en las cuotas de mercado de las otras estatinas. El estudio CARE se asoció con un cambio positivo en la cuota de mercado de pravastatina, un cambio negativo en simvastatina, y ningún cambio en fluvastatina y lovastatina. El lanzamiento en el mercado de atorvastatina se asoció a un cambio negativo en simvastatina, lovastatina y pravastatina, y ningún cambio en fluvastatina. La cuota de mercado de atorvastatina creció de un 0,9% en abril de 1997 a una posición líder con una cuota de mercado del 39,2% en junio de 1999.

Conclusiones

A pesar de que la prescripción total de estatinas en Canadá ha aumentado en el tiempo, la publicación de los ECA más importantes se ha asociado con un cambio positivo de la cuota de mercado de la estatina estudiada en cada ensayo. Estos resultados sugieren que los médicos tienen en cuenta el efecto diferencial de cada fármaco más que un efecto clase a la hora de prescribir estatinas. Si bien la prescripción de medicamentos está influida por muchos factores, los resultados de ECAs y la introducción de nuevos agentes se cuentan entre éstos.

Financiación: No consta. Correspondencia: Dr. Muhammad Mamdani, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Rm. G215, 2075 Bayview Ave., Toronto ON M4N 3M5; fax 416 480-6048; muhammad.mamdani@ices.on.ca.

COMENTARIO

Los resultados de este estudio ponen de relieve que la publicación de los ECA de estatinas influyó positivamente en la cuota de mercado de la estatina estudiada en cada caso, sugiriendo que los resultados de la investigación se tradujeron en cambios en la práctica médica. Una limitación del estudio –señalada por los autores– es no haber tenido en cuenta las campañas y métodos promocionales de los distintos laboratorios farmacéuticos que, muy posiblemente, tengan una influencia en las prácticas de prescripción. Otros factores que parecen influir a la hora de llevar los resultados de un ECA a la práctica diaria son la veracidad de la fuente de información y los factores sociales y económicos de cada contexto particular (1). Sin embargo, esto último parece ignorarse sistemáticamente, cuando nuevas versiones de guías para el tratamiento del colesterol en adultos siguen ignorando las consideraciones de coste y coste-efectividad de los distintos fármacos disponibles, a pesar de la abundancia de estudios en este aspecto (2). Las consecuencias de todo lo anterior son un gran impacto en costes de farmacia, variaciones en las recomendaciones y prescripciones no basadas en la evidencia científica (3).

La falta de comparaciones directas entre las distintas estatinas (siempre con placebo), así como la inexistencia de periodos de seguimiento largos, impiden saber qué estatina es más efectiva, y cuáles son los efectos a largo plazo dado que estos fármacos son prescritos habitualmente de manera crónica. Y es que el efecto clase y el efecto fármaco no dejan de tener su gracia: una de las agencias canadienses de evaluación de tecnologías tuvo que acudir a los tribunales acusada por un laboratorio farmacéutico por las conclusiones alcanzadas en un informe (4).

(1) Fairhurst K, Huby G. From trial to practical knowledge: qualitative study of how general practitioners have accessed and used evidence about statin drugs in their management of hypercholesterolaemia. *BMJ* 1998; 317:1130-4.

(2) Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.

(3) Freemantle N. The use of statins: a case of misleading priorities? National guidance that does not link costs and benefits is worthless. *BMJ* 1997; 315:826-7.

(4) Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. A clinical and economic review of HMG-CoA reductase inhibitors in coronary heart disease. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 1998.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Barcelona.
Harvard School of Public Health, Boston

Terapia electroconvulsiva: una estrategia terapéutica de segunda línea para la esquizofrenia

Tharyan P.

Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2000.* Oxford: Update Software.

Objetivo

Valorar los beneficios de la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en pacientes esquizofrénicos en cuanto a mejora global, hospitalización y cambios en el estado mental, conductual y funcional.

Diseño

Revisión sistemática de la literatura científica.

Método

Bases de datos revisadas: Medline, EMBASE, Psyclit y SCISEARCH. Criterio de inclusión de estudios: Ensayos controlados randomizados que comparasen la TEC con alguna de las siguientes intervenciones: TEC simulada, antipsicóticos, intervenciones no farmacológicas o placebo. Siendo los diagnósticos incluidos esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno mental crónico no afectivo.

Resultados

Se obtuvieron 20 estudios que cumplieran los criterios de inclusión, aunque muchos de ellos eran de baja calidad metodológica. Puesto que ninguno incluía pacientes con trastorno mental crónico no afectivo o bien esquizoafectivo, la aplicabilidad de los resultados obtenidos queda limitada a pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme. Cabe destacar la mayor probabilidad de que la TEC produzca mejoría clínica global que la TEC simulada o el placebo. Además, aunque basado en datos limitados, se ha observado que su uso conlleva menos recidivas, a corto plazo, que la TEC simulada e incrementa la probabilidad de que el paciente sea dado de alta hospitalaria. Sin embargo, no existen investigaciones que demuestren tal supremacía a medio o largo plazo.

Por otro lado, los resultados son cuando menos equívocos al confrontar la TEC con fármacos antipsicóticos. En este sentido se advierte una mayor probabilidad –que no alcanza significación estadística– de que el paciente sea dado de alta cuando el tratamiento que recibe es el farmacológico. No obstante, el uso conjunto de ambos tratamientos supone una mejora más rápida a corto plazo. Por último, la TEC frente a terapia psicoanalítica tan sólo es analizada en dos estudios. Mientras que en uno de ellos los mejores resultados mostrados por la psicoterapia carecen de significación, en el otro se muestra que ésta es estadísticamente superior cuando se combina con antipsicóticos.

Otros aspectos evaluados por este estudio, referidos a sus supuestos de aplicación, son menos concluyentes. Así por ejemplo, no es posible establecer conclusiones respecto a un posible efecto diferencial de la TEC en función de la duración de la enfermedad, ya que los estudios incluidos son heterogéneos respecto a este aspecto. No obstante, indican que la TEC no supone ningún beneficio adicional a los antipsicóticos, tanto en esquizofrénicos con enfermedad de corta duración como en los hospitalizados crónicos. Asimismo, aunque los datos apuntan hacia una mejor respuesta a la TEC en pacientes con síntomas predominantemente

positivos, no existe evidencia al respecto. Del mismo modo, ésta es limitada en cuanto al supuesto de que 12 sesiones serían suficientes para obtener mejoría clínica significativa.

Conclusiones

La TEC no reporta mejores resultados que la terapia farmacológica convencional, convirtiéndose de esta manera en una elección terapéutica de segunda línea. En este sentido, su uso quedaría restringido a aquellos casos en que los antipsicóticos no produzcan la respuesta deseada o en los que prime la rapidez terapéutica, situación en la que se recomienda que su uso sea adyuvante.

Financiación: no consta. Correspondencia: Dr. Prathap Tharyan. Prathap@mhc.cmc.ernet.in

COMENTARIO

Los excesos cometidos con el uso indiscriminado de la TEC la han convertido en una técnica desprestigiada en el campo de la psiquiatría. El análisis de la mejor información disponible supone el mejor método para poder establecer recomendaciones sobre su uso, de modo que éste se fundamente en evidencias científicas y no en prejuicios –favorables o desfavorables– hacia la intervención.

Los resultados del estudio comentado están en línea con las diversas recomendaciones de consensos realizados por diversas instituciones como la American Psychiatric Association o el Royal College of Psychiatrists, que señalan a la esquizofrenia como uno de los trastornos en los que la TEC es una opción terapéutica bajo ciertos supuestos. En este sentido, la revisión sistemática de Tharyan (2000) concluye que la TEC se configura como una terapia de segunda línea cuyos supuestos de aplicabilidad requieren de mayor evidencia científica, debido a las carencias metodológicas de muchos de los estudios analizados.

Como respuesta a la polémica suscitada por esta técnica, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Ministerio de Sanidad le ha otorgado prioridad como área de investigación para este año. De esta manera se espera poder homogeneizar su uso de acuerdo a criterios de costo-efectividad en las diferentes patologías en que su eficacia quede demostrada.

José Manuel Bertolin

María Eugenia Hernández

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario, Valencia

La restricción de sal en los ancianos hipertensos no parece reducir la morbilidad y mortalidad derivada de la hipertensión

Appel LJ, Espeland MA, Easter L, Wilson AC, Folmar S, Lacy CR.

Effects of Reduced Sodium Intake on Hypertension Control in Older Individuals. Arch Intern Med 2001; 161:685-93.

Problema

Conocer si restringir la sal en la dieta afecta a la salud de los ancianos hipertensos.

Diseño

Ensayo clínico con asignación aleatoria de 681 hipertensos entre 60 y 80 años de edad. A la mitad se le sometía a una dieta baja en sodio y a la otra mitad se le dejaba con los mismos estilos culinarios usuales en sus vidas.

Pacientes y métodos

Enfermos hipertensos controlados con al menos una medicación antihipertensiva. Tras tres meses de administrar la intervención se interrumpía la medicación y se consideraba como resultado final una combinación de cualquiera de estos eventos: la necesidad de reanudar la medicación, el incremento de las tensiones sistólicas superiores a 150 mmHg y a 95 mm Hg para las diastólicas o la aparición de un evento cardiovascular durante el periodo de seguimiento.

Resultados

El sodio urinario fue menor en el grupo intervención. El resultado combinado que se eligió como resultado principal apareció en el 59% de los pacientes del grupo con restricción de sodio y en el 73% en el grupo control. La reducción media de la tensión arterial sistólica (TAS) con respecto al control fue de 4,3 mmHg en el grupo pobre en sal y de 2 mmHg para la diastólica, ambas de forma significativa. Hallazgos también de este estudio son que los ancianos de más de 70 años no variaban sus tensiones arteriales con la reducción de sal, independientemente del sexo. Obesos, afroamericanos y la franja de edad entre 60-69 años sí mejoraban estas cifras tensionales. Ninguno de los resultados de morbilidad se vio afectado de forma significativa por la reducción de la ingesta de sodio.

Financiación: National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institute on Aging; National Center for Research Resources of the National Institutes of Health. Conflicto de intereses: no consta. Correspondencia: Lawrence J. Appel, MD, MPH, Johns Hopkins University, 2024 E Monument St, Suite 2-645, Baltimore, MD 21205-2223 (e-mail: lappel@jhmi.edu).

COMENTARIO

La hipertensión arterial se ha asociado a los accidentes vasculo-cerebrales y a la enfermedad coronaria en múltiples ensayos. También se sabe que en los ensayos clínicos en los que se ha evaluado reducción de peso y sal en la dieta en personas de edad media estas medidas han sido efectivas y, aunque no se ha llegado a demostrar en ancianos, se recomiendan en función de estudios observacionales (1). Sin embargo otros estudios (2) en ancianos también han demostrado la misma disminución de TAS y la nula asociación con un mayor riesgo cardiovascular. Hay que recordar que las verdaderas dianas recomendadas por la JNC-VI son la disminución de la morbimortalidad y no los resultados intermedios del buen control tensional. Esta asociación no siempre es directa y habría que preguntarse si vale la pena restar calidad de vida a los ancianos y muy ancianos, si las tensiones no varían y la relación con la morbimortalidad no está del todo clara.

(1) Elliott P, Stamler J, Nichols R, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, Marmot M. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. Intersalt Cooperative Research Group. BMJ 1996; 312:1249-53.

(2) Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH Jr, Kostis JB, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. JAMA 1998; 279: 839-46.

Vicente Ruiz García

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

CASPe

Las mujeres ancianas se benefician adicionalmente de las estatinas por la prevención de las trombosis venosas profundas

Ray JG, Mamdani M, Tsuyuki RT, Anderson DR, Yeo EL, Laupacis A.

Use of statins and the subsequent development of deep vein thrombosis. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1405-10.

Problema

Conocer si las estatinas tienen un efecto protector respecto a las trombosis venosas profundas (TVP).

Diseño

Estudio retrospectivo de cohortes.

Pacientes

Enfermos de más de 65 años incluidos en el plan de salud de Ontario, con un seguimiento de 8 años. Se eligieron como referente los sujetos con tratamiento con hormonas tiroideas al no conocerse asociación entre éstos y las TVP. En una primera cohorte se evaluaron hombres y mujeres, que habían estado expuestos a: 1) tratamiento con hormonas tiroideas, 2) hipolipemiantes tradicionales y 3) estatinas. En una segunda cohorte se evaluaron sólo mujeres y se añadió una cohorte en tratamiento con estrógenos. Se excluyó a los enfermos con historia previa de arteriosclerosis, tromboembolismo, cáncer o tratamiento con warfarina.

Resultados

Sólo en las mujeres se produjo una asociación protectora de forma significativa con las estatinas (Riesgo relativo (RR): 0,72; IC95%: 0,63-0,82). Los tratamientos con los hipolipemiantes clásicos no tuvieron asociación protectora. En la segunda cohorte, las estatinas mantuvieron su efecto protector (RR: 0,68; IC95%: 0,59-0,79). Se apreció la asociación entre TVP y tratamiento con estrógenos (RR: 1,16; IC95%: 1,01-1,33).

Conflicto de intereses: declarado. Correspondencia: Joel G Ray MD. email: rayg@mcmaster.ca

COMENTARIO

A pesar de la retirada de la cerivastatina del mercado por los efectos secundarios, no se puede negar que las estatinas siguen gozando de un reconocido prestigio para la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular con niveles elevados de colesterol o sin ellos (1). Más recientemente se ha implicado a las estatinas en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular (2). Los resultados de este trabajo son un paso más y avanzan en la dirección de pequeños estudios, en los que se había demostrado el efecto antitrombótico de estas sustancias, al inhibir la generación de trombina (3-5). El uso de estrógenos/progesterona se había asociado al riesgo de desarrollar TVP en estudios de caso-control (6). También se conocía que las estatinas disminuían el riesgo de TVP a la mitad en el estudio HERS (7). Sin embargo estos resultados correspondían a una subpoblación que consumía estatinas y sus resultados (RR: 0,5; IC95%: 0,2-0,9) estaban en el borde la significación estadística. El presente estudio de cohortes siguió a 33.000 mujeres que tomaban estatinas, y se constató que se disminuía el riesgo de desarrollar TVP en un 22 %. Estas ventajas adicionales de las estatinas hacen que, a pesar de que un preparado permanezca bajo sospecha, el resto probablemente seguirán ocupando primeros lugares en el arsenal terapéutico.

(1) Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW, McKillop JH, Packard CJ. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *N Engl J Med* 1995; 333:1301-7.

(2) Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta analysis of randomised trials. *BMJ* 2000; 321:1-5.

(3) Szczeklik A, Musial J, Undas A, Gajewski P, Gora P, Swadzba J, Jankowski M. Inhibition of thrombin generation by simvastatin and lack of additive effects of aspirin in patients with marked hypercholesterolemia. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33:1286-93.

(4) Dangas G, Badimon JJ, Smith DA, Unger AH, Levine D, Shao JH, Meraj P, Fier C, Fallon JT, Ambrose JA. Pravastatin therapy in hyperlipidemia: effects on thrombus formation and the systemic hemostatic profile. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33:1294-304.

(5) Kearney D, Fitzgerald D. The anti-thrombotic effects of statins. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33:1305-7.

(6) Daly E, Vessey MP, Hawkins MM, Carson JL, Gough P, Marsh S. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348:977-80.

(7) Grady D, Wenger NK, Herrington D, Khan S, Furberg C, Hunninghake D, Vittinghoff E, Hulley S. Postmenopausal hormone therapy increases risk for venous thromboembolic disease. The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study. *Ann Intern Med* 2000; 132:689-96.

Vicente Ruiz García
Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario La Fe,
Valencia.
CASPE

Cirugía para la epilepsia del lóbulo temporal: resultados de un ensayo clínico aleatorizado

Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, Eliasziw M, for the Effectiveness and Efficiency of Surgery for Temporal Lobe Epilepsy Study Group.

A Randomized, Controlled Trial of Surgery for Temporal-Lobe Epilepsy. *N Eng J Med* 2001; 345:311-318.

Problema

La ausencia de estudios aleatorizados sobre cirugía de la epilepsia dificultaba la recomendación sobre una posible intervención quirúrgica.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado y controlado sobre la eficacia y la seguridad de la cirugía para la epilepsia de origen temporal.

Métodos

Asignación aleatoria de 80 pacientes diagnosticados de epilepsia con crisis de origen temporal mal controladas con medicación antiepiléptica, candidatos potenciales para una posible indicación de cirugía para la epilepsia, a las alternativas quirúrgica y de tratamiento óptimo con fármacos. El tratamiento farmacológico y las variables de resultados fueron determinados por epileptólogos que desconocían a qué grupo pertenecía el paciente. La variable resultado principal fue la ausencia de crisis que alteran la conciencia de sí mismo y del entorno (crisis parciales complejas o generalizadas). Como variables secundarias se midieron la frecuencia y la severidad de las crisis, la calidad de vida mediante escalas estándar específicas para epilepsia, la incapacidad y la muerte. Los datos fueron analizados de acuerdo con el principio de intención de tratar.

Resultados

Tras un año, la proporción acumulada de pacientes libres de crisis era del 58% en el grupo quirúrgico y del 6% en el grupo médico ($p < 0.001$). Los pacientes en el grupo quirúrgico tenían menor frecuencia de crisis y una calidad de vida significativamente mejor ($p < 0.001$ para ambas comparaciones) que los pacientes del grupo médico. Cuatro pacientes presentaron efectos adversos tras la cirugía: un pequeño infarto talámico, una infección de herida y dos afectaciones de la memoria verbal que interferían con sus ocupaciones laborales al cabo de un año. Un paciente en el grupo médico murió.

Conclusiones

Los autores concluyen que en la epilepsia del lóbulo temporal la cirugía es superior a la terapia médica prolongada, y que los ensayos clínicos aleatorios controlados son factibles y parecen ofrecer unos indicadores precisos de los efectos del tratamiento.

Correspondencia: Dr. Wiebe. London Health Sciences Centre, University Campus, 339 Windermere Rd., London, ON N6 5 5, Canada. swiebe@uwo.ca.

COMENTARIO

La epilepsia es una enfermedad muy prevalente (0,2-0,9 %) (1) que afecta a sectores laboralmente activos de la población. Se calcula que existen actualmente 250.000 pacientes en nuestro país, cuyo tratamiento supone un coste de 8.000 millones de pesetas anuales. Además de suponer un riesgo físico, la epilepsia impide el normal

desarrollo cerebral y psíquico del individuo y dificulta su integración en la sociedad. A pesar de los esfuerzos recientes en el desarrollo de nuevos fármacos antiepilépticos, se calcula que en conjunto entre el 8 y el 33% de las epilepsias son incontrolables con tratamiento médico, pudiendo llegar al 70% en algunos tipos, como las crisis parciales complejas, objeto del trabajo comentado (2). La eficacia de las técnicas quirúrgicas oscila entre el 70-90% de supresión completa de las crisis en el caso de la epilepsia del lóbulo temporal (3, 4), aunque la resección quirúrgica de áreas potencialmente útiles del cerebro puede producir la aparición de alteraciones neurológicas y de la personalidad irreversibles. Aun así, el riesgo de mortalidad en un paciente epiléptico sin control de las crisis está aumentado en un factor de casi 5 (2). Dada la relevancia del problema y el riesgo y la limitada aplicación de la alternativa quirúrgica, resultaba sorprendente que ésta no estuviese avalada por un ensayo clínico, sorpresa compartida por uno de los editorialistas del *New England Journal of Medicine* en ese mismo número (4).

Pese a algunas limitaciones del trabajo –presencia de crisis, posible falta de indeterminación clínica (equipoise), aleatorización previa a la evaluación prequirúrgica–, se trata de un estudio bien diseñado que pone de relieve que el 64% de los pacientes del grupo control que son intervenidos presentan un control completo de sus crisis, cifra algo más baja a la de otros estudios, quizá por el corto periodo de seguimiento, y que en todos los pacientes intervenidos que siguen teniendo crisis disminuye la frecuencia de las mismas, frente al 34% del grupo de control. Es de esperar que otros estudios como éste, aplicados a otros tipos de epilepsia, contribuyan a eliminar el concepto infundado de que la cirugía de la epilepsia es un “último recurso”, y que permitan el acceso a la infrautilizada cirugía a un número adecuado de pacientes farmacorresistentes, cuya condición puede ser puesta de relieve después de demostrar el fracaso de uno o dos fármacos adecuadamente seleccionados y administrados (5), sin esperar a probar con ellos la interminable lista de nuevos agentes farmacológicos recientemente introducidos en el mercado.

(1) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Cirugía de la Epilepsia. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.

(2) Sperling MR, Feldman H, Kinman J, Liporace JD, O'Conner MJ. Seizure control and mortality in epilepsy. *Ann Neurol* 1999; 46:45-50.

(3) Engel J Jr. Surgery for seizures. *N Engl J Med* 1996; 334:647-52.

(4) Engel J Jr. Finally, a randomized, controlled trial of epilepsy surgery (editorial). *N Engl J Med* 2001; 345:365-366.

(5) Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Engl J Med* 2000; 342:314-9.

Juan A. Barcia
Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario de Valencia.
Departamento de Cirugía, Universitat de València

Identificación de sucesos adversos mediante la revisión de historias clínicas

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M.

Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322:517-19.

Objetivo

Determinar la factibilidad de detectar sucesos adversos (SA) mediante la revisión de historias clínicas (HC) en los hospitales británicos y hacer una estimación preliminar de la incidencia y costes de dichos sucesos.

Diseño

Estudio retrospectivo revisando 1.014 historias que contenían información clínica y de cuidados médicos y de enfermería de dos hospitales de agudos pertenecientes al área del Gran Londres.

Metodología

La revisión de las HC se realizó entre julio-septiembre de 1999 en el hospital A y diciembre 1999-febrero de 2000 en el hospital B. Se seleccionaron al azar 1.014 historias (500 y 514 HC de cada hospital respectivamente) a partir de los ingresos (episodios índice) ocurridos en ambos durante los dos meses de 1998 coincidentes con los periodos de revisión, es decir, justo un año antes. Del total, 273 (26,9%) eran pacientes de medicina general incluyendo geriatría, 290 (28,6%) de cirugía general, 277 (27,3%) cirugía ortopédica y el resto pertenecían a pacientes obstétricos. La muestra revisada representaba el 2,7% del total de ingresos en ambos hospitales, para esas cuatro especialidades y en esos periodos.

La primera fase de revisión se llevó a cabo por enfermeras previamente formadas, que en base a 18 criterios predefinidos localizaron 405 HC susceptibles de reflejar uno o varios sucesos adversos. Estas HC se revisaban posteriormente por un equipo conformado por un médico de cada especialidad, que definían los sucesos, especificando la causa y su relación con el diagnóstico o tratamiento, lugar, fecha y motivo de ocurrencia, valorando además el impacto sobre los pacientes en términos de incapacidad o daño y días adicionales de estancia.

Resultados

La proporción de SA encontrados fue del 11,7% (119), que se dieron en 110 pacientes (10,8%) de todos los revisados. Las especialidades que más contribuyeron fueron cirugía general con 47 sucesos (16,2% del total) y cirugía ortopédica con 40 (14,4%), mientras que la frecuencia de SA en pacientes de medicina general y obstetricia fue menor (9,2 y 4,0% respectivamente). En el 66% de los pacientes que presentaron SA las repercusiones fueron leves y la recuperación duró menos de un mes, pero en siete casos (6%) las lesiones o daños producidos fueron permanentes y en nueve pacientes (8%) las complicaciones contribuyeron a su defunción. Dado que cada SA provocó por término medio una prolongación de la estancia de 8,5 días (rango 0-70), estos pacientes requirieron 999 estancias adicionales, que supusieron un incremento en costes de 290.268 libras esterlinas. Aproximadamente la mitad de las estancias adicionales se hubieran evitado, ya que el 46% de los SA se juzgaron prevenibles con una atención adecuada.

Conclusiones

Un 10% de los pacientes ingresados en las especialidades estudiadas presentaron algún tipo de SA y casi la mitad de ellos hubieran podido evitarse con una atención adecuada. Las consecuencias en términos de

salud son muy importantes y la repercusión económica, aun teniendo sólo en cuenta los costes por estancias "extra", es significativa.

Financiación: King's Fund, Nuffield Trust, London Region NHS Research and Development Programme, and the Dunhill Medical Trust. Conflicto de intereses: ninguno declarado. Correspondencia: C Vincent, c.vincent@ucl.ac.uk

COMENTARIO

Este artículo, además de aportar por primera vez datos sobre el tema en Gran Bretaña, presenta un especial interés porque: 1) representa una demostración práctica de cómo mediante la auditoría/revisión de HC, se pueden identificar una importante proporción de sucesos no deseados –y ya sabemos que los muy leves no suelen ser registrados– con importantes consecuencias tanto desde la óptica de resultados en salud como económica y de gestión de recursos. Los requisitos metodológicos, evidentemente, son la definición de criterios explícitos (accesibles en www.bmj.com) sobre lo que será considerado suceso adverso, la existencia de un protocolo de cribaje contrastado, qué sería evitable, etc., y por supuesto, un equipo adiestrado. Quizás hubiera sido deseable, y los propios autores así lo reconocen, completar los criterios de SA con una lista lo más exhaustiva posible de cuáles debían considerarse como tales, basándose en experiencias y/o estudios previos. Por otra parte, nada nos dicen sobre los criterios utilizados para la construcción de una escala que posteriormente utilizan para definir si un SA era evitable. Y algo que se echa a faltar en este artículo es una mínima información acerca de las causas que acabaron provocando SA. 2) La proporción de SA identificados por los autores difiere de los hallados en estudios realizados en EE.UU. (1, 2) y Australia (3), pero se deben tener en cuenta diferencias en cuanto al ámbito, tamaño, definición de SA, etc., además del carácter preliminar de este trabajo (4); y 3) aceptando que alrededor de un 40% de los SA detectados hubieran sido evitados tan sólo haciendo lo procedente (precisión diagnóstica, provisión de cuidados según los estándares del National Health Service, etc.), la cuestión se comenta por sí sola.

(1) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6.

(2) Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.

(3) Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75.

(4) Weingart S, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320: 774-7.

Manuel Marín

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Uso inadecuado de la hospitalización: el AEP es el instrumento más estudiado y utilizado

McDonagh MS, Smith DH, Goddard M.

Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000; 53:157-84.

Objetivo

Revisar la literatura sobre los métodos utilizados en la evaluación de la adecuación de la utilización hospitalaria.

Métodos

Revisión sistemática de la literatura publicada en inglés entre los años 1988-1998 sobre uso inapropiado de la hospitalización, utilizando las bases de datos: MEDLINE, Health Star, DIC y la Cochrane-Library CD-ROM.

Principales resultados

El Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es el instrumento más utilizado y validado; presenta rangos de validez –estadístico kappa– del 39-80% en la valoración de ingresos y un 59-91% para estancias, y fiabilidad del 24-75% y 64-85% respectivamente. Los autores señalan, no obstante, que sobreestima la valoración del uso inapropiado porque asume como posible una situación de idoneidad en la disponibilidad de centros de media y larga estancia. Los otros instrumentos identificados han sido escasamente probados: con fiabilidad y validez del 85-98% y 71% respectivamente, para el Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol (pAEP). Los autores también indican que el Intensity-Severity-Discharge-Screen (ISD) presenta una fiabilidad del 54-60% y validez del 29-59% para ingresos y estancias; no obstante, las versiones específicas de este instrumento (hospitalización a domicilio, rehabilitación, agudos y subagudos) y el Medical Patient Assessment Protocol (MPAP) no han sido evaluadas. Asimismo, para los autores el Oxford Bed Study Instrument (OBSI) no ha sido suficientemente evaluado e infraestima el uso inapropiado.

En poblaciones específicas, como las personas mayores de 65 años, los diferentes instrumentos indican un rango de utilización inadecuada entre el 1-11% para ingresos y 6-78% para estancias; asimismo, para pacientes con enfermedades neurológicas se han encontrado 15-36% estancias inapropiadas; en pacientes psiquiátricos 29% de ingresos y 24-58% para estancias. En los pacientes con HIV se detectó un 32% de estancias innecesarias debidas principalmente a alguna demora al alta en relación con cuidados alternativos domiciliarios. En la población general los ingresos muestran rangos de inadecuación entre el 1-54% y estancias del 5,5-62% independientemente del instrumento utilizado (con el AEP el rango fue de 5-29% y 17-45% para ingresos y estancias, respectivamente). En la población pediátrica (únicamente analizan tres estudios), el pAEP señala para los ingresos un rango de 2-29% y para las estancias un 12-40%.

En general, los distintos instrumentos utilizados, la disparidad de los periodos evaluados, la heterogeneidad de las poblaciones y centros estudiados influyen en las tasas de hospitalización inadecuada. Para evitar esta gran diversidad los autores proponen las siguientes medidas: 1)

Validación de todos los instrumentos que se utilicen, 2) todos los estudios deberían hacer constar si existen alternativas “ideales” a la hospitalización tradicional y 3) mejorar la identificación de las causas de hospitalización inadecuada.

Financiación: Department of Health. Correspondencia: M.S. McDonagh, msm7@york.ac.uk

COMENTARIO

El artículo recae en el tópico de la gran heterogeneidad y la falta de validación de los instrumentos de evaluación de la adecuación de la hospitalización, aunque sin citar trabajos que ya analizaron este aspecto, y tampoco tiene en cuenta un trabajo que analizaba la estrategia para este tipo de estudios (1). Los autores señalan la dificultad de extraer conclusiones prácticas sobre cómo reducir la inadecuación del uso de los servicios hospitalarios en el futuro y que, aun con las limitaciones señaladas sobre el AEP, se deben tener en cuenta, entre otros, los potenciales beneficios para la gestión sanitaria del diseño de programas selectivos de reducción del uso innecesario. Proponen asimismo mejorar la identificación de las causas, un aspecto crítico para el diseño de estrategias de mejora y que, tal vez, requiera estudios cualitativos.

Se podrían señalar en el trabajo diversas limitaciones –especialmente la limitación de la búsqueda, que no es sólo idiomática, o la interpretación de los valores de concordancia–, pero debe resaltarse la virtud –pese a que los autores probablemente no estarían de acuerdo– de mostrar que los instrumentos de evaluación del uso inadecuado han estado sometidos a escrutinio más intenso que muchos otros instrumentos y escalas utilizados en clínica. Esto no evita sus limitaciones, pero el conocimiento de las mismas permite la “adecuada” utilización de los mismos. Y es que el valor del AEP e instrumentos similares no deriva tanto de su rendimiento diagnóstico como del extenso conocimiento que tenemos de su utilidad (2), por lo que su administración se aleja de la mera investigación, constituyéndose ya una herramienta adecuada en la evaluación de la calidad asistencial.

(1) Ash A. The Design and Analysis of Hospital Utilization Studies. *Int J Qual Health Care* 1995; 7:245-52.

(2) Peiró S, Meneu R, Lorenzo S, Restuccia JD. Assessing the necessity of hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: a different perspective. *Int J Qual Health Care* 2001; 13:341-4.

Modesto Martínez-Pillado
Complejo Hospitalario de Pontevedra
Susana Lorenzo
Fundación Hospital Alcorcón

El uso de *benchmarks* alcanzables en la práctica clínica mejora la calidad asistencial

Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW.

Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback. A randomized controlled trial. JAMA 2001; 285 (22):2871-2879.

Objetivo

Evaluar la efectividad del uso de *benchmarks* alcanzables como técnica que mejora la calidad de la práctica médica.

Tipo de estudio

Ensayo clínico aleatorio.

Contexto

Tanto el *performance feedback* como el *benchmarking* son herramientas habituales que se utilizan en el marco de la mejora continua de la calidad asistencial, sin embargo éstas raramente se analizan a través de ensayos clínicos aleatorios. Los *benchmarks* alcanzables asistenciales son estándares de excelencia constituidos por las mejores prácticas clínicas. Además estos indicadores son fáciles y reproducibles de calcular a partir de bases de datos existentes.

Descripción del estudio

Se seleccionaron 97 clínicos en 1996, de los cuales 70 finalizaron el ensayo clínico en 1998. Todos ellos fueron asignados aleatoriamente a participar en el programa de mejora continua de la calidad asistencial Ambulatory Care Quality Improvement Project-ACQIP (grupo de comparación, n=35) o la idéntica intervención del ACQIP más la incorporación de la técnica de *benchmarks* alcanzables (grupo experimental, n=35). Además, se seleccionaron 2.978 pacientes afectados de diabetes mellitus pertenecientes al Medicare, que pagaban por acto médico, y que también formaban parte del ACQIP de Alabama. Las principales medidas de resultado entre la preintervención (1994-1995) y la postintervención (1997-1998), comparando los dos grupos, fueron las variaciones en los siguientes indicadores: proporción de pacientes que recibían la vacuna contra el virus influenza, proporción de pacientes a los que se realizaba un examen físico de los pies, y proporción de pacientes a los que se realizaba una analítica para controlar la glucosa, el nivel de colesterol y el nivel de triglicéridos.

Análisis estadístico

Para evaluar la magnitud del efecto de la incorporación de los *benchmarks* alcanzables en el grupo experimental, así como para el cálculo de *odds ratio* (OR), se utilizaron modelos lineales generalizados.

Principales resultados

La proporción de pacientes que recibieron la vacuna contra el virus influenza pasó de un 40% a un 58% en el grupo experimental ($p < 0,001$), mientras que en el grupo de comparación se pasó de un 40% a un 46% ($p = 0,2$). Además, tanto el grupo experimental como el de comparación mejoraron significativamente respecto al indicador de la inspección de los pies (46% a 61% vs 32% a 45%) y el control del nivel de glucosa (31% a 70% vs 30% a 65%). Respecto a la vacunación contra el virus influenza, el examen físico de los pies y el control del nivel de glucosa, el grupo de pacientes cuyos clínicos tenían *benchmarks* alcanzables obtuvo OR significativamente más elevadas que el grupo de clínicos de comparación: OR 1,57 (IC 95%, 1,26-1,96), 1,33 (IC 95%, 1,05-1,69) y 1,33 (IC 95% 1,04-1,69), respectivamente. En el caso del control del nivel de colesterol y triglicéridos, el efecto del *benchmark* alcanzable tan sólo fue estadísticamente significativo después de haber ajustado por las características de los clínicos; las OR fueron de 1,40 (IC 95% 1,08-1,82) y 1,40 (IC 95% 1,09-1,79), respectivamente.

Conclusión

El uso de *benchmarks* alcanzables aumenta significativamente la efectividad de la práctica clínica en el contexto de una mejora continua de la calidad.

Financiación: Agency for Healthcare Research and Quality. Correspondencia: Catarina I. Kiefe, PhD, MD, University of Alabama at Birmingham, 1717 11th Ave S, MT 700, Birmingham, AL 35205-4785 (e-mail:ckiefe@uab.edu).

COMENTARIO

Una definición operativa de *benchmarking*, desarrollada por Xerox, es "encontrar e implementar las mejores prácticas". A pesar de que diferentes tipos de *benchmarking* (interno, competitivo, funcional o de proceso) (1) son ampliamente extendidos en el mundo industrial, su aplicación en los sistemas sanitarios todavía es escasa. No obstante, algunos programas sanitarios como el americano Healthy People 2010 ya incorporan objetivos cuantitativos obtenidos de este tipo de técnicas (2).

La utilización del *benchmarking* no significa copiar lo que otras organizaciones hacen, esto no conduce a alcanzar una mejor práctica clínica. Su propósito deriva de la necesidad de establecer objetivos tangibles que permitan lograr las mejores prácticas clínicas. En este sentido, lo que es importante en la implementación creativa del *benchmarking* es el modo en que la organización establece una ventaja competitiva.

La evolución de estas técnicas ha desarrollado los *benchmarks* alcanzables (*Achievable Benchmark of Care-ABC*) (3) cuya metodología se valida en este estudio. De los resultados del mismo se puede extraer que los *benchmarks* deberían: 1) representar un nivel de excelencia, 2) ser demostrablemente alcanzables y 3) estar constituidos por los indicadores extraídos de las mejores prácticas clínicas. Además, en este estudio se demuestra que los ensayos clínicos aleatorios (4), en el marco de la mejora continua de la calidad, son factibles como modelo conceptual para generar y evaluar intervenciones como la que analiza este trabajo.

En gestión sanitaria se debería potenciar este tipo de técnicas, de manera que formaran parte del actual esfuerzo de mejora del proceso asistencial, y no como un trabajo extra. Sin embargo, cabe destacar que dichas técnicas, de las que no se ha demostrado su coste-efectividad ni su viabilidad a largo plazo, exigen bases de datos muy robustas para su aplicación.

Finalmente, enfatizar que el *benchmarking* es más que el simple establecimiento de objetivos, su fin último es estimular la competitividad innata de superación de las personas.

(1) Camp RC, Tweet AG. Benchmarking applied to health care. J Qual Improve 1994; 20:229-38.

(2) Allison JJ, Kiefe CI, Weissman NW. Can data-driven benchmarks be used to set the goals of Healthy People 2010? Am J Public Health 1999; 89:61-5.

(3) Kiefe CI, Weissman NW, Allison JJ, Farmer RM, Weaver M, Williams OD. Identifying achievable benchmarks of care (ABCs): concepts and methodology. Int J Qual Health Care 1998; 10:443-7.

(4) Samsa G, Matchar D. Can continuous quality improvement be assessed using randomized trials? Health Serv Res. 2000; 35:687-700.

Jordi Colomer Mascaró (Hospital Vall d'Hebron)

Silvia Ondategui Parra (Hospital Vall d'Hebron y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra)

La atención prehospitalaria en el síndrome coronario agudo en España debe mejorar de forma importante

Aguiayo de Hoyos E, Reina Toral A, Ruiz Bailén M, Colmenero Ruiz M, García Delgado M y Grupo ARIAM.

La asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. *Aten Primaria* 2001; 27:478-83.

Objetivo

Evaluar la atención prehospitalaria dispensada por los diferentes dispositivos a los que acude el paciente con Síndrome Coronario Agudo (SCA) en el momento que decide solicitar asistencia previamente a su ingreso en el hospital.

Diseño

Estudio retrospectivo sobre los datos obtenidos del registro ARIAM.

Emplazamiento

Hospitalario.

Pacientes y métodos

Pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI), derivados a unidades de cuidados intensivos de los 70 hospitales incluidos en el registro ARIAM (Análisis del Retraso del Infarto Agudo de Miocardio). Los pacientes se catalogan dependiendo de sus antecedentes coronarios isquémicos previos y al sistema sanitario que los atendió en primer lugar. Se evalúa la atención prestada mediante una escala específica, con especial atención en medidas elementales: administración de ácido acetilsalicílico (AAS) y nitroglicerina (NTG) y la realización de ECG.

Resultados

Se revisaron los datos de 30.746 pacientes, de los que el 70,4% presentaba IAM y el 29,6% AI, con 3:1 de relación varón/mujer. La puntuación media de la escala de atención prehospitalaria fue de 1 punto. Acudieron por sus propios medios un 48,5%, haciéndolo el resto por dispositivos de atención urgente. Se administró NTG al 36,7% y AAS a un 13,1%. Los pacientes con antecedentes de IAM tenían proporciones similares de NTG y AAS. Entre los dispositivos tampoco la presencia de antecedentes parece determinar una actitud diferente. La evolución temporal no ha experimentado cambios espectaculares y las tendencias al alza observadas son más acusadas para las medidas menos establecidas.

Conclusiones

Dentro de la evaluación de la asistencia prehospitalaria al SCA existen numerosas oportunidades de mejora que hay que desarrollar en varios frentes y donde estén implicados todos los estamentos de la asistencia sanitaria.

Financiación: No consta. Dirección para correspondencia: Eduardo Aguiayo de Hoyos. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de las Nieves. Avda. Fuerzas Armadas, s/n. 18014 Granada; eaguayo@ariam.net.

COMENTARIO

El trabajo presenta datos obtenidos del ARIAM, un registro iniciado en 1994 y que actualmente incluye a 70 hospitales de toda la geografía española, lo que ha permitido tener datos de más de 30.000 enfermos de cardiopatía isquémica. Este registro fue diseñado para conocer el tiempo de retraso en la administración del fibrinolítico cuando éste estuviese indicado, y una vez conocido dónde radicaba éste, e instaurar planes estratégicos para disminuirlo, pero también obtiene datos de la asistencia recibida antes de la llegada al hospital y del modo de acceso a éste, ya sea por medios propios como a través de algún dispositivo asistencial.

Además del fibrinolítico, la administración de AAS ha demostrado su utilidad en varios estudios, con una reducción de la mortalidad del 35% en el AI, y el ensayo clínico ISIS-2 mostraba la importancia de la precocidad de su administración, con una disminución de la mortalidad prehospitalaria de un 20%. Las otras dos medidas también consideradas estándares son la realización de ECG, en el que radica el diagnóstico, y la administración de NTG.

En los resultados de este estudio muestran que la mitad de los pacientes llegan al hospital por medios propios, y sólo la otra mitad lo hace a través de los distintos dispositivos sanitarios. En cuanto a medidas terapéuticas, únicamente una tercera parte recibió NTG, y sólo un 13% recibió AAS (mientras que el ECG se realizó en un 20% de los pacientes). Dado que la administración de aspirina ante la sospecha de infarto es una práctica de elevada eficacia y segura, los resultados hablan pobremente del conjunto del sistema de atención a los síndromes coronarios agudos. Llama la atención que estos porcentajes sean similares en los que tenían antecedentes de cardiopatía isquémica como en los que no (indicativo de escasa información sanitaria durante el tratamiento previo), y la tendencia en el tiempo, con un discreto aumento de estas medidas aunque dista mucho de acercarse a los estándares.

Estos datos contienen elementos para la reflexión, pero también una llamada a no demorar la actuación. La atención prehospitalaria del SCA es mejorable y deben desarrollarse urgentemente guías de tratamiento y sistemas de coordinación de todos los dispositivos sanitarios que intervienen en la atención del paciente con SCA, además de informar a los pacientes de su enfermedad y de las medidas urgentes a tomar ante un nuevo episodio de SCA.

Remedios Clemente García

Investigadora ARIAM. Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia

José Cuñat de la Hoz

Coordinador ARIAM de la Comunidad Valenciana. Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia

La realización de test de *H. pylori* y endoscopia no es coste-efectiva frente a la administración de fármacos antiácidos en el manejo de la dispepsia

Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn A, Hobbs FDR.

Randomised controlled trial of *Helicobacter pylori* testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. *BMJ* 2001; 322:898-901.

Objetivo

Cada año se dedican muchos recursos económicos al manejo de la dispepsia y la realización de endoscopias. La estrategia de test y endoscopia tiene el atractivo de reservar ésta para aquellos pacientes con un resultado positivo de infección por *H. pylori*, y reducir el consumo de recursos que supondría hacer una endoscopia a todos. Los pacientes con resultado negativo pueden tomar fármacos antiácidos de manera empírica. A pesar de ello, la estrategia de test y endoscopia no ha sido investigada en un ensayo controlado y aleatorizado (ECA), ni tampoco hay ningún estudio clínico basado en atención primaria.

El objetivo del estudio fue determinar la razón coste-efectividad de la estrategia de test de *H. pylori* y endoscopia, en comparación con la administración empírica de antiácidos en el manejo de la dispepsia en atención primaria.

Sujetos y métodos

Se diseñó un ECA con 478 pacientes menores de 50 años que habían presentado síntomas de dispepsia durante más de cuatro semanas. Se excluyeron aquellos a los que en los últimos tres años se les había realizado una endoscopia o un tránsito baritado. Dispepsia se definió como dolor epigástrico o acidez con o sin náuseas y distensión. Las estrategias comparadas fueron 1) administrar el test de *H. pylori* (Helisal) y acceso abierto a endoscopia para aquellos pacientes con resultados positivos; y 2) manejo habitual, consistente en fármacos antiácidos o derivación al especialista, a discreción del médico de primaria. La medida de resultado de coste-efectividad fue la mejora de síntomas, la calidad de vida y el uso de recursos a los 12 meses. Los costes se calcularon desde la perspectiva del sistema sanitario, teniendo en cuenta los recursos consumidos en atención primaria y especializada, y recogidos en los registros de atención primaria.

Los datos se analizaron siguiendo la estrategia de intención de tratar. Se calcularon diferencias entre grupos mediante t-test, y se identificaron variables asociadas a las tasas de respuesta mediante regresión logística, que se incluyeron luego en modelos de análisis de la covarianza para evaluar su relación con síntomas y calidad de vida.

Resultados

El 40% del grupo de estudio tuvo un resultado positivo al hacer el test del *H. pylori*. Al 45% del grupo de estudio se le realizó una endoscopia, mientras sólo se le realizó al 25% de los controles. Se diagnosticaron más úlceras en el grupo de estudio (7,4% vs 2,1%, $p=0.011$). La comparación de síntomas y calidad de vida mostró que los dos grupos mejoraban en el tiempo, independientemente de ser estudio o control. El análisis de la covarianza mostró que la edad y el hecho de fumar no tenían un efecto diferencial en los síntomas o la calidad de vida. No se observaron diferencias significativas en las tasas de prescripción, número de visitas, derivaciones y tratamientos erradicadores de *H. pylori* entre los dos grupos. Los costes fueron más altos en el grupo de estudio que en el grupo control (£367,85 vs £253,16 por paciente). La diferencia de £114,69 por paciente no estaba asociada con ninguna diferencia en resultados clínicos.

Conclusiones

La estrategia de test de *H. pylori* y endoscopia aumenta el número de endoscopias realizadas, en relación a la práctica habitual en atención primaria. Los costes adicionales no compensan los beneficios (no diferentes de forma significativa) en cuanto a alivio de síntomas o calidad de vida. Es decir, la estrategia de test y endoscopia es menos coste-efectiva que la estrategia de manejo habitual.

Fuentes de financiación: NHS research and development primary secondary care interface programme y NHS Executive, West Midlands. La Fundación Astra suministró los test Helisal. Conflicto de intereses: ninguno declarado. Correspondencia: B.C. Delaney, Department of Primary Care and General Practice, Division of Primary Care, Public and Occupational Health, University of Birmingham Medical School, Birmingham B15 2TT; b.c.delaney@bham.ac.uk.

COMENTARIO

Los resultados de este análisis ponen de manifiesto que la estrategia diagnóstica mediante test de *H. pylori* y endoscopia supone un aumento en el consumo de recursos sin producir un beneficio clínico. Contrariamente a lo que cabría esperar no hay una disminución en el número de visitas en el grupo de estudio. La mayoría de los pacientes investigados tenían dispepsia no ulcerosa, y el número de úlceras fue demasiado pequeño para detectar el efecto de la erradicación del *H. pylori*. La baja prevalencia de enfermedades tratables en pacientes menores de 50 años hace que el uso de métodos relativamente caros para encontrar casos no sea eficiente. En pacientes mayores de 50 años, en los que la prevalencia de patología orgánica es mayor, otro ECA ha mostrado que la realización de endoscopia sí puede ser eficiente comparada con el manejo empírico (1).

A pesar de que los fármacos antiácidos son efectivos para el tratamiento de la dispepsia no diagnosticada y el reflujo, el tratamiento con este fármaco pierde la oportunidad de curar a una pequeña proporción de pacientes con úlcera asociada a *H. pylori*. La alternativa de tratamiento erradicador empírico puede ser coste-efectiva, dependiendo de la prevalencia de úlcera péptica en la población (2), aunque ningún estudio ha tenido en cuenta el problema de resistencias bacterianas que supone la administración empírica de antibióticos. El siguiente paso sería estudiar si una estrategia algo más selectiva como test y erradicación es coste-efectiva en el manejo inicial de la dispepsia en atención primaria.

(1) Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn AM, et al. Cost effectiveness of initial endoscopy for dyspepsia in patients over the age of 50 years: a randomised controlled trial in primary care. *Lancet* 2000; 356:1965-1969.

(2) Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, Mason J, Innes M, Delaney B. Systematic review and economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000; 321:659-664.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia
Harvard School of Public Health, Boston

Cuidar a los cuidadores. Un aspecto que no debe descuidarse

Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL.

Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers. *Ann Intern Med.* 2000; 132:451-9.

Problema

¿En qué medida las enfermedades terminales suponen una importante carga sobre los pacientes y sus cuidadores? ¿De qué tipo son estas cargas y cuáles son sus causas?

Objetivo

Determinar los mecanismos por los cuales se producen cargas económicas y no económicas en enfermedades terminales e identificar actuaciones potencialmente paliativas.

Diseño

Estudio observacional prospectivo.

Población y método

Se realizan entrevistas en persona a 988 pacientes terminales y 893 cuidadores. Las entrevistas se realizaron en seis ciudades de EEUU tomadas al azar: Worcester (Massachusetts); St. Louis (Missouri); Tucson (Arizona); Birmingham (Alabama); Brooklyn (New York); y Mesa County (Colorado).

Medidas de resultado

Se midió la necesidad de transporte, cuidados de enfermería, asistentes en el hogar y cuidado personal. Percepción subjetiva de la carga económica; gasto de más de un 10% de los ingresos en el coste del cuidado para la salud. La depresión en el cuidador y sentimiento de que interfiere en su vida personal; y pacientes que han considerado la eutanasia o el suicidio asistido por personal sanitario.

Resultados

De todos los pacientes el 34,7% tuvo necesidad de cuidados de manera intensiva. Los pacientes que requirieron cuidados intensivos relataban con mayor frecuencia que: a) tenían sentimientos subjetivos de carga económica (44,9% frente al 35,3%; $p < 0,005$), b) el 10% de sus ingresos se gastaba en el cuidado de su salud (28,0% frente al 17,0%; $p < 0,001$); y c) que ellos o sus familias tuvieron que pedir un préstamo o una hipoteca, gastar sus ahorros, o buscar un trabajo adicional (16,3% frente al 10,2%, $p=0,004$). Los pacientes con necesidad de cuidados intensivos pensaban más en la eutanasia o el suicidio asistido por personal sanitario ($p=0,001$). Los cuidadores de estos pacientes tenían mayor tendencia a sufrir síntomas depresivos (31,4% frente al 24,8%; $p=0,01$) y referían que el cuidar a los pacientes afectaba a su vida personal (35,6% frente al 24,3%; $p=0,001$). Los cuidadores cuyos médicos atendían simultáneamente las necesidades de pacientes y cuidadores tuvieron menores cargas.

Conclusiones

Las necesidades de cuidados de alta intensidad son una importante causa de cargas económicas y de otros tipos asociadas a las enfermedades terminales. A través de la empatía los médicos deben ser capaces de disminuir algunas de esas cargas.

Financiación: Commonwealth Fund y Nathan Cummings Foundation. Conflicto de intereses: no consta. Correspondencia: Dr. E.J. Emanuel: Department of Clinical Bioethics, Warren G. Magnuson Clinical Center, National Institutes of Health, Building 10, Room 1C118, Bethesda, MD 20892-1156.

COMENTARIO

El elevado volumen de personas que prestan cuidados a familiares enfermos o dependientes, ahorrando un extraordinariamente importante volumen de recursos al sistema formal de atención socio-sanitaria, es un problema seguido con preocupación en todas las sociedades actuales.

El envejecimiento de la población, el incremento de determinadas patologías crónicas y de personas dependientes, la preocupación por la eficiencia de los servicios sanitarios de cuidados agudos y la preocupación por las preferencias de los pacientes y familiares, se han conjugado en políticas que intentan mantener a los pacientes crónicos con elevada dependencia en su entorno natural (domicilio) y que convierten los cuidados familiares informales en el eje en los cuidados a corto y largo plazo de los ancianos y otras personas dependientes (enfermos terminales, enfermos de Alzheimer...).

Los cuidadores constituyen elemento terapéutico clave cuando la asistencia se lleva a cabo en un hospital, pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del propio enfermo. Los cuidadores que llevan a cabo su actividad en el domicilio se encuentran sometidos a una situación estresante y en riesgo de desbordamiento y agotamiento de sus recursos (burnout), lo que puede repercutir en su propia salud y también en la salud del paciente (desatención, malos tratos, mayores tasas de institucionalización, etc.).

Para evitar o disminuir el desgaste físico, psicológico y social de los cuidadores se han desarrollado tres tipos de servicios: cuidados de respiro o alivio de los cuidados al cuidador, programas educativos y de transferencia de información a los cuidadores, y grupos de apoyo. Aunque existen diversos estudios sobre la eficacia de estas intervenciones, apenas existen –hasta la fecha– revisiones de conjunto que evalúen la efectividad de las diversas intervenciones para reducir la sobrecarga del cuidador informal, aspecto de enorme trascendencia para el diseño de políticas de salud. Este estudio demuestra que la empatía de los médicos y su preocupación por los cuidadores –una intervención simple y barata– también contribuye a reducir el desgaste.

María Consuelo Cuenca

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

La aplicación práctica de la "Disponibilidad A Pagar"

Olsen JA, Smith RD.

Theory versus practice: a review of 'willingness-to-pay' in health and health care. Health Econ. 2001 10(1):39-52.

Métodos

Revisión de 71 artículos publicados en lengua inglesa que utilizan encuestas para estimar el "Willingness To Pay" o la "Disponibilidad A Pagar" (DAP a partir de ahora) por una determinada tecnología sanitaria, obtenidos a partir de las bases de datos Medline y EconLit, durante el período 1985-1998.

Objetivo

Señalar razones por las que la DAP es una medida de beneficio de intervenciones en salud superior a los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) y constatar cómo los estudios empíricos recogen las implicaciones teóricas en las que se basa la DAP.

Resultados

En cuanto a la superioridad teórica de la DAP, los autores identifican tres razones. En primer lugar, el enfoque de la DAP está sólidamente respaldado por la economía del bienestar. En segundo lugar, a diferencia de los AVACs, no limita los valores expresados a efectos sobre la salud exclusivamente y, por tanto, su perspectiva es más amplia. Por último, la DAP permite valorar los beneficios de una intervención en las mismas unidades que los costes, es decir, conducen a un análisis coste-beneficio (ACB), lo cual es de suma utilidad para los decisores a la hora de alcanzar la eficiencia asignativa.

En opinión de los autores, la primera razón de la superioridad teórica de este enfoque no es causa suficiente para su empleo en la evaluación de programas de salud si no está acompañada de las otras dos. En cuanto a la segunda, en este tipo de estudios se debería distinguir entre efectos sobre la salud, utilidad a lo largo del proceso (beneficios derivados de la información recibida, los cuidados, la reducción en la ansiedad y la comunicación recibida en el proceso per se, con independencia de los efectos sobre la salud) y valores de opción y externalidades. En cuanto a los efectos sobre la salud, se deben tener en cuenta tres dimensiones: mejora, duración y probabilidad. Sólo 7 trabajos tuvieron en cuenta las tres y únicamente 10 incluyeron dos. En el segundo caso, utilidad a lo largo del proceso, en 12 trabajos se valoró la información recibida por el paciente por sí misma, mientras que en 9 se incluyó el valor de los cuidados recibidos. En 39 estudios se incluye, implícita o explícitamente, este tipo de medidas, si bien sólo en 18 se realiza una descripción adecuada de las mismas. Sobre el tercer tipo de efecto, en 6 estudios se incluyó el valor de opción como medida a reseñar, en 2 las externalidades potenciales o reales y en 7 más se incluyeron ambas.

Por último, la tercera razón teórica hace referencia a la superioridad del ACB. Tan sólo 25 de los 71 artículos incluyeron algún tipo de comparación entre costes y DAP, e incluso en dichos casos, dentro de un contexto de financiación pública de recursos destinados a salud con un gasto total dado, no es posible recomendar o rechazar la tecnología sanitaria evaluada sin conocer el coste de oportunidad que supondría llevar a cabo ésta sin conocer los beneficios perdidos por la intervención alternativa a la que sustituirían. De los trabajos revisados 51 valoraron un único programa, sin que se comparara con alternativa alguna. Además, las

consideraciones de equidad raramente son recogidas: 16 estudios del total.

Conclusión

Los autores aprecian una gran diferencia entre la "gloria teórica de la DAP" y la limitada utilidad para las políticas públicas de salud de la mayoría de los estudios que han aplicado dicho método.

COMENTARIO

La DAP se está asentando en los últimos años como el enfoque predominante a la hora de realizar Análisis Coste-Beneficio (ACB). Existe una amplia coincidencia entre la profesión económica sobre su sólida base teórica, si bien como el artículo señala y demuestra, de ahí su relevancia, no se puede negar las dudas presentes acerca de las dificultades de realizar un correcto análisis basado en la DAP.

La aparente falta de coherencia entre teoría y práctica no es sino el reflejo de la complicación de llevar a cabo un análisis riguroso según este enfoque. Junto a lo ya señalado, cabe añadir alguna dificultad más inherente a estos estudios. Por una parte, simular un escenario creíble para el encuestado es uno de los primeros y más complicados pasos a realizar en una encuesta de este tipo. En segundo lugar, y unido a lo anterior, una vez que el encuestado entra en el juego, saber si sus respuestas se basan o no en un comportamiento estratégico es otra duda que planea sobre estos análisis.

Por último, si bien desde el punto de vista teórico el ACB presenta evidentes ventajas a priori como elemento informativo en el proceso de toma de decisiones, no es menos cierto que este tipo de análisis es el menos utilizado, al menos en la última década en nuestro país, y que los decisores sanitarios son más partidarios de los análisis de coste-efectividad (ACE). Si las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias tienen una utilidad es la de proveer a estos agentes, en sus distintos niveles, información relevante para la toma de decisiones. El hecho de que los ACB, por alto que sea su rigor metodológico, no sean aceptados o despierten recelos entre estos agentes debe estimular la reflexión acerca de su utilidad real.

Por todo lo anterior son comprensibles las dudas despertadas sobre la aplicación práctica de este enfoque, pero aunque todo es mejorable, ello no debe llevar a la parálisis ni a rechazar lo ya existente, sino a utilizar los conocimientos adquiridos y a seguir trabajando en la mejora de las herramientas actuales y en la búsqueda de alternativas superiores. Sin duda nada de ello es sencillo, pero todo viaje, por largo que sea, comienza con un simple paso.

Juan Oliva
Fundación Gaspar Casal
Universidad Carlos III

Un tercio de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios son inadecuadas

Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I.

Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons – an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001; 37:629-32.

Objetivo

Se evalúa la adecuación de las visitas médicas a un servicio de urgencias hospitalario empleando un instrumento basado en criterios objetivos y explícitos. Se analiza la asociación entre la visita inadecuada y ciertos factores y se identifican las razones del uso inapropiado.

Diseño

Diseño transversal a partir de una muestra aleatoria de 2.980 visitas realizadas a los SUH del hospital universitario de Elche (público, 416 camas y que da cobertura a una población de 230.000 habitantes).

Métodos

Se ha empleado el protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH), cuya descripción y validación se recoge en los anexos 1 y 2 del artículo. El periodo del estudio abarca desde mayo de 1996 hasta abril de 1997 y se han excluido las urgencias de pediatría, las de obstetricia y las que fueron atendidas directamente por el servicio de traumatología.

Resultados

El 29,6% (IC 95% 27,9-31,2) de las visitas se clasificaron como inapropiadas. De ellas el 83,9% se realizaron por pacientes que acuden de forma espontánea, mientras que el 16,1 lo hacen derivados por un médico. El 51,1% de las consultas inapropiadas se debe a que el usuario tiene más confianza en los servicios de urgencias hospitalarios que en el dispositivo de atención primaria. La inadecuación se asoció a pacientes jóvenes, que acuden al centro con sus propios medios de transporte, en ciertos meses del año y grupos diagnósticos de baja gravedad.

Conclusiones

El uso inadecuado supone un importante porcentaje de las visitas realizadas en un servicio de urgencias hospitalario. De entre las razones que conducen a ello, las relacionadas con las preferencias de los usuarios, tanto por confianza como por accesibilidad frente a la atención primaria, son las que representan el volumen más importante.

Financiación: Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Dirección para correspondencia: Salvador Peiró. speiro@comv.es

El trabajo responde satisfactoriamente a las cuestiones básicas que este tipo de estudios debe hacer (2): se define objetivamente la visita inadecuada, se tiene en cuenta el contexto social en el que se realiza, describe las características de las visitas inadecuadas que, si bien presenta alguna limitación en la comparabilidad de grupo, ofrece una visión de los factores asociados incluyendo la opinión de los usuarios que hacen especialmente interesante este apartado.

La reflexión se plantea a partir de los resultados y sobre todo en si queremos hablar de un 30% de visitas inadecuadas o de un 70% de visitas adecuadas. En el primer caso no cabe duda de que la reducción de este porcentaje elevado de las urgencias inadecuadas sería deseable a efectos de hacer más eficiente el sistema y de poder garantizar una utilización de recursos de atención urgente a los usuarios que precisen esta atención. Si además esta reducción se consigue gracias a que la atención primaria consolida su papel dentro del sistema sanitario y garantiza calidad, capacidad de resolución, longitudinalidad y seguimiento frente al paciente, habremos superado un importante problema.

Sin embargo, hay ciertas dudas acerca de que ésta sea la única interpretación posible. Y por lo que se desprende del artículo los que parece que lo tienen más claro son los usuarios, que no dudan en afirmar que los motivos por los cuales deciden ir a un servicio de urgencias hospitalario es porque les ofrece más garantías que cualquier otro nivel asistencial. Ante esta opinión se abre una vía de actuación que no debe ir tan encaminada a conseguir que a los servicios de urgencias acudan menos usuarios, sobre todo si tenemos en cuenta los costes marginales que puede suponer el atender a un paciente más en urgencias, sino en plantearse reorganizaciones a distintos niveles de los servicios sanitarios (reorganización de los SUH y su relación con el resto del hospital, accesibilidad del usuario al primer nivel asistencial, flujos de información hacia el paciente y desde el paciente hacia los servicios de salud, etc.). Todo ello para dar respuesta a las necesidades y preferencias de nuestros pacientes, puesto que seguro que hay mejores formas de atenderlos que culpabilizándoles de emplear de forma (in)adecuada un servicio de urgencias hospitalario (2).

COMENTARIO

Lo incuestionable del artículo es la disponibilidad de un instrumento, el PAUH, para cuantificar de forma objetiva y explícita las visitas inadecuadas a un servicio de urgencias. Un instrumento muy fiable si bien con limitada validez respecto a la opinión de expertos. Ahora bien, tal y como los autores reconocen, se ha conseguido una alta especificidad (los casos inadecuados son catalogados como tales) a costa de la sensibilidad, situación aceptable si lo que pretendemos es identificar la fracción claramente inadecuada de la utilización inapropiada (1). Además permite por una parte contrastar la evolución del centro en cuanto a las urgencias inadecuadas y por otra posibilita la comparación con otros centros.

(1) Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Rev Esp Salud Públ 1999; 73:465-79.

(2) Lowe RA, Abbuhl SB. Appropriate standards for "appropriateness" research. Ann Emerg Med June 2001; 37:629-32.

Eusebi Castaño Riera
Servei Balear de la Salut

XIII EDICIÓ

MASTER DE ADMINISTRACIÓ I DIRECCIÓ DE SERVICIS SANITARIS

MADS

"Programa dirigit a médicos y otros profesionales del sector sanitario, tanto público como privado, con interés en la gestión clínica y sanitaria"

Comienzo: Madrid, 22 de Febrero 2002

Dirección: Juan del Llano Sears y Ortún Rubio

Información e inscripción: Servicio de información permanente, Flor Raigada, tno.: 91 401 62 19

Sesiones informativas: 19 de diciembre de 2001; 16 de enero y 13 de febrero de 2002
a las 19 horas en la sede del Colegio Universitario Cardenal Cisneros, Aula 4,
c/ General Díaz Porlier, 80 - 1ª planta

Información en Internet sobre Master, el IDEC, la Universidad Pompeu Fabra y la Fundación Gaspar Casal:
www.e-mads.org • www.upf.es/idec • Correo electrónico: fgcasal@terra.es

Entidades colaboradoras: PriceWaterhouseCoopers, Fundación Sanitas, Lilly, Janssen-Cilag, Fundación Mapfre Medicina, Novartis, GSK, Pfizer, Scientific Communication Management (Grupo Vivendi Universal) Strong Comunicacines y Colegio Universitario Cardenal Cisneros



MADS

La *Fundación Gaspar Casal* convoca tres becas o su equivalente en ayudas parciales, dirigidas a Médicos/Farmacéuticos/Psicólogos Internos Residents interesados en cursar el MADS

Sistemas de priorización de listas de espera de cataratas: una experiencia en marcha

Bellan L, Mathen M.

The Manitoba Cataract Waiting List Program. *Can Med Assoc J* 2001; 164:1177-80.

Antecedentes

En este artículo se describe el Programa sobre Lista de Espera de Catarata de Manitoba (Manitoba Cataract Waiting List Program, MCWLP), el primer programa de carácter provincial en Canadá para monitorizar la lista de espera de cataratas y priorizar pacientes.

Descripción del programa

Iniciado en 1993, este programa registra a todos los pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas en Winnipeg (más del 90% de los casos de cataratas realizados en la provincia). En su diseño participaron todos los miembros del Departamento de Oftalmología, y se contó con el asesoramiento de un experto en ética médica.

El sistema de puntuación tiene en cuenta el grado de discapacidad visual relacionada con la catarata (medido con el índice VF-14), la dificultad para trabajar debido a la discapacidad visual, la posible pérdida del permiso de conducción, el tiempo en lista de espera, pero no la edad (para evitar la penalización de la gente mayor). Los puntos para cada uno de estos criterios fueron asignados por el departamento.

En 1998 se creó un aplicativo informático para la gestión de la lista de espera con dos componentes: el "activo" (para el seguimiento de los pacientes programados para cirugía en lista de espera) y el "pasivo" (que contiene todos los registros de las operaciones realizadas y las programaciones canceladas). Cuando los pacientes son programados para cirugía los oftalmólogos deben enviar una petición de programación al hospital. Éste contacta por teléfono con cada uno de los pacientes para administrar el cuestionario VF-14, información que se registra derivar la puntuación de priorización. Cada oftalmólogo recibe un informe mensual con la lista de sus pacientes en orden de prioridad y decide a qué pacientes desea operar y en qué orden. El oftalmólogo puede revisar la puntuación del VF-14 si la situación del paciente empeora o si existe comorbilidad ocular que hace sobrestimar el potencial beneficio de la cirugía. La base de datos se revisa exhaustivamente dos veces al año.

Evaluación preliminar

En el período de enero a noviembre de 1999, se observó un descenso del tiempo medio en espera (de 34,7 a 28,9 semanas), pero no hubo diferencias de edad, puntuación del VF-14 o dificultad para trabajar entre los dos periodos para aquellos pacientes entrevistados y operados. Se dieron importantes variaciones en los tiempos de espera entre oftalmólogos y se constató el fenómeno de la programación simultánea de ambos ojos. Mientras que en los 3 meses previos a la primera evaluación no se observó ninguna relación entre el tiempo de espera y las puntuaciones en el VF-14, la dificultad para trabajar o la posible pérdida del permiso de conducción, el mismo análisis para el segundo período mostró correlación.

Conclusiones

Se trata de un sistema que proporciona una medida objetiva y fiable del tiempo de espera y que permite tratar de forma más equitativa a los pacientes al aplicar un método uniforme de priorización. Este sistema

permitirá el seguimiento a largo plazo de la calidad de la atención y la monitorización de la indicación.

Financiación: No indicada. Correspondencia: Dr. Lorne Bellan, Rm. 271, Misericordia Health Centre, 99 Cornish Ave., Winnipeg MB R3C 1A2; fax 204 786-0978; lbellan@miseri.winnipeg.mb.ca.

COMENTARIO

Este artículo presenta el diseño y aplicación de un sistema de priorización de pacientes basado en un sistema lineal de puntos donde la prioridad se mide en función de factores clínicos o de gravedad (incapacidad visual) y sociales (limitación para trabajar, pérdida del permiso de conducción). Cabe destacar el hecho de utilizar un instrumento de salud percibida (manifestada por el propio paciente), el índice VF-14, y no la agudeza visual para la medida de la discapacidad visual. De hecho, en general los oftalmólogos siempre han abogado por el uso de la agudeza visual por tratarse, según su punto de vista, de una medida objetiva. Aquí la ventaja radica en que este cuestionario es administrado por teléfono desde el hospital y permite evitar así posibles manipulaciones por parte de los médicos.

Los autores manifiestan que hubo consenso en que el grado de discapacidad visual debería pesar mucho en el sistema. También se incluyó el tiempo en lista de espera, factor que otros sistemas de priorización no contemplan al no estar reflejando necesidad de intervención. Así, se ha criticado este sistema por sobrevalorar la conducción y el tiempo de espera, y por no dar puntos a la gente con personas a su cargo. Otra dificultad es que se considera a la discapacidad visual según el VF-14 como único criterio "clínico". Para tener en cuenta otros factores predictores del beneficio, como es la presencia de enfermedades oculares, se debe manipular la puntuación del VF-14.

Entre las limitaciones apuntadas destacan el hecho que la programación de las operaciones aún se decida por cada uno de los oftalmólogos, el peligro de la manipulación de la información, la sobrecarga del papeleo o el no poder asignar una fecha fija de cirugía en el momento de la indicación y sólo una estimación aproximada del tiempo de espera. Por otro lado, los autores no consideraron la posibilidad de invitar a participar en el diseño del sistema de priorización a otros colectivos sociales y no únicamente profesionales de la salud.

El estudio presentado comprueba que la aplicación de un sistema de priorización es plausible, a pesar de los casos sin información (alrededor del 25%), y que efectivamente tiene un impacto sobre la lista de espera. Por ello, la aplicación de un sistema de priorización para racionalizar la lista de espera, aunque sea imperfecto, parece mejor que no utilizar ningún sistema.

Mireia Espallargues

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

La calidad de la información sobre salud en internet es aceptable, pero requiere un nivel cultural elevado

Berland GK, Elliott MN, Morales LS, Algazy JI, Kravitz RL, Broder MS, et al.

Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. *JAMA* 2001 23-30; 285: 2612-21.

Problema

Internet es vasto recurso de información relacionada con la salud. Se estima que durante el año 2000, sólo en Estados Unidos accedieron a la red más de 60 millones de personas en busca de información sanitaria, generalmente para poder decidir sobre un tratamiento. Se conoce muy poco sobre la fiabilidad de la información disponible y sobre el nivel de formación que su comprensión requiere.

Objetivo

Evaluar la información sanitaria ofrecida en internet –tanto en inglés como en castellano– relacionada con cuatro patologías: cáncer de mama, depresión, obesidad y asma infantil.

Diseño

Cuatro enfermedades escogidas por su prevalencia, importancia clínica y la diversidad de las personas afectadas. Se realizaron tres estudios, dirigidos independientemente en cada lengua, entre junio y diciembre del 2000:

En el primero se evaluó la accesibilidad a contenidos relevantes de las patologías indicadas, estudiando el número de conexiones a sitios ("webs") obtenido al introducir las palabras clave "cáncer de mama", "depresión", "obesidad" y "asma infantil" en 14 motores de búsqueda, 10 en inglés y 4 en español, elegidos por su popularidad (nº de accesos), número de citaciones de las palabras clave, referencias en otros sitios y si son o no de pago.

En el segundo 34 médicos especializados en los temas escogidos (30 monolingües en inglés y 4 bilingües) evaluaron la calidad de la información ofrecida en 25 sitios, 18 en inglés y 7 en castellano, mediante una revisión estructurada, elaborada por un panel de expertos, de la cobertura ofrecida a posibles preguntas realizadas por usuarios y de la fiabilidad de la información clínica.

Con el tercero se determinó el nivel académico necesario para la comprensión de la información, mediante el Fry Readability Graph (FRG) validado para ambas lenguas.

Resultados

Partiendo de una muestra de 3.735 páginas en inglés y 1.685 en castellano, y finalizando con 230 y 95, respectivamente, sólo un 20% de los resultados obtenidos con los motores de búsqueda utilizados en inglés y un 12% en castellano, muestran contenidos relevantes. Como término medio, los contenidos clínicos del 45% de los sitios evaluados en inglés y el 22% en castellano son totalmente válidos. Un 24% en inglés y un 53% en español no son fiables. El 47% de los sitios en inglés muestran algún tipo de conflicto de interés, sobre todo de tratamiento. Como tema importante, el 100% de los contenidos en inglés y el 86% en castellano requieren un nivel académico para su comprensión, compatible al menos con la enseñanza secundaria.

Conclusiones

El tiempo necesario para encontrar información exacta y completa sobre un tema sanitario es excesivo. El nivel académico exigido para su comprensión es elevado. Por ello se propone disponer de un directorio de páginas sobre salud en internet, ofrecer información con mayor fiabilidad y sin conflictos de intereses y desarrollar mecanismos que evalúen ruti-

nariamente los contenidos sanitarios en internet, desde programas informáticos a motores de búsqueda inteligentes. Además, estos contenidos deben ser más comprensibles para todo tipo de público.

Financiación: California HealthCare Foundation y Robert Wood Johnson Foundation Clinical Scholars Program. Correspondencia: Gretchen K. Berland, MD, 1700 Main St, M-29, Santa Monica, CA 90407-2138. E-mail: berland@rand.org.

COMENTARIO

Son numerosas las investigaciones que sugieren importantes deficiencias en la calidad de los contenidos ofrecidos en la red relativos a la salud y la sanidad (1-3). Esta información deficitaria, en tiempos de una mayor participación del paciente en la toma de decisiones, puede influir negativamente, siendo un reto el evitar que información de baja calidad llegue a usuarios y a profesionales sanitarios.

Los autores señalan las limitaciones del estudio: variabilidad de la información en la red, uso de términos médicos para la búsqueda y no utilización de un estudio naturalístico. En su favor destacan el uso de motores de búsqueda populares y la simplicidad de los términos utilizados. Mencionan la optimización del tiempo en la consulta si los usuarios acudieran con información fiable y la necesidad de investigar en las implicaciones para la comunicación paciente-médico y en la mejora del uso de la red por profesionales y usuarios. Como originalidad del artículo, desde la preocupación por el aumento de la población hispana en Estados Unidos y la barrera añadida que supone el acceso en la red a información sanitaria en inglés, investigan la accesibilidad y comprensión de esta información.

Numerosas iniciativas pretenden marcar unas líneas básicas sobre la calidad de la información sanitaria en internet desarrollando libros de estilo para su confección y guías de criterios para su evaluación: Health On the Net Foundation, American Medical Association, Organising Medical Networked Information o la propuesta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, entre otras. La acción conjunta de profesionales y usuarios-pacientes puede orientarse hacia una regulación de los contenidos publicados. Se debería valorar una asunción por el profesional de un rol de "mediador" entre la red y los usuarios, dirigiéndolos a información válida, sin olvidar el sesgo que se puede cometer con este consejo.

Es muy conveniente que los usuarios sepan aplicar estos criterios básicos a "webs" dedicadas a la salud. Aunque tal vez sea más importante que además de saber evaluar y leer la información deseada, puedan entenderla.

(1) Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA. Assessing, controlling and assuring the quality of medical information on the Internet. *JAMA* 1997; 277: 1244-5.

(2) Eysenbach G, Dieppen TL. Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *BMJ* 1998; 317: 1496-502.

(3) Sandvik H. Health information and interaction on the internet: a survey of female urinary incontinence. *BMJ* 1999; 319: 29-32.

Sergio García Vicente
Gerencia Hospitales NISA. Valencia.
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

¿Quién y cómo debe decidir si un sistema de salud es bueno o mejor que otro?

Blendon RB, Kim M, Benon JM.

The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs* 2001; 20: 10-20. Comentario: Murray CJL, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people expectations. *Health Affairs* 2001; 20:21-4.

Problema

El Informe 2000 de la Organización Mundial de la Salud (1) medía y ordenaba a todos los países miembros (191) según el grado de consecución de diversos objetivos de los sistemas de salud. El artículo se pregunta hasta qué punto las opiniones de los ciudadanos de esos países deberían ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la bondad o eficiencia de su sistema de salud en lugar de dejar esta valoración solamente a los expertos.

Objetivo

Mostrar la contradicción entre la ordenación basada en la satisfacción expresada por los ciudadanos de algunos países y la resultante de los parámetros de la OMS.

Método

Comparación entre la clasificación de 17 países desarrollados (los 15 de la UE más EE.UU. y Canadá) según el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento de su sistema sanitario y la clasificación que obtienen esos países en tres de los indicadores de la OMS. Estos son: 1) indicador sintético de los logros del sistema en su conjunto, compuesto a su vez de cinco parámetros: el nivel de salud, medido por la esperanza de vida ajustada por discapacidad; la distribución de dicho nivel de salud; la capacidad de respuesta del sistema frente a los ciudadanos (incluye aspectos de respeto y orientación hacia el cliente); la equidad en dicha respuesta y la equidad en la financiación de los servicios de salud, 2) eficiencia (*performance*) del sistema, que relaciona el indicador sintético de los logros con el gasto sanitario del país, y 3) el indicador parcial de capacidad de respuesta del sistema. Los datos de satisfacción proceden, en el caso de los países europeos, de la pregunta relativa a este tema en el Eurobarómetro de 1998, y en el caso de EE.UU. y Canadá, de una encuesta telefónica específica realizada en 2000. La correlación entre las distintas ordenaciones se estima mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Hay una amplia divergencia entre la clasificación de los 17 sistemas de salud según la metodología de la OMS y la que resulta de las encuestas directas de satisfacción de los ciudadanos. Por ejemplo, Italia y España, que obtienen el segundo y tercer puesto en el indicador global de eficiencia de la OMS, ocupan casi los últimos lugares (15 y 13, respectivamente) en cuanto a grado de satisfacción. Al contrario, Dinamarca y Finlandia, cuyos ciudadanos son los más satisfechos, aparecen en los lugares 15 y 16 por grado de eficiencia de su sistema. El coeficiente de correlación entre ambas ordenaciones es negativo. Este coeficiente es ligeramente positivo cuando el nivel de satisfacción se compara con el índice sintético de los logros del sistema y algo mayor cuando se compara con el indicador de capacidad de respuesta ante los ciudadanos, en teoría, el más cercano al concepto de satisfacción.

Conclusión

La diferencia entre lo que los expertos y los ciudadanos perciben como importante suscita la cuestión de hasta qué punto la política sanitaria

debe dar más importancia a los puntos de vista de los unos o de los otros.

Financiación: Commonwealth Fund y Robert Wood Johnson Foundation. Correspondencia: No consta.

COMENTARIO

Desde su publicación, el informe ha levantado una gran polémica que, lejos de remitir, va en aumento. Los gobiernos cuyos sistemas salían malparados se enfurecieron, y un amplio espectro de revistas de prestigio, como *Lancet*, *Health Economics* o *British Medical Journal* han publicado artículos, en su mayoría, críticos. Hay dos cuestiones clave respecto al informe. Una, la discusión sobre la elección de los indicadores que mejor reflejen los objetivos que se le asignan a los sistemas de salud y, dos, quién y cómo se deben medir dichos indicadores.

En su respuesta, Christopher Murray y dos miembros más del equipo de la OMS que elaboró el informe contestan a la crítica de Blendon y colegas (especializados desde hace más de una década en lo de las encuestas de satisfacción) diciendo, básicamente, que aquí se están comparando peras con manzanas. El nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario es algo muy genérico e impreciso, relacionado seguramente con la atención médica personal y con las expectativas, y no con aspectos mucho más amplios del sistema de salud en general, como la mortalidad, las desigualdades de salud, las medidas preventivas y de salud pública, la eficiencia en la gestión, etc. que son los aspectos que tratan de valorar los indicadores desarrollados por la OMS. En mi opinión, los autores del informe tienen razón, aunque ello no es óbice para pensar que alguna forma de tener en cuenta la opinión de los ciudadanos parece importante, y de hecho se dice que la OMS tratará de incluir encuestas de este tipo en futuras ediciones de sus indicadores.

Respecto del cálculo de los indicadores, todo el mundo ha criticado la compleja y no siempre bien explicada metodología, máxime teniendo en cuenta que la enorme diversidad de los países y de la disponibilidad de información hizo necesario suplir la falta de datos con estimaciones o supuestos altamente aventurados en muchos de los casos. Esta crítica, con ser cierta, no debería oscurecer el mérito del intento. Es lógico que cuanto más y mejor se intente aprehender las múltiples facetas de lo que se espera de los sistemas de salud, más compleja sea la metodología. Me parece más justo juzgar el informe por su capacidad para estimular y guiar la acción política que por su finura en la medición. La medición puede mejorar, precisamente con su uso y discusión.

(1) WHO. The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

Marisol Rodríguez
Universidad de Barcelona

La tasa de cesáreas es vulnerable a una buena gestión

Spetz J, Smith MW, Ennis SF.

Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. *Med Care* 2001; 39: 536-550.

Objetivo

Tratar de establecer si la conveniencia del médico y otras consideraciones no estrictamente clínicas son influenciadas por los tipos de organización sanitaria de manera que no afecten adversamente a la atención al embarazo, parto y puerperio.

Diseño

Con datos del año 1995 del Estado de California, y para una muestra de más de medio millón de partos (incidentalmente, con un 46% de madres hispanicas resulta ineludible el traslado de la Academia de la Lengua Española a Méjico o a otro país americano), se estima la probabilidad de cesárea en diversos momentos del día teniendo en cuenta las características de la madre, el tipo de seguro sanitario, los datos del certificado de nacimiento y los de los hospitales donde se produjeron los nacimientos.

Resultados

La probabilidad de cesárea, ajustando por diagnóstico, características de la madre y del hospital depende claramente del tipo de seguro sanitario como también lo hace la probabilidad de cesárea por sufrimiento fetal o distocia. También la probabilidad de tener un diagnóstico de sufrimiento fetal o de distocia –ajustando de nuevo según características de la madre y del hospital– presenta el mismo tipo de variación en función de la organización aseguradora.

Conclusiones

Kaiser, la HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) con médicos exclusivos y responsabilidad grupal ante la atención obstétrica parece influir de manera más adecuada la práctica médica y consigue neutralizar tanto la tendencia a indicar, y realizar, cesáreas por razones de conveniencia (descanso, ocio), como la de realizar cesáreas por otras consideraciones no estrictamente clínicas.

Financiación: Public Policy Institute of California. Conflicto de intereses: Ninguno. Correspondencia: Dr. Joanne Spetz, jojo@alum.mit.edu

COMENTARIO

Las conocidas variaciones en la tasa de cesáreas (California 20,6%: entre el 15,8% de Kaiser y el 24,2% en organizaciones con pago por acto) preocupan en la medida que sean arbitrarias y vulnerables. El artículo ilustra cómo puede mejorarse la adecuación de las cesáreas. El resto de organizaciones distintas a Kaiser ven cómo se produce un aumento general de las cesáreas y una distribución de las mismas que presenta picos acusados por la tarde, cuando el estímulo del descanso resulta más potente. En Kaiser este hecho no se produce fundamentalmente por dos razones: Primera, organización de guardias obstétricas en llamada, atención al parto a cargo de matronas –con organización por turnos– e implicación del médico únicamente en casos de riesgo o complicación; segunda, relación continuada y exclusiva de Kaiser con sus médicos, lo que permite afectar la práctica médica a través de incentivos no financieros como la revisión de la utilización, la educación y las guías de práctica clínica.

El análisis no permite especificar la importancia relativa de todas las variables que afectan la práctica médica (deseo de calidad, prestigio, incentivos financieros y no financieros, formas organizativas...) pero sí permite apreciar que las formas organizativas no son neutras: Que existen formas mejores y peores de gestionar la atención sanitaria según su impacto en la salud de las personas. Y que, en principio, la gestión algo puede aprender de experiencias ajenas tratando tanto de replicar actuaciones que se han mostrado efectivas como de huir de lo que sabemos conduce a una atención inadecuada.

Alguna importancia tendrá en el mejor funcionamiento de Kaiser el sesgo de selección por parte tanto de médicos como de pacientes. Los profesionales clínicos tienen preferencias definidas sobre la forma de ejercer la Medicina y procurarán trabajar con aquellas organizaciones sanitarias que les permitan ejercer la Medicina como ellos la entienden. Por otra parte, alguna importancia pueden tener también las preferencias de las pacientes por la cesárea a la hora de elegir esquema asegurador.

Resumiendo, este artículo confirma conocimientos anteriores ya comentados en *Gest Clin San* sobre la influencia indebida en la tasa de cesáreas de factores que ni son clínicos ni reflejan voluntad de los pacientes y avanza un paso más al identificar variables organizativas, vulnerables a la gestión sanitaria, que permiten mejorar la adecuación y calidad de la atención al parto.

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Financiación de las urgencias: la accesibilidad es la función más importante

Duckett SJ, Jackson T.

Paying for hospital emergency care under a single-payer system. *Ann Emerg Med* 2001; 37:309-317.

Problema

Desarrollar un sistema de financiación adecuado para los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), como elemento crítico para que estos puedan desarrollar adecuadamente sus funciones.

Objetivo

Establecer un marco conceptual para el desarrollo de un modelo de financiación de los servicios de urgencias, e indicar las características básicas deseables en un modelo de financiación mixto bajo sistemas de financiador único.

Método

Revisión narrativa de las funciones de los servicios de urgencias y los costes asociados; de los sistemas de clasificación de la casuística de urgencias y la problemática de la inclusión del *triage* y el tipo de alta como variables clasificatorias; de las opciones conceptuales para establecer modelos de financiación (de presupuesto global, de pago por proceso o sistemas mixtos) y de los elementos clave de cada uno de ellos.

Resultados

Los autores establecen las funciones esenciales de los servicios de urgencia como: 1) accesibilidad las 24 horas del día, todos los días, que tendría características de "bien público" y se trataría de un servicio que se presta incluso cuando no hay pacientes presentes; 2) estabilización clínica: la función clave de los servicios de urgencias, incluso para los pacientes no graves, es la recepción, valoración y manejo inicial; 3) derivación adecuada: tras completar la estabilización; y 4) adicionalmente, los servicios de urgencias realizan actividades docentes y de investigación, e incluso actividades preventivas.

En cuanto a los costes, se identifican tres fuentes de gasto principales: 1) la accesibilidad exige el mantenimiento de una serie de costes fijos, especialmente gastos estructurales y un mínimo de plantilla. En general, este mínimo será más elevado cuanto mayor sea la complejidad de los casos que se quieran tratar; 2) un segundo grupo de costes, variables, tienen relación con el volumen y tipo de pacientes que son atendidos, e incluyen consumibles, coste de las exploraciones, medicamentos, etc. En general, estos costes tienden al incremento cuanto mayor es el volumen y la gravedad de los pacientes; 3) un tercer grupo de costes tiene que ver con el acceso inadecuado del paciente a los servicios correspondientes y su mantenimiento en urgencias, aunque son difícilmente identificables y cuantificables.

Las características clave de los sistemas de clasificación de pacientes serían el sentido clínico, la homogeneidad en el consumo de recursos, las posibilidades de "jugar" con el modelo y si es variable o mixto. Los autores destacan que el uso generalizado del *triage* y el tipo de alta en los sistemas de clasificación de casos para el pago debilita la fiabilidad de las clasificaciones. Existe evidencia acerca de la variabilidad en el proceso de *triage* entre enfermeras y médicos, e incluso entre médicos con distinto grado de aversión al riesgo. En cuanto a la variable "tipo de alta", los incentivos para el ingreso inadecuado de pacientes con el fin de maximizar beneficios son el principal problema.

Los autores exponen tres grandes tipos de sistemas de pago: el pago por caso, el presupuesto global y los sistemas mixtos. Bajo sistemas

puros de pago por caso, la financiación de los servicios de urgencias se basa exclusivamente en el volumen y la complejidad de los casos atendidos. Los modelos de presupuesto global reflejan la situación actual en la mayor parte de los sistemas de financiación pública en Europa. Los modelos mixtos –por los cuales se decantan los autores– serían una combinación de los descritos en los que la parte fija garantizaría la accesibilidad y el pago por caso (y otras actividades en su caso) requeriría un sistema de clasificación adecuado.

Financiación: no consta

Correspondencia: Stephen Duckett; e-mail: s.duckett@latrobe.edu.au

COMENTARIO

La contención del gasto sanitario constituye uno de los ejes de la mayor parte de las políticas sanitarias de las economías occidentales. La obsesión por una mayor eficiencia productiva, junto a la capacidad americana para exportar sus productos y preferencias ideológicas, han puesto en primer plano la implantación de sistemas de financiación por actividad en los servicios sanitarios. A nivel hospitalario, los sistemas de financiación por casuística han generado diversos efectos negativos (codificación errónea voluntaria, selección de pacientes o de sobreactividad, con fines maximizadores de beneficio económico) con un impacto dudoso sobre la salud de la población o sobre el gasto agregado. En los servicios de urgencias, la implantación de modelos de pago por actividad, más allá de los problemas técnicos, choca con los objetivos básicos de estos servicios: nada más alejado de las funciones de un servicio de urgencias que intentar tratar el máximo número de pacientes (aunque sea a bajo coste) para maximizar el reembolso. Más bien, el producto de accesibilidad es el más valioso y esencial, lo que debe reflejarse en la proporción de costes fijos sobre variables –que los autores sitúan en un 80-20%. Además, el problema del reparto de ingresos variables en el caso de pacientes transferidos al ámbito hospitalario tiene difícil solución. En este contexto, la implantación de un sistema de financiación que prime la función de accesibilidad –permitiendo ajustes periódicos para adecuar la financiación al coste estructural real del servicio– y que introduzca criterios de calidad asistencial en el pago como parte variable puede resultar más adecuado que la vinculación de la financiación al volumen y tipo de pacientes atendidos.

Anibal García Sempere

Antares Consulting, Barcelona

Las tarifas pagadas a los obstetras pueden afectar la calidad de los resultados de la atención prenatal

Gray B.

Do Medicaid physician fees for prenatal services affect birth outcomes? *J Health Econ* 2001; 20:571-90.

Objetivo

Analizar la relación entre las tarifas pagadas por el programa Medicaid a los médicos en Estados Unidos y la calidad del resultado de los partos (recién nacidos de bajo peso, nacimientos prematuros, mortalidad infantil) en mujeres bajo cobertura Medicaid y mujeres de renta baja.

Material y método

La fuente de datos individuales es el National Maternal and Infant Health Survey realizado en Estados Unidos en 1988 que incluye una muestra de los certificados de nacimiento y de defunción, además de la información contenida en un cuestionario individual (10.827 observaciones). Se utiliza un modelo de estimación del tipo diferencia entre diferencias ("cohort difference-in-differences"). Las variables dependientes a explicar son la probabilidad de que el parto resulte en un recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos, peso inferior a 2.500 gramos, un período de gestación inferior a 37 semanas, muerte del recién nacido antes de un año y visita a un médico durante el primer trimestre del embarazo. Las variables independientes o explicativas son características de la mujer y del estado de residencia, así como el nivel relativo de reembolso del programa Medicaid a los médicos que atienden a las embarazadas en cada zona geográfica (tarifa de Medicaid en relación con las tarifas del programa Medicare). Este último indicador refleja el coste de oportunidad para los médicos de atender a pacientes de Medicaid.

Resultados

Niveles relativos más elevados de las tarifas obstétricas de Medicaid se relacionan con reducciones en el riesgo de recién nacidos de peso bajo o muy bajo entre mujeres cubiertas por el programa Medicaid y mujeres de renta baja. Si se equiparara la tarifa de Medicaid con la tarifa pagada por los aseguradores privados, entonces el riesgo relativo de recién nacidos de peso bajo y muy bajo se reduciría un 45% y un 38%, lo que casi eliminaría las diferencias en el riesgo para estas mujeres. El estudio no encuentra ninguna relación significativa de las tarifas ni con el riesgo de muerte en el primer año de vida del recién nacido ni con el riesgo de parto prematuro.

Conclusiones

Si Medicaid aumentara el nivel relativo de sus tarifas obstétricas, el efecto sobre el gasto sanitario, teniendo en cuenta la reducción de nacimientos de peso bajo o muy bajo, se situaría entre un ahorro de US\$ 16,8 miles y un coste de US\$ 15,9 miles por nacimiento de peso bajo evitado. La única indicación que ofrece el estudio sobre la explicación de la relación causal entre tarifas y calidad del resultado del parto se encuentra en la débil significación de unas tarifas más elevadas con la probabilidad de que la mujer reciba atención médica durante el primer mes de embarazo.

Los resultados indican que las tarifas pagadas por Medicaid a los médicos tienen un efecto muy importante sobre el riesgo de peso bajo y muy bajo entre mujeres con alto riesgo de nacimientos con problemas.

Financiación: No consta. Correspondencia: Tel.: +1-312-996-6189; Fax: 1-312-996-1404; B. Gray: bgray@uic.edu.

COMENTARIO

El interés primordial de este artículo se encuentra en la relación que establece entre los resultados (calidad) de la atención prenatal prestada a mujeres incluidas en el programa Medicaid y mujeres de renta baja y los incentivos de los proveedores de servicios que se pueden derivar del nivel de reembolso más alto o más bajo establecido en cada zona geográfica por Medicaid. Los resultados del trabajo apuntan a que se podrían conseguir mejoras muy importantes en la calidad del resultado de esta atención situando el nivel de las tarifas de este programa público más cerca de las tarifas pagadas por otros programas públicos y por los aseguradores privados.

Desde este punto de vista, la conclusión obtenida por el trabajo debiera ser tomada con precaución puesto que puede inducir a sobrevalorar la influencia de la oferta (comportamiento del proveedor asistencial) y de los incentivos basados en los precios sobre la calidad del resultado de la atención prenatal puesto que, de un lado, existen factores relacionados con la demanda (características y comportamiento de las mujeres) que pueden explicar también una parte de la variabilidad en el resultado; y, por otro lado, lo fundamental es conseguir explicar el mecanismo causal que relaciona el nivel relativo de las tarifas con resultados de calidad inferior.

En primer lugar, en este trabajo se examina únicamente la influencia de los factores más relacionados con la oferta sobre el resultado de la atención prenatal (coste de oportunidad para el médico de atender a pacientes del programa Medicaid), mientras que son objeto de un tratamiento bastante más secundario los factores relacionados con la demanda. Los costes de acceso a los servicios, desde el punto de vista de los pacientes, no se reducen únicamente a los monetarios. Pueden existir elevados costes no monetarios de desplazamiento y espera que en población de rentas bajas pueden constituirse en una barrera de acceso a la utilización de los servicios y contribuir así a obtener peores resultados. El aumento de las tarifas de Medicaid no reduciría los costes no monetarios para la mujer embarazada.

En segundo lugar, en relación con el coste de oportunidad para el médico (relación entre la tarifa de Medicaid comparada con la de Medicare o la de los seguros privados) conviene indicar que este coste de oportunidad depende no sólo de esta relación sino también del nivel de la demanda de los pacientes no cubiertos por Medicaid o el número de médicos por habitante, factores que se suponen exógenos y constantes en el estudio. Por otro lado, conviene recordar que basta con que la tarifa pagada a los médicos sea superior al coste marginal para que la decisión de atender a un paciente adicional de Medicaid genere un aumento de los beneficios (rentas netas) para el médico, por lo que pareciera que lo importante debiera ser investigar el funcionamiento de la relación (causal) observada entre nivel de las tarifas y calidad del resultado, y examinar, desde el punto de vista clínico, la hipótesis sugerida por este trabajo sobre la posible elevada productividad marginal de la visita médica realizada durante el primer trimestre de embarazo.

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

No existe evidencia de que la autoexploración mamaria mejore los resultados de mortalidad por cáncer de mama

Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care

Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001; 164:1837-46.

Objetivo

Evaluar la evidencia relacionada con la efectividad de la autoexploración mamaria (AEM) como técnica de despistaje de cáncer de mama y facilitar recomendaciones sobre la educación rutinaria de AEM a mujeres de diversos grupos de edad como parte del examen periódico de salud.

Diseño

Búsqueda en las bases de datos usuales de resúmenes y artículos publicados en inglés entre 1996 y octubre de 2000 que evalúen la efectividad de la AEM para reducir la mortalidad por cáncer de mama. Se analizan los artículos siguiendo la metodología de la CTFPHC, revisando las referencias citadas en los principales artículos y se consulta con expertos.

Principales mediciones de resultados finales

El principal resultado final empleado (*endpoint*) ha sido la prevención de la muerte por cáncer de mama. Otros resultados investigados fueron el estadio del tumor en el momento de su detección, la tasa de biopsias con resultado benigno, el número de visitas por paciente por problemas mamarios, y beneficios y daños psicológicos.

Balance de beneficios, daños y costes

El diagnóstico de cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres canadienses, suponiendo el 30% de los nuevos casos de cáncer cada año. Hasta la fecha, existen dos ensayos clínicos aleatorios, un ensayo quasi aleatorio, un estudio de cohorte y varios estudios de casos-control que no han conseguido demostrar los beneficios de la realización regular de la AEM o su educación, comparado con la no realización de autoexploración. Por el contrario, existe evidencia clara de la generación de daño con la enseñanza de AEM, con un importante aumento de visitas médicas para evaluar lesiones benignas y un incremento en el número de biopsias con resultados benignos.

Recomendaciones

Las recomendaciones de este informe reflejan el compromiso de CTFPHC en facilitar información estructurada y basada en evidencia científica sobre si un procedimiento debe ser incluido en el examen periódico de salud o no. Las esenciales fueron: 1) Mujeres entre 40 y 49 años; y Mujeres entre 50 y 69 años: existe moderada evidencia para recomendar la exclusión de la enseñanza rutinaria de AEM del examen periódico de salud ya que existe moderada evidencia de no aportar beneficio pero existe evidencia clara de daño (recomendación de grado D); 2) no es posible realizar recomendaciones sobre la AEM en mujeres menores de 40 años y de 70 o más por la falta de evidencia suficiente para evaluar su efectividad. Se señala expresamente que, aunque la evidencia refleja una ausencia de beneficio, algunas mujeres pueden solicitar que se les enseñe AEM y que el balance de riesgos y beneficios debe discutirse entre cada mujer y el médico. Si se le enseña, se deberá garantizar que consigue realizar una buena AEM.

Financiación: The Canadian Task Force on Preventive Health Care.
Correspondencia: Canadian Task Force on Preventive Health Care, Parkwood Hospital, 801 Commissioners Rd. E, London ON N6C 5J1; ctf@ctfphc.org

COMENTARIO

La detección tumoral por medio del cribado en cáncer de mama se puede realizar por medio de la AEM, por exploración por un clínico y por mamografía. La mamografía es la técnica más extendida en los países industrializados, y de la que existe mejor evidencia a favor, si bien los daños mencionados para AEM (mayor número de visitas médicas y aumento de biopsias negativas) podrían extrapolarse también a la mamografía. No son técnicas excluyentes y cabría valorar su complementariedad. En EE.UU. muchas mujeres conocen cómo realizar una AEM (1) y alrededor de un tercio la practican de forma regular. De hecho, en una encuesta (2) realizada a Médicos de Familia la valoraban como técnica más efectiva que la exploración clínica, a pesar de que la evidencia científica (3) habla a favor de esta última. En diferentes guías se recomienda la enseñanza de AEM, al igual que en medios de comunicación generales o en Internet. En contraste, el Evaluation Committee of the European Society of Mastology concluyó que no aportaba beneficio y no habría financiación para programas de educación en AEM públicos.

Así las cosas y con las recomendaciones existentes, ¿es el momento de decirles a las pacientes que no realicen AEM? Compartir las incertidumbres, reforzar las técnicas de cribado con mayor evidencia y apoyar a la mujer a que decida sobre los riesgos y beneficios que le aporta la AEM en su situación concreta sería un buen posicionamiento. Sin dejar de considerar que los ECA, en los que se basa este informe, están realizados en Rusia y Shanghai, donde la incidencia de cáncer de mama es inferior a la de EE.UU. y Europa, y que por tanto, los falsos positivos serían menos en nuestro entorno. Además, es posible que existan diferencias en las formas de tratar los cánceres y, por tanto, en su supervivencia. La accesibilidad al despistaje por mamografía y a la educación para conseguir una buena AEM es diferente en cada país y puede que sea mejor AEM que nada. Otro punto de vista a considerar es el de que se necesiten más de cinco años de seguimiento para evaluar la efectividad de la AEM de forma adecuada (4).

(1) O'Malley MS, Fletcher SW. Screening for breast cancer with breast self-examination: a critical review. *JAMA* 1987; 257:2197-203.

(2) Warner SL, Worden JK, Solomon LJ et al. Physician interest in breast cancer screening education. A survey of Vermont family physicians. *J Fam Pract* 1989; 29:281-5.

(3) Barton MB, Harris R., Fletcher SW. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *JAMA* 1999; 282(13): 1270-80.

(4) Nekhlyudov L, Fletcher SW. Is time to stop teaching breast self-examination? *Can Med Assoc J* 2001; 164:1851-2.

Pilar Astier

Sº Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital de Navarra. SNS-O
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

La introducción de los QALYs y del discurso de coste-efectividad

Williams A.

Economics of coronary artery bypass grafting. *BMJ* 1985; 291:326-329.

Objetivo

Para decidir el volumen adecuado de operaciones de bypass coronario se pretende saber cómo de coste-efectiva es la intervención en relación con otros usos alternativos de los recursos. Para ello se tienen en cuenta tres factores: qué grupo de pacientes se beneficia más de la intervención; qué grupo de pacientes se beneficia más de la intervención por cada £ de recursos invertidos en relación a otros pacientes esperando otros procedimientos cardíacos; y si hay otras especialidades con pacientes que se benefician más por £ invertida.

Metodología

Se realizó un análisis coste-efectividad usando como medida de efectividad el efecto en esperanza de vida ajustado por calidad (QALY). La calidad de vida se midió a través de la matriz de Kind y Roser, teniendo en cuenta discapacidad y dolor. Un grupo de expertos asignó los valores de calidad de vida a los distintos tipos de pacientes sometidos o no a bypass coronario. En los costes se incluyeron los recursos dedicados al diagnóstico y tratamiento de los pacientes, desde la perspectiva del financiador de los servicios sanitarios, con datos del Reino Unido y de Estados Unidos.

Resultados

El bypass coronario ofrecía ratios coste-efectividad más favorables en los casos más graves de angina, si bien los costes se disparaban al tratar a los pacientes menos graves. Estableciendo comparaciones con otros tratamientos, la implantación de marcapasos en el bloqueo cardíaco, la sustitución valvular para estenosis aórtica y la sustitución protésica de caderas son intervenciones más coste-efectivas que el bypass coronario, siendo menos eficientes el trasplante de corazón y el tratamiento de la insuficiencia renal en estadios terminales.

Conclusiones

Los recursos deben distribuirse en el margen hacia aquellos procedimientos en los que los beneficios para los pacientes en términos de supervivencia y calidad de vida son altos en relación con los costes.

COMENTARIO

Este artículo presentó a una amplia audiencia clínica la aplicación de los QALYs (años de vida ganados ajustados por calidad, o AVACs, aunque el acrónimo en inglés es tan conocido y generalizado, que es el que me permito utilizar) en la toma de decisiones clínicas, desmarcándose de la idea de basar las decisiones en cambios en la esperanza de vida para medir las ganancias en salud. En este artículo Alan Williams enfoca el problema de maximizar las ganancias en salud, dados los recursos del National Health Service y los usos alternativos de estos recursos en competencia. Para ello apuesta por medir los resultados en QALYs, que él defiende como unidad de medida apropiada, puesto que tiene en cuenta también la calidad de vida de los pacientes, y porque permite establecer comparaciones entre tecnologías alternativas. Tal y como menciona el autor, este trabajo fue parte del material de trabajo de una conferencia de consenso sobre uso del bypass coronario en el Reino Unido (1).

De hecho, en una encuesta realizada por J. Newhouse a los miembros del Health Economics Study Group con motivo de la celebración de su

25 aniversario (el del HESG, no el de Joe), este artículo fue el más votado como el más importante en la economía de la salud como disciplina, y como el que había tenido más influencia en la política sanitaria del Reino Unido (2). Debe destacarse por su relevancia que el artículo no fue publicado en una revista de economía de la salud ni de economía general, sino en una revista médica. De hecho, el mismo Alan Williams expuso en la misma revista tres años después sus argumentos sobre el mayor valor ético de la eficiencia social respecto de la eficacia individual (3). Huyendo de la "economía esquimal", la aplicación del análisis coste-efectividad y coste-utilidad han ayudado y ayudan a introducir nociones de eficiencia en la distribución de recursos, teniendo siempre presente una concepción ética preocupada por el bien común, es decir, por obtener los máximos beneficios para toda la población con unos recursos dados (4).

A pesar de todo el camino recorrido desde 1985, incluyendo la publicación de libros de indudable referencia en evaluación económica en sanidad (5), y la publicación de innumerables artículos en los que se aplica la metodología a la más amplia gama de servicios sanitarios y tecnología médicas, el uso en la práctica de los criterios de coste-efectividad es todavía muy limitado. Una encuesta realizada en varios países de la Comunidad Europea para identificar el impacto de los resultados de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones y en el diseño de políticas sanitarias, sugería que sólo un 27% de los estudios habían tenido impacto en la toma de decisiones (6). Algunos de los factores que a menudo se señalan son que las consideraciones clínicas tienen un papel más importante, que los decisores no entienden la metodología, o que desconfían de los intereses que puede haber detrás de los estudios.

Sin embargo, hay un potencial importante para el uso de la evaluación económica en el desarrollo de políticas para la difusión y el uso racional de servicios sanitarios. Algunos ejemplos pueden encontrarse en la política de seguro público alemán, la estrategia de investigación del National Health Service, la compra de tecnologías en Cataluña, o en la introducción de nuevos fármacos en Australia y Ontario.

Pero como dice un dicho que he aprendido hace poco, *the longest journey starts with one step*. Y este artículo supone un primer paso importantísimo hacia la inclusión de consideraciones de coste-efectividad en la toma de decisiones clínicas y de política sanitaria.

(1) Anonymous. Consensus development conference; coronary artery bypass grafting. (Editorial). *BMJ* 1984; 289:1527-9.

(2) Newhouse JP. US and UK health economics: two disciplines separated by a common language? *Health Econ* 1998; 7 Suppl 1:S79-92.

(3) Williams A. Health economics: the end of clinical freedom. *BMJ* 1988; 297:1183-6.

(4) Ortún V. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:385-388.

(5) Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 1997.

(6) Davies L, Coyle D, Drummond M. Current status of economic appraisal of health technology in the European Community: report of the network. *The EC Network on the Methodology of Economic Appraisal of Health Technology*. *Soc Sci Med* 1994; 38:1601-7.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Barcelona
Harvard School of Public Health, Boston

El paradigma del artículo original

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

El estilo científico, e ignoro por qué no se señala con más frecuencia este hecho, le debe mucho al estilo periodístico. La claridad, la precisión en el vocabulario, la concisión, el desarrollo lógico de la exposición, son cosas que persiguen ambos estilos, y por las mismas razones: veracidad, objetividad y comprensión. "Jamás escribas nada que tú no entiendas", aconseja Álex Grijelmo en su compendio del estilo periodístico (1), obra de gran utilidad tanto para los autores en ciernes como para los veteranos. Hay por lo demás entre los manuales de estilo periodístico y los manuales de estilo para publicaciones científicas una historia paralela, y tal vez sea oportuno recordar aquí el famosísimo paradigma de Lasswell. En 1948 el periodista americano Harold Lasswell daba a conocer su célebre esquema comunicativo que sentaba las bases de la moderna redacción periodística. Conocido como las 5 W (Who, What, Where, When y Why) (2), este esquema, racional y lógico donde los haya, no perseguía más que informar con el mayor grado de precisión y la mayor objetividad posible. Es decir, lo mismo que persigue el artículo científico. La similitud de la fórmula de Lasswell con la no menos famosa fórmula IMRYD, como la denomina Robert A. Day, es más que manifiesta. "La lógica del IMRYD puede definirse mediante una serie de preguntas: ¿Qué cuestión (problema) se estudió? La respuesta es la Introducción. ¿Cómo se estudió el problema? La respuesta son los Métodos. ¿Cuáles fueron los resultados o hallazgos? La respuesta son los Resultados. ¿Qué significan esos resultados? La respuesta es la Discusión" (3). Y si las agencias de prensa, cuya credibilidad estaba en juego, y consiguientemente su prestigio, acogieron con entusiasmo la propuesta de Lasswell, no fue menor el entusiasmo de los editores médicos con la fórmula IMRYD, que ha ido extendiéndose con el tiempo hasta conseguir una aceptación casi unánime (recordemos que los ingleses siguen conduciendo por la izquierda), pues no representaba más que ventajas para unos (autores y lectores) y para otros (editores y revisores) a la vez que facilitaba la comunicación entre ambos, y a los autores les proporcionaba un marco idóneo para exponer los resultados de sus investiga-

ciones (idóneo quiere decir en este caso que facilita su comprensión y posibilita su reproducibilidad).

Así pues, cuando uno lee un manual de estilo con la sana intención de aprender a preparar un borrador para su publicación, se topa inmediatamente con la citada fórmula IMRYD, Introducción, Material y Método, Resultados Y Discusión o conclusiones, es decir, el llamado formato estándar de los artículos originales, que es la cosa menos original que se pueda imaginar. Descubre entonces que desde el título hasta las referencias bibliográficas de su futuro artículo han sido cuidadosamente estudiados, calculados, medidos, sopesados, que nada se ha dejado al azar, nada a la improvisación, cada cosa tiene su lugar y hay un lugar para cada cosa. Y uno respira aliviado. Esto es más fácil de lo que pensaba, piensa para sus adentros, basta con seguir paso por paso las indicaciones del manual. Sin embargo, cuando a continuación lee, para completar su formación y ver cómo se lleva a la práctica la teoría, unos cuantos artículos originales de indudable valor (pues lo primero que se aprende en este arte, como en todos, es que no todo tiene el mismo valor), comprueba sorprendido que las cosas no son como deberían ser. Que el título contiene, por ejemplo, una abreviatura, en contra de lo aconsejable, que no sólo no es orientativo, sino francamente desorientativo, que el número de las referencias no guarda ninguna de las proporciones aconsejables, que la introducción adelanta resultados y las conclusiones avanzan nuevas hipótesis; por no hablar de las tablas, figuras o ilustraciones y su nomenclatura con frecuencia aleatoria. En fin, ¿qué es lo que ha pasado? ¿Es que no han leído ninguno de los autores un buen manual de estilo? ¿Y cómo ha llegado a aceptarse un artículo que hace caso omiso de las más elementales recomendaciones? Y cuando meses más tarde esa misma revista nos rechaza nuestro artículo, en el que hemos seguido paso por paso y punto por punto todas las recomendaciones del manual de estilo, normas para la presentación del manuscrito y requisitos de uniformidad de Vancouver, nuestra perplejidad ya no tiene límites. Y sin embargo esta perplejidad no tiene ninguna razón de ser. Todo el mundo sabe que

una cosa es cómo se deben hacer las cosas, y otra muy distinta cómo efectivamente se hacen, y que las cosas no se deben hacer como se hacen ni se hacen como se deben hacer. Establecido esto, vayamos a nuestro asunto, que no es otro que ¿cómo se debe escribir un artículo original? Y ya queda dicho que aunque lo escribamos como se debe, esto no nos garantiza su publicación. Pero las razones por las cuales se rechazan los artículos las veremos más adelante. Digamos únicamente aquí que esas razones tienen afortunadamente más que ver con los problemas de diseño de la investigación, con su pertinencia o su novedad, que con el tamaño de las tablas pongamos por caso. Pero eso, como se decía antiguamente, será en la próxima entrega.

Este artículo pretende hacerse pasar por una introducción al artículo original sobre el artículo original, hemos planteado la cuestión, que como en la mayoría de los casos es susceptible de formularse en forma de problema o de pregunta, hemos citado antecedentes, tal vez demasiado remotos, hemos evitado repetir todo aquello que el lector pueda encontrar expuesto y desarrollado, con todo lujo de detalles como se suele decir, en cualquiera de los manuales de estilo citados, e incluso hemos establecido honestamente las limitaciones de nuestro estudio, que tratará fundamentalmente, aunque no exclusivamente, sobre las cuestiones de forma, o de formato si se prefiere. Digamos, para concluir, que si hay una conclusión unánime a la que llegan tanto los forzados editores que han escrito sobre cómo escribir un artículo original, como los manuales de estilo más ortodoxos y minuciosos, y por supuesto los omnipresentes requisitos de uniformidad, es que a la hora de escribir un artículo original, hay que evitar sobre todo ser original. Y no olviden que nunca se deben adelantar conclusiones en una introducción.

(1) Grijelmo A. El estilo del periodista. Madrid: Taurus, 1997.

(2) García Gutiérrez A, Lucas Fernández R. Documentación automatizada en los medios informativos. Madrid: Paraninfo, 1987. 47.

(3) Day RA. Los orígenes de la redacción científica. En: Robert A Day. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 2ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. 4-7.

www.freemedicaljournals.com: revistas médicas gratis

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Buena parte de las publicaciones médicas más importantes están ya disponibles on-line, a texto completo y con acceso gratuito. Para muchos, el acceso gratuito al conocimiento científico puede tener un importante impacto sobre la práctica médica y las revistas médicas que restringen el acceso a sus Web pierden popularidad. Para otros, la gratuidad acabaría por producir una indeseable dependencia de las revistas respecto a sus financiadores (básicamente, respecto de la industria farmacéutica). Entre las dos opciones, hay muchas situaciones posibles (por ejemplo, muchos editores dan acceso gratuito sólo a los países menos desarrollados, o a los textos más relevantes, o a los más novedosos, o a partir de 1 o 2 años tras la publicación). En todo caso, la Web Free Medical Journals (www.freemedicaljournals.com) tiene como objetivo la promoción del acceso gratuito en internet a las publicaciones médicas, de todo y para todos. Free Medical Journals es más que un directorio de revistas. Es una filosofía de compartir el conocimiento médico de forma gratuita y fácilmente accesible. Es también un instrumento de trabajo. Y además es cómoda. La mejor demostración de estas virtudes es su promedio de visitas, que ronda los 200.000 accesos mensuales, y los elogios que le han dedicado el British

Medical Journal, Science y el New England Journal of Medicine.

El acceso –dependiendo de la política de cada editorial– no siempre es completo. En otras ocasiones se trata sólo de periodos de prueba. En todo caso, la disponibilidad suele estar especificada, así como el factor de impacto de la revista. Free Medical Journals permite acceder a las revistas por especialidades o lenguas (inglés, español, portugués y otras). Y también tiene una puerta trasera para las revistas “de pago”, cuyas web son muy fáciles de encontrar con su buscador alfabético.

Por especialidades, Free Medical Journals da acceso a más de 750 revistas de: SIDA, adicciones, alergia, medicina alternativa, anatomía, anestesiología, cardiología y enfermedades cardiovasculares, odontología, dermatología, diagnóstico por la imagen, ORL, medicina de urgencias, endocrinología, medicina ambiental, epidemiología (incluyendo el International Journal of Epidemiology y MMWR), planificación familiar, medicina de familia, medicina forense, gastroenterología, genética, geriatría, ginecología, hematología, inmunología, enfermedades infecciosas, informática, medicina intensiva, medicina interna, laboratorio clínico, medicina legal, bibliotecología médica, microbiología y

medicina molecular, nefrología, neurología, enfermería, nutrición, oncología, oftalmología, ortopedia, dolor, patología, pediatría, farmacología, farmacia, fisioterapia, fisiología, neumología, podología, atención primaria, psiquiatría, psicología, salud pública (incluyendo el American Journal of Public Health, Gaceta Sanitaria, Health Policy and Planning, Health Promotion International, Revista Española de Salud Pública), radiología, rehabilitación, salud reproductiva, reumatología, medicina del deporte, cirugía, toxicología, transplantes, traumatología, medicina tropical, urología, veterinaria, ciencias básicas y revistas médicas generales (Academic Medicine, Archives of Family Medicine, British Columbia Medical Journal, BMJ, Canadian Medical Association Journal, Family Practice, Irish Medical Journal, Journal of Clinical Investigation, Journal of Family Practice, Mayo Clinic Proceedings, McGill Journal of Medicine, Medical Journal of Australia, Mount Sinai Journal of Medicine, New England Journal of Medicine, Western Journal of Medicine).

Muchas revistas, pero no tantas como nos gustaría. En Free Medical Journals no está todo, pero es un importante recurso que no debe ser olvidado. Posiblemente del éxito de la iniciativa dependa la extensión de su ejemplo.

EDITORIALES

Por una política del medicamento integrada y de calidad. Puig-Junoy J.	1	3
La Salud (Pública) de las naciones y el desempeño de los Sistemas Sanitarios. Ortún Rubio V.	2	47
Tecnología y organización en sanidad: el reto de la innovación. Del Llano Señaris J.	3	79
Encuentro de la revista Gestión Clínica y Sanitaria. Meneu R, Peiró S.	3	81
Políticas de salud basadas en la evidencia. Rodríguez Artalejo F.	4	111

EL DEFENSOR DEL LECTOR

Sobre las revistas de resúmenes estructurados en España. Olvidos y reparaciones	1	5
El INSALUD cuenta las esperas desde el primer momento y no desde los 2 meses	1	5
Las dificultades de investigar (y publicar) sobre listas de espera	1	5
Mammon, Hermes Trismegisto y los editores de GCS	1	5
Comentarios inadecuados sobre las fuentes de influencia en la práctica médica	2	49
Más aclaraciones sobre las listas de espera	2	50
GCS cumple 10 números y cambia de formato	4	114
¿Preguntar es ofender? El médico de Canencia de la Sierra y el MSC	4	114

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

Estudio radiológico: ¿a quién sí y a quién (quizás) no? Identificación de pacientes de bajo riesgo tras traumatismo craneal o cervical. Marín M, resumen y comentario de: Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, Luber S, Blaudeau E, DeBlieu PMC. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. N England J Med 2000;343:100-5.	1	7
La utilización de guías clínicas reduce la duración de la estancia en la fractura de cadera, especialmente en pacientes que requieren evaluación geriátrica. García Vicente S, Montesinos Berry E, resumen y comentario de: Choong PF, Langford AK, Dowsey MM, Santamaria NM. Clinical Pathway for fractured neck of femur: a prospective, controlled study. Med J Aust 2000; 172: 423-426.	1	8
Rehabilitación geriátrica intensiva tras fractura de cadera: ¿consigue mejoras valorables en pacientes con demencia?. Astier P, resumen y comentario de: Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. BMJ 2000; 321:1107-11.	1	9
La enfermería ofrece un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan consulta a demanda en atención primaria. Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, resumen y comentario de: Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J. Randomised Controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ 2000; 320: 1043-1048.	2	51
Los hospitales públicos no docentes y los privados con fines lucrativos tienen las tasas más altas de sucesos adversos prevenibles en Estados Unidos. Márquez Calderón S, resumen y comentario de: Thomas EJ, Orav EJ, Brennan TA. Hospital ownership and preventable adverse events. International Journal of Health Services 2000; 30:745-61.	2	52
Un equipo de gestión clínica de la insuficiencia cardiaca congestiva puede mejorar la calidad y eficiencia de la asistencia hospitalaria. Rodríguez Artalejo F, resumen y comentario de: Constantini O, Huck K, Carlson MD, Boyd K, Buchter CM, Raiz P, Cooper GS. Impact of a guideline-based disease management team on outcomes of hospitalized patients with congestive heart failure. Arch Intern Med 2001; 161: 177-182.	3	83
Las intervenciones educativas mejoran los hábitos de prescripción en atención primaria. Sacristán JA, resumen y comentario de: Figueiras A, Sastre I, Tato F et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care. Med Care 2001; 39: 158-67.	3	84
Guías de práctica clínica: que sean válidas, claras y útiles. Rubio P, resumen y comentario de: Skelle PG, Kravitz RL, Beart J, Marger M, Wang M, Lee M. Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. Health Services Research 2000; 34; 7: 1429-1448.	3	85
Tiempo de respuesta de las ambulancias en la parada cardiaca: menos minutos, más vidas. Abizanda R, resumen y comentario de: Pell JP, Sirel JM, Marsden AK, Ford I, Cobbe SM. Effect of reducing ambulance response times on deaths from out of hospital cardiac arrest: cohort study. BMJ 2001;322:1385-8.	4	116
Trayectorias clínicas en la neumonía adquirida en la comunidad: iguales resultados clínicos y menor consumo de recursos. Verdaguer A, resumen y comentario de: Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG, for the CAPITAL Study Investigators. A Controlled Trial of a Critical Pathway for Treatment of Community-Acquired Pneumonia. JAMA 2000;283:749-55	4	117
Las unidades lideradas por enfermería son una alternativa efectiva en los cuidados subagudos. Ferrús i Estopà L, resumen y comentario de: Steiner A, Walsh B, Pickering RM, Wiles R, Ward J, Brooking JI, for the Southampton NLU Evaluation Team. Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a postacute intermediate care unit. BMJ 2001;322:453-60	4	118
Influencia de la publicación de ensayos clínicos en la prescripción de estatinas. García-Altés A, resumen y comentario de: Mamdani MM, Tu JV. Did the major clinical trials of statins affect prescribing behaviour? Can Med Assoc J 2001;164:1695-6.	4	119

EFFECTIVIDAD: TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, EFECTOS ADVERSOS

El uso de fármacos hipolipemiantes disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular. Carreter Oróñez CA, resumen y comentario de: Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2000; 321:983-6.	1	10
Efectividad y seguridad de la profilaxis anticoagulante postoperatoria. Rabanaque MJ, resumen y comentario de: Heit JA, Elliott CG, Trowbridge AA, Morrey BF, Gent M and Hirsh F for the Ardeparin Arthroplasty Study Group. Ardeparin Sodium for Extended Out-of-Hospital Prophylaxis against Venous Thromboembolism after Total Hip or Knee Replacement. Ann Intern Med 2000; 132: 853-861.	1	11
Decisiones médicas: valorando riesgos y beneficios de la prevención. Rabanaque MJ, resumen y comentario de: Derry S and Loke YK. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. BMJ. 2000;321:1183-7.	1	12
La apendicectomía laparoscópica no reduce la hospitalización pero acorta el tiempo de retorno a la actividad normal. Aguiló Lucía J, resumen y comentario de: Temple LKF, Litwin DE, McLeod RS. A meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy in patients suspected of having acute appendicitis. Can J Surg 1999; 42:377-383.	1	13
Semmelweis revisitado. Efectividad de las intervenciones para aumentar el cumplimiento del lavado de manos. Meneu R, resumen y comentario de: Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV, and the members of the Infection Control Programme. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene in a teaching hospital. Lancet 2000; 356: 1307-1312.	2	53
La evidencia disponible no muestra un incremento de riesgo significativo de muerte "violenta" en tratamientos de reducción de colesterol. Bernal Delgado E, resumen y comentario de: Muldoon MF, Manuck SB, Mendelsohn AB, Kaplan JR, Belle SB. Cholesterol reduction and non-illness mortality: meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ 2001; 322: 11-15.	2	54
La rehabilitación cardiaca basada en el ejercicio reduce la mortalidad por causas cardíacas en los pacientes con enfermedad coronaria. Villegas R, resumen y comentario de: Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.	2	55

Screening de cáncer de colon: sigue la controversia. Gosalbes Soler V, resumen y comentario de: Mandel JS, Timothy RC, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. <i>N Eng J Med</i> 2000; 343: 1603-1607.	2	56
La terapia hormonal sustitutiva aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso en mujeres con enfermedad coronaria. Rabanaque MJ, resumen y comentario de: Grady D, Wenger NK, Herrington D, Khan S, Furberg C, Hunninghake D, Vittinghoff E, Hulley S, for the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study Research Group. Postmenopausal hormone therapy increases risk for venous thromboembolic disease. <i>The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. Ann Intern Med</i> 2000; 132: 689-696.	2	57
Hemorroidectomía por grapado circular: mejores resultados en control del dolor y alta temprana que la técnica convencional. Vilches Martínez M, resumen y comentario de: Rowsell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. <i>Lancet</i> 2000; 355: 779-781.	3	86
La recidiva de hernia incisional se reduce a la mitad con el uso de mallas. Resultados de un ensayo clínico. Martínez Mas E, resumen y comentario de: Lujendijk RW, Hop CJ, Petrousjka Van den Tol M, et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. <i>N Engl J Med</i> 2000; 343:392-8.	3	87
La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Meirás Capella O, resumen y comentario de: Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. <i>Urology</i> , 2000 56 (2): 201-206. .	3	88
Terapia electroconvulsiva: una estrategia terapéutica de segunda línea para la esquizofrenia. Bertolin JM, Hernández ME, resumen y comentario de: Tharyan P. Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.	4	120
La restricción de sal en los ancianos hipertensos no parece reducir la morbilidad y mortalidad derivada de la hipertensión. Ruiz García V, resumen y comentario de: Appel LJ, Espeland MA, Easter L, Wilson AC, Folmar S, Lacy CR. Effects of Reduced Sodium Intake on Hypertension Control in Older Individuals. <i>Arch Intern Med</i> 2001;161:685-93. . .	4	121
Las mujeres ancianas se benefician adicionalmente de las estatinas por la prevención de las trombosis venosas profundas. Ruiz García V, resumen y comentario de: Ray JG, Mamdani M, Tsuyuki RT, Anderson DR, Yeo EL, Laupacis A. Use of statins and the subsequent development of deep vein thrombosis. <i>Arch Intern Med</i> 2001;161:1405-10. . .	4	122
Cirugía para la epilepsia del lóbulo temporal: resultados de un ensayo clínico aleatorizado. Barcia JA, resumen y comentario de: Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, Eliasziw M, for the Effectiveness and Efficiency of Surgery for Temporal Lobe Epilepsy Study Group. A Randomized, Controlled Trial of Surgery for Temporal-Lobe Epilepsy. <i>N Eng J Med</i> 2001; 345:311-318.	4	123

CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

¿Prefieren los pacientes compartir con el médico la toma de decisiones en la consulta médica? Abad Díez JM, resumen y comentario de: McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. <i>Br Med J</i> 2000; 321:867-71.	1	14
Pocos datos transcritos en las historias clínicas sobre la evaluación preoperatoria del anestesista. Astier P, resumen y comentario de: Simmonds M, Petterson J. Anaesthetists' records of pre-operative assessment. <i>B J Clin Govern.</i> 2000; 1(5): 22-27.	1	15
Baja notificación de sucesos adversos por falta de información, desconfianza en su utilidad y temor a las repercusiones. Rodríguez Roldán JM, Alonso Cuesta P, resumen y comentario de: Vincent Ch, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. <i>J Evaluation Clin Practice</i> 1999; 5:13-21.	1	16
Acontecimientos adversos con medicamentos en los hospitales. ¿Podemos estratificar a priori el riesgo de los pacientes? Ordovas JP, resumen y comentario de: Bates DW, Miller EB, Cullen DJ, Burdick L, Williams L, Laird N, Petersen LA, Small SD, Sweitzer BJ, Vander Vliet M, Leape LL for the ADE Prevention Study Group. Patient risk factors for adverse drug events in hospitalized patients. <i>Arch Intern Med</i> 1999; 159: 2553-2560.	1	17
Acontecimientos adversos de la asistencia sanitaria: entre la mala praxis y la mejora de la calidad. Aranaz Andrés JM, Álvarez León EE, resumen y comentario de: Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. <i>Med Care</i> , 2000; 38(3): 261-71.	2	58
¿Qué quieren los pacientes que acuden a una consulta de atención primaria? Castaño E, resumen y comentario de: Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. <i>BMJ</i> 2001; 321:1-7.	2	59
Acontecimientos Adversos con Medicamentos (AAM) en pacientes pediátricos hospitalizados. Incidencia, Etiología y Estrategia de prevención. Quecedo Gutiérrez L, resumen y comentario de: Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA. Medications errors and adverse drug events in pediatric inpatient. <i>JAMA</i> 2001; 285:2114-20.	3	89
Las escalas de gravedad son útiles para predecir la existencia de patología orgánica en pacientes con dispepsia. García-Altés A, resumen y comentario de: Barenys M, Abad A, Pons JMV, Moreno V, Rota R, Granados A, et al. Scoring system has better discriminative value than Helicobacter pylori testing in patients with dyspepsia in a setting with high prevalence of infection. <i>European Journal of Gastroenterology and Hepatology</i> 2000;12(12):1275-1282.	3	90
Identificación de sucesos adversos mediante la revisión de historias clínicas. Marín M, resumen y comentario de: Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. <i>Br Med J</i> 2001; 322:517-19.	4	124
Uso inadecuado de la hospitalización: el AEP es el instrumento más estudiado y utilizado. Martínez-Pillado M, Lorenzo S, resumen y comentario de: McDonagh MS Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. <i>Health Policy</i> 2000;53:157-84.	4	125
El uso de benchmarks alcanzables en la práctica clínica mejora la calidad asistencial. Colomer Mascaró J, Ondategui Parra S, resumen y comentario de: Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback. A randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 2001;285(22):2871-2879.	4	126
La atención prehospitalaria en el síndrome coronario agudo en España debe mejorar de forma importante. Clemente García R, Cuñat de la Hoz J, resumen y comentario de: Aguayo de Hoyos E, Reina Toral A, Ruiz Bailén M, Colmenero Ruiz M, García Delgado M y Grupo ARIAM. La asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. <i>Aten Primaria</i> 2001; 27: 478-83.	4	127

EVALUACION ECONOMICA, COSTES, PRODUCTIVIDAD

Mammon y Esculapio tienen poco que decirse: El ánimo de lucro no implica eficiencia en Sanidad. Ortún Rubio V, resumen y comentario de: Sloan F, Picone G, Taylor D, Chou S. Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? <i>Journal of Health Economics</i> 2001; 20: 1-21.	1	18
La colonoscopia es el método más coste-efectivo para el cribado del cáncer colorectal. García-Altés A, resumen y comentario de: Sonnenberg A, Delco F, Inadomi JM. Cost-Effectiveness of Colonoscopy in Screening for Colorectal Cancer. <i>Ann Intern Med</i> 2000;133(8):573-584.	1	19
La cirugía de fimosis sólo es coste-efectiva tras el fracaso de la terapia tópica. Ridao M, resumen y comentario de: Van Howe RS. Cost-effective Treatment of Phimosis. <i>Pediatrics</i> 1998;102:43-47.	1	20
Las ratios coste-efectividad de las alternativas de prevención primaria y secundaria para la reducción de la hipercolesterolemia varían según las características individuales de los pacientes. Tomás Aznar C, resumen y comentario de: Prosser LA, Stinnett AA, Goldman PA, Williams LW, Hunink MGM, Goldman L, Weinstein MC. Cost-Effectiveness of Cholesterol-Lowering Therapies according to Selected Patients Characteristics. <i>Annals of Internal Medicine</i> 2000; 132(10): 769-779.	1	25
La vacunación gripal a adultos menores de 65 años puede no ser eficiente desde el punto de vista social. Puig-Junoy J, resumen y comentario de: Carolyn Buxton Bridges et al (2001), Effectiveness and Cost-Benefit of Influenza Vaccination of Healthy Working Adults, <i>JAMA</i> , 284(13): 1655-63.	2	61
El tratamiento antirretroviral muestra un coste-efectividad similar al de algunas intervenciones sanitarias comunes. Guerra Romero L, resumen y comentario de: Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, Paltiel AD, Cohen CJ, Seage GR, et al. The Cost-effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV Disease. <i>NEJM</i> 2001; 344:824-831.	3	91

¿Qué es más coste-efectiva en el tratamiento de la catarata, la cirugía ambulatoria o la de ingreso hospitalario? Rodríguez Vallejo JM, resumen y comentario de: Castells X, Alonso J, Castilla M, Ribó C, Cots F, Antó JM. Outcomes and costs of outpatient and inpatient cataract surgery: a randomized clinical trial. <i>Journal of Clinical Epidemiology</i> (2001); 54:23-29.	3	92
El autocontrol del nivel de glucosa en sangre capilar presenta una relación coste-efectividad desfavorable. Oliva J, resumen y comentario de: Clua Espuny JL, Puig Junoy J, Queralt Tomás ML, Palau Galindo A. Análisis coste-efectividad de la automonitorización de la glucosa sanguínea en diabéticos tipo II. <i>Gaceta Sanitaria</i> 2000; 14 (6): 443-448.	3	93
La realización de test de <i>H. pylori</i> y endoscopia no es coste-efectiva frente a la administración de fármacos antiácidos en el manejo de la dispepsia. García-Altés A, resumen y comentario de: Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn A, Hobbs FDR. Randomised controlled trial of <i>Helicobacter pylori</i> testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. <i>BMJ</i> 2001;322:898-901.	4	128
Cuidar a los cuidadores. Un aspecto que no debe descuidarse. Cuenca MC, resumen y comentario de: Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers. <i>Ann Intern Med.</i> 2000;132:451-9.	4	129
La aplicación práctica de la "Disponibilidad A Pagar". Oliva J, resumen y comentario de: Olsen JA, Smith RD. Theory versus practice: a review of "willingness-to-pay" in health and health care. <i>Health Econ.</i> 2001 10(1):39-52	4	130
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS		
La necesidad de cuidados es la causa de la carga económica y los problemas de salud que suponen las enfermedades terminales. García-Altés A, resumen y comentario de: Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. <i>Ann Intern Med</i> 2000;132(6):451-9.	1	26
El problema de la subutilización también existe. Buglioli M, resumen y comentario de: Guadagnoli E, Landrum MB, Peterson EA, Phil M, Gahart MT, Ryan TJ, McNeil BJ. Appropriateness of coronary angiography after myocardial infarction among Medicare beneficiaries. <i>N Engl J Med</i> 2000; 343:1460-6.	2	62
Copagos del 25% ocasionan importantes efectos adversos en pobres y ancianos asociados a la reducción en el consumo de fármacos esenciales. Puig-Junoy J, resumen y comentario de: Tamblin R, et al. (2001). Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, <i>JAMA</i> 2001; 285(4): 421-9.	2	63
La variabilidad en la utilización de tomografía axial computarizada y resonancia nuclear magnética se relaciona con la disponibilidad de recursos. Bermúdez Tamayo C, Avendaño Brandeis R, resumen y comentario de: Caicoya M, Alonso M, Natal C, Sánchez LM, Alonso P, Moral L. La variabilidad de la práctica médica. A propósito de la utilización de TAC y RNM en el territorio INSALUD. <i>Gaceta Sanitaria</i> 2000; 14(6): 435-441.	2	64
Más intervenciones, mayor habilidad, mejores resultados. Astier Peña P, resumen y comentario de: Schrag, D, Cramer LD, Bach PB, Cohen AM, Warren JL, Begg CB. Influence of hospital procedure volume on outcomes following surgery for colon cancer. <i>JAMA</i> 2000; 284:3028-3035.	2	65
La retirada o no aplicación de medidas de soporte vital es una práctica frecuente en las unidades de cuidados intensivos francesas. Latour Pérez J, resumen y comentario de: Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, for the French LATAREA group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. <i>Lancet</i> 2001; 357: 9-14.	2	66
¿Por qué acudimos al médico? Una aproximación desde la economía de la salud. Oliva J, resumen y comentario de Álvarez, B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. <i>Investigaciones Económicas</i> 2001;25: 93-138.	3	94
La influencia de la voluntad del paciente en las indicaciones quirúrgicas.. Pérez Caballer AJ, resumen y comentario de: Hawker GA, Wright JG, Coyote PC. Determining the Need for Hip and Knee Arthroplasty: The Role of Clinical Severity and Patients' Preferences. <i>Medical Care</i> 2001;39:206-16.	3	95
Las tasas de hospitalizaciones evitables han aumentado de forma importante en las últimas dos décadas. Bermúdez C, Avendaño R, resumen y comentario de: Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. <i>Health Affairs</i> 2001; 20(2):225-232.	3	96
Un tercio de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios son inadecuadas. Castaño Riera E, resumen y comentario de: Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espin C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons – an approach with explicit criteria. <i>Ann Emerg Med</i> 2001;37:629-32.	4	131
GESTIÓN: INSTRUMENTOS Y MÉTODOS		
Midiendo la calidad de la prescripción de los médicos de Atención Primaria. Castaño Riera EJ, resumen y comentario de: Gómez Juanes V, Candas Villar MA, Fidalgo González S, Armesto Gomez J, Calvo Alcántara MJ, de Marino MA, Vicens Caldenty C. Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. <i>Atención Primaria</i> , vol.25, nº 9, 31 de mayo 2000.	1	27
Los ensayos clínicos controlados con placebo están justificados en algunas situaciones en que existe un tratamiento alternativo. Latour Pérez J, resumen y comentario de: Temple R, Ellenberg SS. Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 1: Ethical and scientific issues. <i>Ann Intern Med</i> 2000; 133: 455-463. Ellenberg SS, Temple R. Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 2: Practical issues and specific cases. <i>Ann Intern Med</i> 2000; 133: 464-470.	1	28
Escasa fiabilidad de los registros de tumores de base hospitalaria como fuentes de datos para evaluar la calidad asistencial en el cáncer de mama. Moliner J, resumen y comentario de: Bickell N, Chassin M. Determining the quality of breast cancer care: Do tumor registries measure up? <i>Ann Intern Med</i> 2000;132:705-710.	1	29
Cuantificar la infrautilización de servicios sanitarios en ancianos basada en datos informatizados de facturación a Medicare. Moliner J, resumen y comentario de: Asch SM, Sloss EM, Hogan C, Brook RH, Kravitz RL. Measuring underuse of necessary care among elderly Medicare beneficiaries using inpatient and outpatient claims. <i>JAMA</i> 2000;284:2325-2333.	1	30
Instrumentos de ayuda para la toma de decisiones informadas. Aibar Remón C, resumen y comentario de: Miller P. Managing informed purchasing. A survey of decision makers <i>Journal of Management in Medicine</i> 1997; 11 (1):35-42.	1	31
La posición de los hospitales cuando se contrastan sus resultados ajustados por casuística dependerá del método de ajuste empleado. Librero J, resumen y comentario de: Poses RM, McClish DK, Smith WR, Huber EC, Clemo LW, Schmitt BP, Alexander D, Racht EM, Colenda CC. Results of report cards for patients with congestive hearth failure depend on the method used to adjust for severity. <i>Ann Intern Med</i> 2000; 133: 10-20	1	32
Una revisión Cochrane confirma con cuatro estudios robustos que las formas de pago a médicos no son neutras. Ortún Rubio V, resumen y comentario de: Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.	2	67
No existe evidencia de suficiente calidad sobre la efectividad del pago por objetivos en atención primaria. Marin M, resumen y comentario de: Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). <i>The Cochrane Library</i> , Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.	2	68
La resistencia al cambio hospitalario. Martínez Cantarero J, resumen y comentario de: Haycock J, Stanley A, Edwards N. Changing hospitals (The hospital of the future). <i>BMJ</i> 1999;1262-4.	3	97
La conveniencia de adaptar los pesos estadounidenses de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) al entorno sanitario español. Alonso P, Rodríguez JM, resumen y comentario de: Cots F, Elvira D, Castells X, Dalmau E. Medicare's DRG weights in a European environment: the Spanish experience. <i>Health Policy</i> 2000; 51: 31-47.	3	98

Los usos del análisis de minimización de costes. Soto Álvarez J, resumen y comentario de: Briggs AH, O'Brien BJ. The death of cost-minimization analysis? <i>Health Economics</i> 2001;10:179-84.	3	99
Sistemas de priorización de listas de espera de cataratas: una experiencia en marcha. Espallargues M, resumen y comentario de: Bellan L, Mathen M. The Manitoba Cataract Waiting List Program. <i>Can Med Assoc J</i> 2001;164: 1177-80.	4	133
La calidad de la información sobre salud en internet es aceptable, pero requiere un nivel cultural elevado. García Vicente S, resumen y comentario de: Berland GK, Elliott MN, Morales LS, Algazy JI, Kravitz RL, Broder MS, et al. Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. <i>JAMA</i> 2001 23-30;285:2612-21.	4	134
POLÍTICA SANITARIA		
Los genéricos entran antes en los mercados con mayores ventas y en los que el producto de marca es más caro. Puig-Junoy J, resumen y comentario de: John Hudson. <i>International Review of Law and Economics</i> 2000; 20: 205-21. SUPLEMENTO DE POLÍTICA FARMACÉUTICA.	1	33
Los médicos más dispuestos a prescribir un genérico son los que prescriben más fármacos diferentes del mismo grupo terapéutico. Puig-Junoy J, resumen y comentario de: Coscelli Andrea. Entry of New Drugs and Doctors' Prescriptions. Working Paper. Royal Holloway, University of London. January 1998. SUPLEMENTO DE POLÍTICA FARMACÉUTICA.	1	34
El control público de los precios de los medicamentos no garantiza que estos sean más bajos cuando expira la patente. Puig-Junoy J, resumen y comentario de: Patricia M. Danzon y Li-Wei Chao. Prices, Competition and Regulation in Pharmaceuticals: A Cross-National Comparison. <i>Office of Health Economics</i> , June 2000, 84 pages. Patricia M. Danzon y Li-Wei Chao. Cross-national price differences for pharmaceuticals: how large and why? <i>Journal of Health Economics</i> , 2000, 10: 159-95. SUPLEMENTO DE POLÍTICA FARMACÉUTICA.	1	35
Incentivos a prescriptores: cómo gestionar con inteligencia y responsabilidad social a través de presupuestos con sentido sanitario. Ortún Rubio V, resumen y comentario de: Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. <i>BMJ</i> 2000; 320: 284-288. SUPLEMENTO DE POLÍTICA FARMACÉUTICA.	1	36
Experimentando políticas farmacéuticas con un simulador: ¿Qué pasaría si...? Políticas de demanda y políticas de oferta para contener el gasto. González López Valcárcel B, resumen y comentario de: Canton Erik y Ed Westerhout. A model for the Dutch pharmaceutical market. <i>Health Economics</i> 1999; 8: 391-402. SUPLEMENTO DE POLÍTICA FARMACÉUTICA.	1	37
Precios de referencia: revisión de la literatura. Segú LI, resumen y comentario de: López-Casnovas G, Puig-Junoy J. Review of the literature on reference pricing. <i>Health Policy</i> 54 (2000): 87-123. SUPLEMENTO DE POLÍTICA FARMACÉUTICA.	1	38
La desigualdad económica contribuye a aumentar la mortalidad. Rico A, resumen y comentario de: Wagstaff A, van Doorslaer E. Income inequality and health: What does the literature tell us? <i>Annu. Rev. Public Health</i> 2000; 21: 243-67.	1	69
Tratamientos nuevos para el cáncer avanzado: una aproximación para la priorización. Expósito J, resumen y comentario de: Ferguson JSJ, Summerhayes M, Masters S, Schey S, Smith IE. New treatments for advanced cancer: an approach to prioritization. <i>British Journal of Cancer</i> 2000; 83: 1268-1273.	2	70
El testimonio intelectual de un luchador por la Economía de la Salud. González López-Valcárcel B, resumen y comentario de: Williams A. Applying Economics in a Hostile Environment: the health sector. <i>Gaceta Sanitaria</i> , 2001; 15(1):68-73.	2	100
La innovación tecnológica como factor crítico de globalización en el sector sanitario. Oteo Ochoa LA, Pérez Torrijos G, resumen y comentario de: Cristensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will Disruptive Innovations Cure Health Care? <i>Harvard Business Review</i> , 2000; September-October: 102-112.	3	101
¿Quién y cómo debe decidir si un sistema de salud es bueno o mejor que otro? Rodríguez M, resumen y comentario de: Blendon RB, Kim M, Benon JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. <i>Health Affairs</i> 2001;20:10-20. Comentario: Murray CJL, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people expectations. <i>Health Affairs</i> 2001;20:21-4.	4	135
La tasa de cesáreas es vulnerable a una buena gestión. Ortún Rubio V, resumen y comentario de: Spetz J, Smith MW, Ennis SF. Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. <i>Med Care</i> 2001;39:536-550.	4	136
Financiación de las urgencias: la accesibilidad es la función más importante. García Sempere A, resumen y comentario de: Duckett SJ, Jackson T. Paying for hospital emergency care under a single-payer system. <i>Ann Emerg Med</i> 2001; 37:309-317.	4	137
Las tarifas pagadas a los obstetras pueden afectar la calidad de los resultados de la atención prenatal. Puig Junoy J, resumen y comentario de: Gray B. Do Medicaid physician fees for prenatal services affect birth outcomes? <i>J Health Econ</i> 2001; 20:571-90.	4	138
POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA		
Los programas de salud pública en el tercer mundo pueden conseguir muchos más efectos beneficiosos que los que normalmente se asumen. López Casanovas G, resumen y comentario de: Dow WH, Philipson TJ, Sala-i-Martin X. Longevity Complementarities under Competing Risks. <i>American Economic Review</i> 1999; 89 (5):1358-1371.	1	40
Encefalopatía espongiiforme bovina. Aciertos y desaciertos en salud pública. Ruiz Pérez I, Martín Olmedo P, resumen y comentario de: Lord Phillips of Worth Matravers, Mrs June Bridgeman, Professor Malcolm Ferguson-Smith. The BSE Inquiry. London: The Honourable House of Commons, 2000. (Accesible en www.bseinquiry.gov.uk)	2	71
La implantación de políticas estatales de control del acceso de los jóvenes al tabaco se relaciona con un menor consumo en la población adolescente. Hernán García M, resumen y comentario de: Luke DA, Stamatakis KA, Brownson RC. State youth-access tobacco control policies and youth smoking behavior in the United States. <i>Am J Prev Med</i> 2000; 19:180-7.	2	72
La política farmacéutica de los países en vías de desarrollo debe basarse en medidas para el correcto uso de los medicamentos. Hidalgo Vega A, resumen y comentario de: Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. Laing R, Hogerzeil H, Ross-Degnan D. <i>Health Policy and Planning</i> 2001;16: 13-20.	2	102
La mortalidad en la población anciana holandesa muestra desigualdades de salud. López Arrieta JM, resumen y comentario de: Van Rossum CTM, Van de Mheen H, Mackenbach JP, Grobbee DE. Socioeconomic status and mortality in Dutch elderly people. The Rotterdam study. <i>Eu J Pub Health</i> 2000; 10:255-61.	3	103
No existe evidencia de que la autoexploración mamaria mejore los resultados de mortalidad por cáncer de mama. Astier P, resumen y comentario de: Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? <i>Can Med Assoc J</i> 2001; 164:1837-46.	4	139
LOS INFORMES DE LAS AGENCIAS DE EVALUACIÓN		
Una herramienta para la toma de decisiones sobre adquisición de nuevas tecnologías en los centros sanitarios. Márquez Calderón S, Resumen y comentario de: Briones E, Loscertales M, Pérez Lozano MJ en nombre del Grupo GANT. Proyecto GANT. Guía de adquisición de nuevas tecnologías en los centros sanitarios de Andalucía. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 1999.	4	41
Desfibriladores automáticos implantables: decisiones difíciles sobre la ampliación de indicaciones con efectividad controvertida y costes muy elevados. Briones Pérez de la Blanca E, resumen y comentario de: Parkes J, Bryant J, Milne R. Implantable cardioverter defibrillators: arrhythmias. A rapid and systematic review. <i>Health Technol Assess</i> 2000; 4(26). (Accesible en www.ncchta.org)	2	73
Guía sobre la Evidencia científica para la evaluación de Tecnologías en Internet. Martínón Sánchez JM, resumen y comentario de: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Xunta de Galicia, 2000.	2	104

	Nº	Pág.
El Orlistat es efectivo a corto plazo para reducir peso en pacientes adultos con obesidad. O'Meara S, Riemsma R, Shirran L, Mather L, ter Riet G. A rapid and systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Orlistat in the management of obesity. <i>Health Technol Assess</i> 2001; 5 (18). (Accesible en: http://www.ncchta.org/full-mono/mon518.pdf).	3	105
INVESTIGACIONES QUE HICIERON HISTORIA		
La aparición de los GRDs. Bernal Delgado E, resumen y comentario de: Fetter RB, Youngsoo S, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case Mix definition by Diagnosis-Related Groups. <i>Medical Care</i> 1980; 18: S1-S39.	1	42
¿Gratis para todos? El experimento de la RAND. Ibern Regàs P, resumen y comentario de: Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. Free for all? Lesson from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge: Harvard University Press, 1993.	2	74
La certeza de que variables extra-sanitarias inciden decisivamente en la salud. del Llano J, Oliva J, resumen y comentario de: Fuchs VR. Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice. Basic Books, Inc., Publishers, 1974.	3	106
La introducción de los QALYs y del discurso de coste-efectividad. García-Altés A, resumen y comentario de: Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. <i>BMJ</i> 1985;291:326-329.	4	140
OBITUARIO		
Avedis Donabedian, una figura esencial en el desarrollo de la evaluación y mejora de la gestión sanitaria (1919-2000). Lorenzo S, Peiró S.	1	43
NOTAS DE GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA		
Utilización adecuada de los resultados del meta-análisis. Bernal Delgado E.	1	21
LA CIENCIA SOBRE EL PAPEL		
Operaciones de limpieza. Arranz M.	2	75
Carta al director. Arranz M.	3	107
El paradigma del artículo original. Arranz M.	4	141
REDADA: RECURSOS SANITARIOS EN WWW		
www.freemedicaljournals.com : revistasmédicasgratis. Peiró S,	4	142

ÍNDICE DE AUTORES

Abad Díez JM., 14	García Altés A., 19, 26, 90, 119, 128, 141	Oliva J., 93, 94, 106, 130
Abizanda R., 116	García Sempere A., 138	Ondategui Parra S., 126
Aguiló Lucía J., 13	García Vicente S., 8,135	Ordovas JP., 17
Aibar Remón C., 31	González López-Valcárcel B., 37, 100	Ortún Rubio V., 18, 36, 47, 67, 137
Alonso Cuesta P., 16, 98	Gonzalo Jiménez E., 51	Oteo Ochoa LA., 101
Álvarez León EE., 58	Gosalbes Soler V., 56	Peiró S., 6, 43, 50, 82, 143
Aranaz Andrés JM., 58	Guerra Romero L., 91	Pérez Caballer AJ., 95
Arranz M., 75, 107, 142	Hernán García M., 72	Pérez Torrijos G., 101
Astier Peña P., 9, 15, 65, 140	Hernández ME., 120	Puig-Junoy J, 3, 33, 34, 35, 61, 63, 139
Avendaño Brandeis R., 64, 96	Hidalgo Vega A., 102	Quecedo Gutiérrez L., 89
Barcia JA., 123	Ibern Regàs P., 74	Rabanaque MJ., 11, 12, 57
Bermúdez Tamayo C., 64, 96	Latour Pérez J., 28, 66	Rico A., 69
Bernal Delgado E., 21, 42, 54	Librero J., 32	Ridao M., 20
Bertolín JM, 120	López Arrieta JM., 103	Rodríguez M., 136
Briones Pérez de la Blanca E., 73	López Casasnovas G., 40	Rodríguez Artalejo F., 83, 111
Buglioli M., 62	Lorenzo S., 43, 125	Rodríguez Roldán JM., 16, 98
Carrasco M., 105	Marín Gómez M, 7, 68, 124	Rodríguez Vallejo JM., 92
Carreter Oróñez CA., 10	Márquez Calderón S., 41, 52	Rubio P., 85
Castaño Riera EJ., 27, 59, 131	Martín Olmedo P., 71	Ruiz García V., 121, 122
Clemente García R., 127	Martín Santos FJ., 51	Ruiz Pérez I., 71
Colomer Mascaró J., 126	Martínez Cantarero J., 97	Sacristán JA., 84
Cuenca MC., 129	Martínez Mas E., 87	Segú Ll., 39
Cuñat de la Hoz J., 127	Martínez Pillado M., 125	Soto Álvarez J., 99
del Llano Señaris J., 79, 106	Martinón Sánchez JM., 104	Tomás Aznar C., 25
Dos Ramos F., 105	Meirás Capella O., 88	Verdaguer A., 117
Espallargues M., 134	Meneu R., 53, 82, 132	Vilches Martínez M., 86
Expósito J., 70	Moliner J., 29,30	Villegas R., 55
Ferrús i Estopà L., 118	Montesinos Berry E., 8	

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA (GCS)

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

GCS mantiene un fichero de suscriptores. Ocasionalmente esta lista puede ser facilitada a Sociedades Científicas u otras entidades para fines publicitarios compatibles con los propósitos de GCS. Los suscriptores pueden quedar excluidos de estos usos informando a GCS.

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 (mr_iiss@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.