

Número coordinado por Susana Lorenzo

Editorial	
La mejora de la calidad en la gestión	131
Elementos para un debate	
La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)	133
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Pocos clínicos utilizan habitualmente las GPC a pesar de que la mayoría las considera útiles	141
Una intervención durante la hospitalización mejora los tratamientos en prevención secundaria del infarto de miocardio	142
El análisis sistemático de la dinámica de un equipo de trabajo contribuye a mejorar los procesos grupales	143
Enfermería hospitalaria: ¿deberíamos aumentar plantilla?	144
Algunas pistas para mejorar la calidad asistencial mediante la enfermería basada en la evidencia	145
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Efecto de la dosis de hemodiálisis y membranas de alto flujo en la calidad de vida	146
La ventilación no invasiva aumenta la mortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria tras la extubación	147
Para algunos procesos oncológicos existe relación inversa entre volumen de intervenciones anuales y mortalidad postoperatoria	148
Incidencia y consecuencias de la rotura uterina en mujeres con cesárea anterior	149
Resultados de la mastectomía profiláctica en pacientes con riesgo elevado de desarrollar un cáncer de mama	150
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
El estudio de los efectos adversos (EA) y su importancia para mejorar la seguridad clínica	151
Los efectos adversos previos a la hospitalización son tan importantes como los desarrollados en el hospital	152
El 50% de la calidad	153
Una vez más: Si nos comparamos, podemos mejorar	154
Los profesionales apuestan por la calidad en las urgencias de pediatría, podemos colaborar para conseguirlo	155
Protocolos de Adecuación: Muchos instrumentos, pocas decisiones	156
Evaluación económica, eficiencia, costes	
El coste efectividad del cribado con endoscopia del esófago de Barrett	157
Las unidades de ictus mejoran los resultados del tratamiento incrementando los costes sanitarios y sociales	158
La regularización legal de las “voluntades anticipadas” en EE.UU. no produjo disminución del gasto sanitario en el último mes de vida del paciente	159
Utilización de servicios sanitarios	
Cuidados en los últimos meses de vida: las variaciones son impactantes	160
El conocimiento de los factores que incrementan la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas contribuye a mejorar el uso de los recursos	161
Gestión: Instrumentos y métodos	
Se pueden conocer las complicaciones de la atención hospitalaria a partir de la información recogida de manera rutinaria por el centro	162
Aumentar la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, un reto para clínicos y gestores	163
Ayudas para que los pacientes y sus familiares utilicen los resultados de las investigaciones médicas. Algunos ingredientes para mejorar la comunicación	164
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Medir la confianza de los pacientes en sus médicos: cuestión de interés	165
Mejorar la información que reciben los pacientes a partir de sus propias propuestas	166
Información de calidad para los pacientes: menos intuición y más método	167
Gestión de la desilusión: un elemento clave en el proceso de alta de rehabilitación tras ictus	168
Qué pasa cuando estoy al otro lado...	169
Política sanitaria	
Estrategias de reforma en el NHS británico: mayor poder, pero a la vez, mayor responsabilidad para los gestores y profesionales	170
El arsenal terapéutico: adecuar los objetivos comerciales a las necesidades médicas	171
Políticas de salud y Salud Pública	
Los determinantes económicos de la obesidad. Nueva evidencia sugiere que el aumento del sobrepeso y obesidad en adultos se debe a la proliferación de restaurantes de comida rápida a bajo precio	172
Móviles en el hospital: ni prohibición, ni permisión, sino todo lo contrario	173
Informes de las sociedades científicas	
De cómo cuidar a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la manera más efectiva y en el nivel adecuado	174
La ciencia sobre el papel	
El impacto del factor de impacto	175

Editor

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

Editores asociados

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

Juan del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

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

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

Consejo de redacción

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

Consejo editorial

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

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

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
Annals of Internal Medicine
Atención Primaria
Australian Medical Journal
British Medical Journal (BMJ)
Canadian Medical Association Journal
Cochrane Library
Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención
Primaria
Epidemiology
European Journal of Public Health
Gaceta Sanitaria
Health Affairs
Health Economics
Health Expectations
Health Services Research
International Journal on Quality in Health Care
Joint Commission Journal on Quality Improvement
Journal of American Medical Association (JAMA)
Journal of Clinical Epidemiology
Journal of Clinical Governance
Journal of Epidemiology & Community Health
Journal of General Internal Medicine
Journal of Health Economics
Journal of Public Health Medicine
Lancet
Medical Care
Medical Care Review

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

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

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

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

Oficina editorial

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

Imprime

Artes Gráficas Soler, S. L. - La Olivereta, 28
46018 VALENCIA

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

La gestión de la calidad: de los modelos a la excelencia

Susana Lorenzo

Fundación Hospital Alcorcón

“Caminante, no hay camino, se hace camino al andar...”

A. Machado

La evaluación de la asistencia sanitaria es consustancial a la práctica clínica, las primeras referencias a la misma se remontan a las culturas egípcia o china. La mejora de la asistencia es una constante preocupación para profesionales, usuarios y gestores. Sin embargo, al contemplar el sector salud desde la perspectiva de otros sectores de la sociedad la implantación en el nuestro de la gestión de la calidad es bastante desigual; probablemente porque no sea sencillo aunar el punto de vista de colectivos tan diversos. Es un hecho que tradicionalmente las culturas clínica y de gestión han avanzado por caminos paralelos sin prestarse mucha atención; de igual forma, la medida de resultados y la comparación entre los centros no es siempre posible, y en muchos casos, las líneas estratégicas de las organizaciones sanitarias no están claras. Sin embargo, experiencias recientes muestran no solo la eficacia del acercamiento entre ambas culturas, sino el interés y la satisfacción que despierta en los profesionales sanitarios la mejora de la producción de sus servicios (1, 2) y para ello es imprescindible contar con sistemas para medir el rendimiento y los resultados de la organización (3).

Se conoce poco sobre los efectos a medio y largo plazo de la gestión de calidad. Las razones son varias, por un lado es conocido el sesgo de publicación positivo, la investigación en general orientada a la publicación de beneficios, que además son más fáciles de publicar. La literatura (4, 5, 6) sobre gestión de calidad referencia incesantemente los mismos problemas, y pese a que existe un volumen no despreciable de investigación en nuestro medio, se publica poco; con una gran proporción de estudios descriptivos y escasa continuidad temporoespacial. Además la metodología de evaluación utilizada es tan diversa (7) que la realización de comparaciones es casi imposible.

Junto a la escasa difusión de los resultados de las experiencias, existe otra serie de razones que dificultan la implantación

de modelos de gestión de calidad en nuestro ámbito, y que van desde la falta de voluntad de los distintos agentes a tener en cuenta a todos los interlocutores, el temor a la transparencia y la inexistencia de estrategias proactivas en la política sanitaria (8). Si ahondamos en la perspectiva “gestora” de la calidad, son muchos los centros en los que la planificación estratégica brilla por su ausencia... y, sin enfoque, ¿no puede haber despliegue!

En el reciente monográfico sobre la cartografía de la gestión de la calidad en España publicado por Revista de Calidad Asistencial (9), podemos comprobar cómo la variabilidad entre Comunidades es alta. Aunque, si acercamos el *zoom* a escala autonómica encontraremos diferencias entre los distintos niveles de asistencia, e incluso si nos aproximáramos más todavía, dentro de cualquiera de ellos: entre centros. Existe una gran variedad de abordajes, casi tantos como organizaciones. La heterogeneidad en cuanto a planificación y desarrollo de políticas de gestión y de calidad que no hace más que poner de manifiesto enfoques y despliegues diferentes. Dicha diversidad no es solo atribuible a que su gestión sea competencia de las Comunidades Autónomas.

Por todo ello, parece necesario consensuar un mínimo común múltiplo de directrices que permitan un desarrollo homogéneo del Sistema Nacional de Salud (SNS). Definamos y apliquemos criterios de evaluación, que no harán sino reflejar una perspectiva de qué cosas son importantes (los procesos clave generalmente) y cuáles no lo son desde el punto de vista de los diferentes grupos de interés. Así sabremos si nuestros resultados son buenos, malos o regulares, pues nos permitirá establecer comparaciones. Aunque las iniciativas en nuestro entorno encaminadas a la elaboración de un conjunto de indicadores comunes al SNS no son nuevas, avanzan más lentamente de lo que sería deseable. Parece razonable utilizar como *benchmark* modelos –a pesar de sus limitaciones– como el británico: National Framework del National Health Service, HEDIS en EE.UU., o el del gobierno danés con un conjunto de indicadores para todo el país.

Una vez establecidos los mínimos, cada organización se planteará las estrategias para medir, evaluar, comparar; estableciendo las correspondientes medidas correctoras, como un traje a medida. No en vano, las posibilidades son múltiples, dependen por un lado de la política de la CA de referencia, de las circunstancias de la organización, del equipo directivo, etc. La descentralización del sistema sanitario ha permitido una cuota de innovación en la gestión de servicios sanitarios, sin embargo la construcción del estado sanitario no está acabada y requiere voluntad de consenso de todos los agentes implicados para alcanzar un modelo de coordinación; por minúsculo que fuera, mejoraríamos todos.

A nivel de organización, gestionar supone coordinar y motivar a las personas que desempeñan su trabajo para conseguir que ésta alcance sus fines. La gestión de las instituciones no se consigue aplicando una fórmula matemática con la suma de las calidades de los servicios que los integran, entre otras razones porque existen interrelaciones, de ahí la necesidad de tener una visión global de la organización y de los procesos que la integran, en la que cada cual sepa cuál es su misión.

La introducción masiva de la cultura de la mejora continua en las organizaciones sanitarias podría arrojar luz sobre todo ese *maremagnum* de áreas de mejora. Midiendo se puede evaluar, comparar y mejorar los resultados teniendo en cuenta a todos los grupos de interés, acercando la información a quienes la necesitan. Al fin y al cabo solo significa utilizar el sentido común en cada uno de los procesos, teniendo en cuenta la opinión de todas las partes implicadas y sin perder de vista que todo lo que hacemos siempre se puede mejorar.

Y no parece obligatorio inventar nada, el desarrollo de la calidad total a escala mundial ha dado lugar a diferentes modelos de excelencia. Han sido desarrollados para promover la mejora de las prácticas de gestión de cualquier organización. Se fundamentan en una serie de valores: responsabilidad social corporativa, orientación al cliente, gestión con hechos, etc. En nues-

tro entorno la responsabilidad social empieza a adquirir carta de naturaleza entre las organizaciones, para las que conceptos como buen gobierno, reputación y ética empresarial, compromiso medioambiental, desarrollo sostenible, acción social o código de buenas prácticas, son ya imprescindibles en su vocabulario y en las agendas de sus directivos. Todos estos conceptos están muy relacionados entre sí. La Comisión Europea recomienda añadir nuevas variables a la gestión de las organizaciones (10), teniendo en cuenta la mayor complejidad del entorno: nuevas inquietudes y expectativas de los grupos de interés (en nuestro caso pacientes, ciudadanos en general, administraciones públicas, inversores...), pero no ya en una escala local, sino global. Incorporando decisiones de inversión condicionadas por criterios sociales, la transparencia en las actividades empresariales y el desarrollo sostenible (11).

Los modelos de excelencia comparten una serie de similitudes (12): se basan en la mejora continua, presentan interrelación entre los criterios que los constituyen, introducen un sistema de evaluación basado en: ¿cómo se gestiona? y ¿qué se consigue?; enfatizan en que el resultado final es conseguir una organización más efectiva y eficiente, que se ajuste a las necesidades de sus clientes y de la comunidad; prestan especial atención a la medida de la mejora de la efectividad así como a los procesos que han contribuido a ello. Han sido concebidos como herramientas de diagnóstico para la gestión y son utilizados como referencia en los “premios a la excelencia de la gestión” (13). Pero, no solo eso... ¡existen evidencias de que las organizaciones que los utilizan mejoran sus resultados! (14).

En la actualidad el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation for Quality Management* –EFQM) parece ser el que tiene mayor acogida entre los Servicios Regionales de Salud del Estado (9). Sin embargo, sea cual fuere el modelo elegido, la materialización de los conceptos e ideas que proponen no es un trabajo de un día, un mes, ni de un año, se ha de convertir en una cultura que impregne a toda la organización, “un estilo de hacer”. Permiten consolidar fortalezas y corregir debilidades, ir avanzando hacia esa situación idílica a la que ninguna organización puede llegar, por-

que conforme se desarrollen mejores prácticas en otras organizaciones, el marco de referencia evolucionará con ellas. Se trata pues de un concepto vivo, que se va enriqueciendo con el paso del tiempo (14) o con el uso.

Los proveedores de asistencia sanitaria –como empresas de servicios– tienen la obligación de prestar el mejor servicio teóricamente posible, con el uso más adecuado de los recursos, para conseguir la satisfacción de los usuarios y de los trabajadores. Lo que conocemos como excelencia (del lat. *excellētia*: “superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo”). Sin embargo conseguirlo no es labor fácil, es una tarea que no se termina nunca, basada en el humilde y conocido principio de la mejora continua: “todo lo que hacemos se puede mejorar”. En realidad la excelencia es más que una utopía. Por ello, lo importante no es llegar al final del trayecto, sino recorrerlo. Se trata de garantizar que los pacientes que requieren una intervención quirúrgica, por ejemplo, sean diagnosticados y tratados en el tiempo y forma adecuados a los recursos disponibles... o lo que es lo mismo, que la mejora continua cale en la organización. La consecuencia será la mejora de la gestión y de los resultados, ¡los mejores se reconocen! Para avanzar por este camino disponemos de numerosas metodologías: las 5S (organización, orden, limpieza, control visual y disciplina y hábito), Quality Function Deployment (QFD), despliegue de objetivos, ISO, mini-compañías o gestión clínica, benchmarking, seis sigmas, acreditación, etc. Cada organización elegirá las más convenientes en función de sus necesidades y de las estrategias de mejora que se plantee.

Toda institución sanitaria que tenga entre sus objetivos ofrecer unos servicios de calidad debe orientar sus líneas estratégicas hacia la mejora continua. Para ello requiere un sistema para gestionar sus procesos, medirlos y controlarlos. Precisa un adecuado sistema de información, y ha de integrar la diversidad de las necesidades de todos los grupos de interés que componen el sector salud.

Previsiblemente –en el futuro inmediato– conforme aumente la presión para que las decisiones se tomen de forma explícita y pública, la gestión sanitaria estará basada en la evaluación de los resultados de las organizaciones, contrastados y contrasta-

bles. No hay marcha atrás posible, los “decisores” han de producir y describir la evidencia en la que han basado cada decisión, aun siendo ésta escasa, justificando la forma en la que se ha buscado. Este modelo de gestión aún incipiente en nuestro ámbito, constituye además una de las formas de dar mayor participación a los pacientes, que a la vista del procedimiento podrán y querrán emitir su opinión (7). La implantación masiva de la mejora continua en el día a día de la gestión de las organizaciones sanitarias ha dejado de ser una utopía, hacerla realidad solo depende de nosotros. ¡Manos a la obra!

Referencias

- (1) Runy A. The dynamics of satisfaction. *Hospitals & Health Networks* 2002; 76:57-63.
- (2) Upenieks VV. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manager* 2003; 22:83-98.
- (3) Laing A, Hogg G, Winkelman D. Healthcare and the information revolution: re-configuring the healthcare service encounter. *Health Serv Manage Res.* 2004;17:188-99.
- (4) Galvin RS, McGlynn E. Using performance measurement to drive improvement. A road map for change. *Med Care* 2003; 41(1 Suppl):I48-60.
- (5) Øvretveit J, Gustafson D. Improving the quality of health care. Using research to inform quality programmes. *BMJ* 2003; 326:759-761.
- (6) Meneu R. La sombra de la duda: limitaciones en la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:335-8.
- (7) Lorenzo S. Evidencia científica y gestión de calidad. *Serie Monografías Humanitas* 2004; 107-119.
- (8) Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones? *GCS* 2002; 12:35-7. Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion12.pdf> [consultado el 31 de agosto de 2004].
- (9) Comité editorial. Una cartografía de la gestión de calidad en España. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19:103. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13061961> [consultado el 31 de agosto de 2004].
- (10) Disponible en <http://www.jussemp.org/Resources/Corporate%20Activity/Resources/sipa de2.pdf> [consultado el 26 de julio de 2004]
- (11) Disponible en <http://www.globalreporting.org> [consultado el 26 de julio de 2004].
- (12) Lorenzo S. Evidencias de aplicación del modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. *Rev Calidad Asistencial* 2000, 15:129-130.
- (13) Euskalit. *Calidad total*. Ed. Euskalit, Bilbao, 2000.
- (14) Ugalde M. Excelencia en la gestión. ¿Existen resultados o es solo un acto de fe? *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:338-41. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13051652> [consultado el 31 de agosto de 2004].

La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)

Jaume Puig-Junoy*

Universitat Pompeu Fabra (UPF)

Departamento de Economía y Empresa

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

www.econ.upf.edu/~puig

■ Introducción

La participación del usuario en el coste de los servicios públicos a través de copagos, precios públicos o *tiquets* moderadores relaciona de forma directa, a diferencia de los impuestos generales, los pagos realizados con el beneficio derivado de la utilización del servicio público de que se trate.

El debate sobre si el usuario debe participar más o menos en el coste de la atención sanitaria debería ser juzgado menos en relación a la simple contribución al aumento de los ingresos públicos y más en relación con su capacidad, a establecer de forma empírica, de reducir los costes sociales sin perjudicar el estado de salud de los individuos.

El objetivo de este artículo es el de presentar un resumen del estado del conocimiento sobre el impacto de la participación del usuario en el consumo de medicamentos y en el estado de salud. La finalidad principal es la de aportar evidencia sobre lo que se sabe y lo que no se sabe que sea útil para informar el debate político sobre la deseabilidad social (eficiencia y equidad) de modificar el actual sistema de copago sobre los medicamentos aplicado en el SNS español.

En este artículo se utiliza la expresión “copago” como sinónimo de participación del usuario en el coste de los medicamentos, si bien, tal como se precisa más adelante, esta participación puede adoptar formas diferentes y recibe nombres distintos en la literatura especializada. Algunos autores reservan la expresión *copayment* para la aportación de una cantidad fija por parte del usuario y la expresión *coinsurance* para la aportación basada en una proporción del precio del medicamento.

■ Concepto y formas de participación del usuario en el coste de los medicamentos

La característica común a todos los sistemas de copago es que se trata de una política en la que el asegurador, sea público o privado, y el paciente comparten en alguna medida la responsabilidad del coste de los medicamentos. ¿Cuáles son las razones para que ambos compartan los costes? Existen dos objetivos básicos potenciales de los sistemas de copago: racionalizar y reducir el consumo excesivo (ganancias de eficiencia). La importancia concedida a uno u otro objetivo condiciona de forma muy importante el diseño del sistema de copago.

Por otro lado, cuanto más elevado sea el copago a cargo del paciente mayor será el conflicto de esta medida con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a los medicamentos para una misma necesidad con independencia de la capacidad económica. En este sentido, aunque no es el instrumento más efectivo ni más eficiente para conseguir este objetivo, muchos sistemas de copago se justifican en la práctica como un instrumento al servicio de una pretendida redistribución de rentas de los ricos a los pobres (por ejemplo, aplicando copagos no uniformes a activos y a pensionistas).

Los copagos representan una política de financiación de los medicamentos que puede adoptar un gran número de formas concretas que contribuyen a que su aplicación, los incentivos que genera y su impacto sobre el consumo, el gasto y el estado de salud puedan ser muy distintos en cada caso.

Los elementos más importantes que configuran el diseño de un sistema de participación del usuario (copago) en el coste de los medicamentos son los cuatro siguientes: (a) el valor de la *aportación* o contribución financiera directa del paciente; (b) las cantidades *deducibles*; (c) el *límite máximo* que pueden llegar a pagar el paciente y/o el asegurador; y (d) las *prestaciones excluidas* de la cobertura aseguradora.

La contribución financiera directa del paciente se puede establecer como mínimo de dos tipos de formas diferentes (que también pueden ser complementarias): (a) una *cantidad fija* por cada envase dispensado en una oficina de farmacia; y (b) una determinada *proporción del precio* de venta del medicamento (por ejemplo, el 40% del precio de venta al público). Como resulta obvio, un copago de cantidad fija es equivalente a una proporción del precio más elevada para los medicamentos baratos y más reducida para los más caros.

Cuando existen cantidades *deducibles* (D), los individuos pagan el gasto total de las primeras prescripciones dispensadas hasta D, mientras que, a partir de la cantidad gastada D, es el asegurador quien se hace cargo de la totalidad (o una determinada proporción, según la forma que tome la contribución del paciente) del gasto farmacéutico ocasionado por el individuo. El efecto observado para este elemento sobre el gasto es una tendencia a la reducción cuando los gastos del asegurado no superan la cantidad fijada previamente como deducible, pero no frena el consumo por encima de esta cantidad.

* El autor agradece los comentarios a una versión previa de este trabajo recibidos de Guillem López-Casasnovas, Vicente Ortún y Ricard Meneu. La realización de este artículo se ha beneficiado de una ayuda a la investigación del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SEC2003-00036).

Asimismo, los sistemas de copago pueden contemplar *límites al riesgo máximo* asumido por el usuario o bien por el asegurador. En el primer caso, se trata de una forma de reducir el riesgo financiero que el sistema de copago transfiere a, por ejemplo, enfermos crónicos o bien a enfermos agudos con un coste elevado y concentrado en un corto período de tiempo (por ejemplo, una aportación máxima mensual), o bien con relación al importe máximo a pagar por cada envase. El asegurador también puede poner un límite a la cobertura de forma que mediante este elemento el paciente será el que cubrirá los gastos extraordinarios que superen cierto nivel establecido como máximo en la cobertura aseguradora.

Otro de los elementos que pueden intervenir en el diseño de un sistema de copago es la propia definición del catálogo de medicamentos (medidas de financiación selectiva) incluidos en la cobertura aseguradora: la exclusión de medicamentos de esta cobertura (por ejemplo, una lista negativa con los medicamentos excluidos de la financiación pública) resulta equivalente a la imposición de un copago igual al 100% del precio del medicamento. Otro aspecto a tener en cuenta, y que influye de forma importante en los incentivos asociados al sistema de copago, es si éste permite o no la posibilidad de que los individuos puedan comprar un re-aseguro que les cubra de los riesgos financieros que les obliga a compartir el sistema de copago.

El valor de la aportación financiera a cargo del paciente, establecida como cantidad fija o como proporción del precio, puede ser *uniforme* para todos los medicamentos e individuos, o bien puede ser múltiple y diferenciada. En el caso de ser múltiple o diferenciada, la situación más común en el sistema comparado, el valor de la aportación se puede diferenciar según diversos criterios.

Los criterios más comunes de diferenciación a la hora de establecer el valor de la aportación son: (a) las *características personales del paciente* (por ejemplo, aportaciones porcentuales sobre el precio diferenciadas según el nivel de renta del

paciente, que pueden incluir la exclusión de copago de algunos colectivos de renta baja); (b) el *tipo de problema de salud* para el que se indica el tratamiento farmacológico (por ejemplo, un copago del 10% del precio de venta para los medicamentos indicados para enfermedades crónicas, VIH/sida, etc.); y (c) la *eficacia* y la *relación coste/efectividad* de cada medicamento incluido dentro de la cobertura aseguradora (por ejemplo, un copago nulo para los medicamentos considerados esenciales y muy efectivos y un copago elevado para medicamentos nuevos y más caros, pero igual o poco más efectivos que los primeros).

■ Los copagos diferenciales y los precios de referencia

La aplicación de *copagos diferenciales* en los medicamentos según su *efectividad* y/o según su *relación coste-efectividad* abre las puertas a introducir una doble distinción a la que tradicionalmente se ha prestado escasa atención en el debate político y que, en cambio, puede resultar importante en el diseño de sistemas copago atendiendo a: (a) los *incentivos* que el sistema de copago genera a fin de que paciente y médico elijan más los *medicamentos* considerados *preferenciales* a juicio del asegurador (preferencia basada en la mayor efectividad y/o en la mejor relación entre el coste y la efectividad); y (b) el *carácter obligatorio o evitable* del copago para el paciente.

Desde el punto de vista del impacto de un sistema de copago resulta crucial tener en cuenta si el sistema supone una *aportación obligatoria* del paciente (equivalente a un *impuesto sobre los enfermos*, como señalan los más críticos con los efectos de los copagos) o si esta contribución resulta *evitable o no obligatoria* ya que el objetivo es más bien inducir o incentivar a paciente y médico a elegir un medicamento igualmente efectivo pero de precio inferior. En el caso de que el copago incentive el consumo de medicamentos más baratos pero igualmente efectivos, no se deberían esperar efectos negativos sobre el estado de salud del paciente.

Una ventaja de los copagos diferenciales, si se diseñan y gestionan de forma adecuada, es que representan una aproximación a lo que resultados recientes de la teoría económica consideran un sistema de copago óptimo (1): la medida en que la diferencia de precio entre el medicamento nuevo y más caro y el medicamento antiguo y más barato debe ser compartida por el paciente debería depender de la contribución adicional a la mejora del estado de salud del nuevo medicamento (valor incremental de la innovación). Si este valor incremental es nulo (igual efectividad a un precio más elevado, o sea, una relación coste-efectividad más elevada para el nuevo medicamento), entonces la solución óptima es la de hacer pagar la totalidad de la diferencia de precio al paciente siempre que éste elija el medicamento nuevo.

Una ilustración del copago diferencial (*tiered copayment*) podría ser la clasificación de los medicamentos incluidos en la cobertura aseguradora, por ejemplo, en tres categorías o grupos de medicamentos (A, B y C). En el grupo A se incluyen los medicamentos que se considera que tienen una mejor relación coste-efectividad y se les asigna un copago de cantidad fija o porcentual más bajo que en los medicamentos del grupo B. Se aplica igual criterio para el grupo B en relación al C. Este tipo de sistema es muy utilizado en algunos seguros privados de Estados Unidos y en un cierto número de países europeos, si bien no siempre los medicamentos se clasifican con los mismos criterios.

Así pues, y sólo a título de ejemplo, en un sistema de copagos diferenciales se podría establecer un copago nulo para los medicamentos genéricos y los considerados más esenciales, otro de € 6 para medicamentos de marca considerados preferenciales (en función de su efectividad y de su precio), y otro de € 12 para los medicamentos de marca considerados no preferenciales. En un sistema de este tipo, los aseguradores disponen de la posibilidad de negociar con los productores y distribuidores de medicamentos de marca el precio con el fin de favorecer su inclusión en el grupo considerado preferencial al cual se aplica un copago inferior.

En este sentido, un diseño eficiente de un sistema de copagos diferenciales sirve para fomentar la competencia entre medicamentos que son sustitutos terapéuticos (eficacia parecida para una misma indicación) en la medida en la que que paciente y médico tienen la opción de elegir un medicamento con una efectividad equivalente o muy parecida pero de precio inferior que se encuentra incluido en un grupo con un copago menor. Si se dan estas condiciones, entonces este sistema incentiva la elección de medicamentos con una mejor relación coste-efectividad y el copago puede resultar evitable.

Otro tipo de sistema que equivale a un copago evitable relacionado con el coste-efectividad de los medicamentos, y que puede ser considerado como un caso particular de los copagos diferenciales, son los *sistemas de precios de referencia* (PR). Se trata de un copago que, con un diseño y aplicación adecuados, cumple con dos características deseables que no cumplen los copagos obligatorios: se trata de un copago evitable y difícilmente puede ocasionar efectos no deseables sobre la salud de los pacientes ni sobre la equidad en el acceso a un tratamiento efectivo.

Las políticas de PR como estrategia de contención y racionalización del gasto farmacéutico mediante el fomento de la competencia vía precios (2) consisten en definir un nivel máximo de financiación pública (precio de referencia) para cada grupo de medicamentos previamente establecido, de forma que el paciente debe hacerse cargo de la posible diferencia que existe entre este nivel de referencia y el precio de venta del medicamento dispensado en la oficina de farmacia. La cantidad máxima que el asegurador está dispuesto a financiar, o precio de referencia, se determina en relación a un grupo de medicamentos alternativos, considerados comparables o equivalentes. Así pues, se trata también de una política de promoción de la competencia vía precios orientando la financiación pública hacia los productos con los precios más bajos y una mejor relación coste-efectividad.

Los sistemas de financiación pública basados en PR se caracterizan por cinco rasgos básicos (3):

1. Los productos se clasifican en subgrupos "equivalentes" (con efectos terapéuticos similares).
2. El precio de referencia representa el nivel de financiación a cargo del asegurador máximo y único para todos los medicamentos del mismo subgrupo.
3. El precio de referencia se establece sobre la base de algún punto (mínimo, mediana, etc.) de la distribución de precios observada en el mercado o de los precios negociados con la industria farmacéutica.
4. Las empresas farmacéuticas disponen de libertad para la fijación de los precios de los medicamentos afectados por el sistema de PR.
5. Si el precio de venta fijado por el productor es superior al de referencia, entonces el paciente debe pagar la diferencia (copago variable y evitable).

Los sistemas de PR difieren en la práctica en función de la proporción del mercado farmacéutico cubierta. Esta proporción depende del criterio de equivalencia elegido para agrupar los medicamentos, y de la inclusión o no de los medicamentos protegidos por una patente.

Existen tres niveles de equivalencia para agrupar los productos que se someten al sistema de PR: equivalencia química, farmacológica y terapéutica. El primer nivel implica establecer grupos para un mismo principio activo que incluye tanto los genéricos como los productos de marca con patente caducada (*generic reference pricing*). El segundo nivel de aplicación agrupa en la misma categoría medicamentos con principios activos comparables desde el punto de vista farmacológico y terapéutico, como podrían ser, por ejemplo, todos los inhibidores de la bomba de protones (anti-ulcerosos) o todos los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Y, el tercer nivel agrupa medicamentos con la misma finalidad terapéutica; por ejemplo, todos los antihipertensivos.

■ Aplicación de copagos en los países de la UE-15

Los medicamentos son, en la práctica, el componente de la atención sanitaria que con mayor frecuencia es objeto de aplicación de copago en los países de la UE. Todos los sistemas de salud de la UE-15 aplican algún tipo de sistema de copago obligatorio (no evitable) por el que los pacientes comparten una parte del coste de los medicamentos, a excepción de Holanda, algunas regiones de Italia y una parte de los asegurados irlandeses.

Se distinguen tres grupos de países en relación al diseño del sistema de copago obligatorio: aquellos que imponen copagos fijos independientes del precio, los que imponen porcentajes de copago sobre el precio y los que imponen cantidades deducibles.

El primer grupo de países incluye Alemania, Austria, Reino Unido y algunas regiones de Italia que imponen un copago fijo por envase o por receta.

El segundo grupo de países, más numeroso, establece porcentajes de copago sobre el precio de venta de los medicamentos: Bélgica, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Portugal. Los porcentajes de copago varían en función de las características del paciente y/o del medicamento. Los rangos de variación entre el porcentaje mínimo y el máximo son en la mayor parte de los casos muy amplios, ya que van desde la ausencia de copago hasta el 80% (Portugal) o incluso hasta el 100% del precio (Francia y medicamentos excluidos de la cobertura aseguradora en el resto de países). Algunos de estos países utilizan copagos diferenciales para diversos grupos de medicamentos seleccionados con criterios diferentes en cada caso, pero que tratan de tener relación con la efectividad del medicamento: este es el caso de Bélgica, Francia, Luxemburgo y Portugal.

Y, el tercer grupo de países, combina la aplicación de una cantidad deducible inicial a cargo del paciente con un copago porcentual para el exceso de gasto: Dinamarca, Finlandia y Suecia.

Casi la totalidad de sistemas de salud de estos países han establecido una lista positiva (medicamentos incluidos en el seguro) o bien una lista negativa (medicamentos excluidos). Conviene recordar que la exclusión de un medicamento del seguro equivale a un copago porcentual del 100% del precio.

Por otro lado, un número cada vez mayor de países aplica copagos evitables bajo la forma de PR: Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Holanda, Italia, Portugal y Suecia. En sentido estricto, actualmente España no se debería incluir en este grupo de países ya que desde enero de 2004 el sistema español de PR impide el copago evitable al excluir del seguro público los medicamentos con un precio de venta superior al de referencia (4). La cuota de mercado de los medicamentos afectados por estos sistemas de PR se limita a los principios activos cuya patente ha expirado y para los que existen genéricos (sistema de PR con equivalencia química) en Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Portugal y Suecia. En cambio, en Alemania y en Holanda el sistema de PR se aplica a una proporción mucho más amplia de los medicamentos prescritos ya que utiliza el criterio de equivalencia farmacológica y terapéutica.

Un aspecto muy importante en el diseño de políticas de financiación pública de medicamentos, y al que a menudo se presta poca atención a pesar de que resulta relevante para la discusión del caso español, es su carácter centralizado o descentralizado. Los sistemas de copago aplicados a los medicamentos en los países de la UE-15 son altamente centralizados, a excepción del caso de Italia. En este país, el gobierno central abolió el copago centralizado antes de las elecciones generales del año 2000, y después de la descentralización completa del sistema de salud casi la mitad de las regiones italianas han optado por reintroducir un nuevo copago que adopta formas diferentes en cada región. En cambio, el sistema de PR italiano es de tipo centralizado.

La observación de los parámetros *normati-*vos de los distintos sistemas de copago

(cantidades fijas, porcentajes o deducibles) ofrece una visión parcial y no siempre precisa sobre cuáles son las *tasas efectivas de copago* (proporción del gasto farmacéutico a cargo del usuario) en cada país. La explicación de esta divergencia entre el copago normativo y el efectivo proviene de la existencia de numerosos grupos de población excluidos del copago y de cuál es la extensión de los medicamentos incluidos en la cobertura aseguradora (a los cuales se aplica el copago). En realidad, el juego de los niveles de precio de los medicamentos en cada país y las exenciones de copago son los principales responsables de las diferencias en el coste soportado por los pacientes en cada sistema de salud nacional.

■ La evaluación del impacto de los copagos

Los sistemas de copago pueden ser eficientes si existe sensibilidad del consumo respecto del copago (elasticidad-precio) sin afectar negativamente el estado de salud, y si no se producen efectos sustitución perversos en el consumo sanitario que perjudiquen el ahorro de costes y/o la calidad de la prescripción. Existe una amplia literatura sobre los efectos de los copagos en la prestación farmacéutica. Una revisión de esta literatura tanto para Estados Unidos como para Europa se puede consultar en Huttin (5), Hitiris (6), Puig-Junoy (7) y Lexchin y Grootendorst (8). Una discusión sobre los numerosos problemas metodológicos y limitaciones de estos estudios se puede consultar en Zweifel y Manning (9) y González (10).

El estudio, ya clásico, *Health Insurance Experiment* (HIE) de la Rand Corporation realizado entre 1974 y 1982 (11) analizó el impacto de copagos aplicados a los medicamentos en el contexto del diseño de un experimento a gran escala. El gasto farmacéutico por persona en el caso de ausencia de copago fue un 60% superior al gasto de los individuos afectados por un copago del 95%. En las coberturas aseguradoras con un copago más elevado, este estudio observó un menor número de prescripciones (entre un 18 y un 33%) en com-

paración con las coberturas con un copago más reducido. La elasticidad precio de la demanda fue de -0,1 para los pacientes con un copago entre el 0 y el 25% y de -0,2 cuando el copago se encontraba en el intervalo 25-95%. Una elasticidad precio de -0,2 indica que cuando el precio pagado por el paciente aumenta en un 10%, el consumo se reduce en un 2%.

Diversos estudios coinciden en aportar evidencia que indica que el consumo de medicamentos es más elevado, a igualdad del resto de condiciones, cuando el copago a cargo del paciente es más reducido (o sea, cuando la cobertura aseguradora es más generosa). Doshi et al (12) presentan los resultados de un estudio realizado con una muestra de 4.601 personas de más de 64 años en Estados Unidos. Las personas mayores con un copago más reducido, y no precisamente aquellas con un mayor riesgo clínico, son las que tienen una mayor probabilidad de consumir coxibs (nuevos medicamentos antiinflamatorios y antirreumáticos). Tanto es así que la probabilidad de ser consumidor de estos nuevos medicamentos aumenta un 41% en promedio cuando se pasa de un copago del 100% a uno comprendido entre el 50 y el 99%, para individuos con el mismo riesgo clínico.

Harris et al (13) diferencian entre medicamentos “importantes” y medicamentos “discrecionales” y encuentran una reducción relativamente mayor en el caso de los medicamentos discrecionales, si bien también se reduce el consumo de los considerados importantes. La introducción de un copago de cantidad fija (\$1,50) produce una reducción del número de prescripciones del 10,7%, mientras que un aumento de este copago hasta \$3 supone una reducción adicional del consumo del 10,6%. No obstante, el efecto sobre el gasto es bastante más reducido: reducciones del 6,7%, 5,2% y 8% para sucesivos copagos de \$1,50, \$3 y \$5.

Soumerai et al (14) clasifican los medicamentos en tres grupos según su nivel de efectividad. En el estudio de estos autores se evalúa la imposición de un límite superior en el consumo de medicamentos

cubiertos por el seguro (3 recetas mensuales) y la introducción de un copago de cantidad fija de \$1 en el programa Medicaid en New Hampshire (USA): la reducción del consumo se produce en los tres grupos de medicamentos, pero es más importante en el grupo de medicamentos de efectividad limitada o más reducida. Sin embargo, en valores absolutos, la reducción en los medicamentos importantes es de mayor magnitud. Por otro lado, la concentración del consumo en un número pequeño de consumidores con una elevada frecuentación es responsable de una reducción en el consumo que puede alcanzar hasta el 46% en el caso de algunos pacientes.

Poirier et al (15) han analizado el impacto de la introducción de un copago de cantidad fija de \$2 por envase en la población de más de 64 años en Quebec (Canadá) en 1992. El consumo de un grupo de medicamentos considerados esenciales (antihipertensivos) se mantiene al mismo nivel que antes de la introducción del copago de cantidad fija relativamente moderada, mientras que el de un grupo de medicamentos menos esenciales (benzodiazepinas) es significativamente más bajo.

Por otro lado, Goldman et al (16) ponen de relieve cómo un aumento muy importante de la proporción del coste a cargo del usuario, como puede ocurrir al doblar esta proporción, puede dar lugar a una reducción en el consumo de medicamentos en pacientes que, como en el caso de los diabéticos, puede suponer consecuencias negativas para el estado de salud.

Las diferencias en la elasticidad precio de los medicamentos por grupos sociales han sido también puestas de relieve por Lundberg et al (17) mediante una encuesta realizada a más de 2000 personas residentes en Uppsala (Suecia). Los resultados de este estudio indican que la elasticidad precio se reduce con la edad, la renta, la formación y el empeoramiento del estado de salud auto-percibido.

Tamblyn et al (18) han examinado el impacto de la introducción de un sistema de copago sobre medicamentos esenciales y

no esenciales prescritos a mayores de 64 años y pobres en Quebec en 1996. La medida adoptada consiste en pasar de un copago nulo a una aportación del paciente del 25% del coste hasta un máximo anual de \$200 y una cantidad deducible de \$100. La reducción en el consumo de los medicamentos no esenciales es superior a la de los esenciales, tanto en el caso de las personas mayores (15,1% y 9,1%, respectivamente) como en el de los pobres (22,4% y 14,4%, respectivamente). En ambos casos, la reducción es superior en los pobres que en los mayores. Según los resultados de este estudio, la reducción en el consumo de medicamentos esenciales puede tener un elevado coste de oportunidad: en el grupo de pobres se observa un aumento del 78% en las visitas a urgencias relacionadas directamente con la reducción en el consumo farmacéutico. Pilote et al (19) analizan el impacto del mismo cambio en el sistema de copago para pacientes de más de 64 años y no encuentran evidencia de que el copago haya reducido el consumo de medicamentos esenciales en pacientes que han sufrido un infarto agudo ni un aumento en sus reingresos y complicaciones, ni en el número de visitas a urgencias ni en la tasa de mortalidad.

Diversos estudios empíricos han analizado también la elasticidad precio de la demanda de medicamentos en el National Health Service (NHS) británico. La evidencia empírica revisada por Hitiris (6) indica que el aumento del copago de cantidad fija reduce el número de prescripciones. Las elasticidades estimadas oscilan entre -0,22 y -0,50, con una moda de -0,35. La evidencia sobre la contribución del copago a la financiación es débil ya que la recaudación por copago es más bien limitada y, además, se desconocen los efectos a corto y a medio plazo sobre el gasto de pacientes en servicios sustitutivos a causa del hipotético empeoramiento de su estado de salud.

El estudio de Hillman et al (20) es casi el único que permite observar el impacto de un copago sobre el usuario en el consumo de medicamentos dentro del contexto de distintos sistemas de pago a los prescrip-

tores. Estos autores analizan el efecto del copago en dos organizaciones diferentes de Estados Unidos: una “*independent practice association*” (IPA) y una “*network model health maintenance organization*” (HMO). En la HMO, los médicos son responsables del riesgo financiero ocasionado por la prescripción, mientras que en la IPA los médicos no tienen ninguna responsabilidad sobre el coste de las prescripciones. El efecto de un aumento del copago de cantidad fija (de \$5,00 a \$7,50) fue una reducción del gasto en el caso de la IPA (12,3%), mientras que el efecto es mucho más reducido en el caso de la HMO (3,4%). Es decir, los copagos pueden tener un efecto más importante en ausencia de incentivos a los médicos para controlar el coste de sus prescripciones.

Huskamp et al (21) han analizado el impacto de cambios consistentes en la aplicación de incrementos en los copagos diferenciales sobre la utilización de medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), inhibidores de la bomba de protones y estatinas. Este estudio constata que aumentos muy importantes y no graduales del copago pueden tener dos efectos negativos: mayor abandono de tratamientos que podrían ser apropiados y fuerte aumento del gasto a cargo del paciente. En cambio, una estrategia de cambios moderados en el copago no ocasiona ninguno de los problemas anteriores y, cuando se utilizan copagos diferenciales, favorece el desplazamiento del consumo hacia medicamentos con una mejor relación coste-efectividad (22).

Algunas de las conclusiones, a modo de síntesis, que se pueden extraer de la literatura sobre el impacto de los copagos y que pueden tener relevancia política son las siguientes:

1. Los estudios sobre el impacto de los copagos constatan que éstos reducen el consumo de medicamentos. Ahora bien, la elasticidad precio es bastante reducida ya que la demanda de medicamentos no es muy sensible a cambios en el precio.
2. Copagos de cantidad fija y reducida introducidos después de la ausencia de

copago (gratuidad) pueden dar lugar a reducciones notables en el consumo de medicamentos sin afectar a los más esenciales ni al estado de salud de los pacientes.

3. La evidencia sobre el efecto de los copagos indica que, en general, afectan tanto al consumo de los medicamentos menos necesarios como al de los más necesarios y efectivos ocasionando potenciales efectos negativos sobre el impacto de salud.

4. La mayor reducción del consumo, cuando ésta afecta a los medicamentos esenciales y al estado de salud del paciente, se produce especialmente con la introducción de copagos en los que el paciente soporta una proporción elevada del precio.

5. La elasticidad precio de los medicamentos es más elevada para individuos de rentas bajas y con peor estado de salud.

6. Los copagos diferenciales son efectivos para desplazar el consumo hacia los medicamentos con una mejor relación coste-efectividad.

7. Los copagos son un instrumento poco útil para estabilizar el crecimiento del gasto farmacéutico a medio y a largo plazo.

La diversidad de los contextos de sistemas sanitarios en los que se aplican los copagos, las formas tan diversas que estas políticas pueden adoptar, así como la adopción de otras políticas de manera concurrente en el tiempo, aconsejan mucha precaución a la hora de trasladar las conclusiones de esta literatura a otros contextos y sistemas de salud distintos. En concreto, los resultados no se pueden transportar de manera simple y sencilla de un país a otro, ni de un período de tiempo a otro, y no se pueden tampoco juzgar haciendo abstracción de las condiciones y naturaleza de los datos y métodos empleados en su obtención.

Consideraciones para la revisión del sistema de copago sobre los medicamentos en el SNS

El único sistema de copago aplicado en el sistema sanitario español es el que afecta a los medicamentos y, en su diseño actual,

resulta manifiestamente mejorable. Conviendría reformar y definir alternativas al obsoleto sistema de copago de los medicamentos vigente en la actualidad ya que el sistema actual no contribuye a mejorar la eficiencia (exceso de consumo), existen serias dudas sobre su contribución a la equidad (igualdad de acceso a los medicamentos para una misma necesidad) y tampoco contribuye a asegurar la viabilidad de la financiación de los medicamentos en el SNS (23).

La participación del paciente en el coste de los medicamentos debería tener como objetivo principal el hecho de favorecer la conciencia de coste en el paciente (y en el prescriptor) sin penalizar la igualdad de acceso a un tratamiento efectivo para una misma necesidad, ni empeorar el estado de salud de los individuos. La evidencia empírica aconseja no conceder un papel preponderante al precio pagado por el paciente en el control del gasto en medicamentos. En la mayoría de países de la UE existen copagos para los medicamentos, pero en ninguno de ellos representan el instrumento privilegiado de financiación para garantizar la viabilidad del sistema sanitario. No se pueden esperar, pues, ahorros muy importantes a partir de la aplicación de copagos, especialmente considerando la necesidad de establecer exenciones. Ahora bien, el hecho de que no se trate de un instrumento con una potente capacidad de recaudación no es obstáculo para que pueda permitir ahorros importantes en el nivel y en el crecimiento del gasto. La deseabilidad y el impacto de un sistema de copagos para los medicamentos deben ser puestos también en relación con las decisiones de participación del usuario en el coste de otros servicios sanitarios que pueden resultar sustitutivos o complementarios.

Copagos obligatorios de un importe moderado (de baja intensidad) pueden ser suficientes para aumentar la responsabilidad individual y desincentivar el sobreconsumo en aquella parte que se origina en las decisiones de los pacientes. En cambio, la aplicación de copagos obligatorios elevados (de alta intensidad), con exenciones para atenuar los efectos negativos en los gru-

pos de población más vulnerable, puede resultar compleja y costosa.

Un sistema de copagos sobre los medicamentos de baja intensidad, que discrimine entre individuos en función de su capacidad económica y según la efectividad de los tratamientos, puede contribuir de forma importante a la racionalización del consumo y a la viabilidad de la financiación pública de medicamentos sin someter a riesgo la salud de los individuos. Alguno de los requerimientos para que un sistema de copago no se convierta en un “impuesto sobre los enfermos” sino en un instrumento de racionalización del consumo de medicamentos son los siguientes: (a) que sea de baja intensidad (cantidad que represente una proporción reducida de la renta individual o familiar); (b) que discrimine y sea muy selectivo a la hora de identificar aquellos individuos realmente más desfavorecidos; y (c) que no afecte el acceso o la continuidad de los tratamientos más necesarios y de mayor efectividad clínica.

A título ilustrativo, una entre las posibles reformas del actual sistema de copago en el SNS, coherente con las indicaciones anteriores, podría consistir en la aplicación paralela de dos niveles diferentes de participación del paciente en el coste de los medicamentos. Un primer nivel de copago obligatorio, de baja intensidad y que afectaría a la gran mayoría de individuos hoy exentos. Y, un segundo nivel de carácter casi-evitable, que podría resultar no obligatorio, relacionado con la efectividad y la relación coste-efectividad de los medicamentos (24). Este segundo nivel, en la medida en que sea realmente casi-evitable, admitiría con facilidad la posibilidad de formas de gestión descentralizada, en coherencia con el nivel de descentralización de la responsabilidad sobre la provisión pública de atención sanitaria en nuestro país.

El primer nivel de copago podría ser obligatorio y uniforme, tomando la forma de una cantidad fija por prescripción (por ejemplo, € 2). El objetivo básico de esta aportación obligatoria de baja intensidad sería la de crear “conciencia de coste” y ayudar a reducir el sobreconsumo inducido por el

propio paciente o por el médico que hoy tiene pocos incentivos a considerar el coste de la prescripción. Este tipo de copago podría ser aportado por toda la población con dos tipos de exenciones.

El primer tipo de exención a este copago obligatorio eximiría de forma muy selectiva a un reducido grupo de individuos con un nivel de ingresos inferior a cierto umbral mínimo. Aunque no resulta sencilla la identificación de los ingresos de los individuos, se podría adoptar como referente para la exención a los perceptores de pensiones y subsidios públicos que no alcanzan una determinada renta. La segunda exención podría consistir en la aplicación de un límite máximo a la aportación realizada por cada individuo durante un determinado período de tiempo (riesgo máximo compartido por el paciente). La gestión de sistemas de información poblacional del consumo farmacéutico debería hacer viable un sistema de este tipo, de igual forma que se aplica en otros países. Una alternativa a considerar para la gestión de las exenciones es la aplicación de una deducción sobre la cuota del IRPF del copago siguiendo los criterios de las exenciones anteriores (25).

A pesar del evidente interés desde el punto de vista de la toma de decisiones políticas, resulta excesivamente arriesgado y subjetivo intentar trasladar conclusiones sobre la sensibilidad a los copagos de un sistema de salud a otro. Conviene tener presente que la magnitud del copago efectivo depende en buena medida de la magnitud de las exenciones. Como ilustración, la simple introducción de un copago uniforme alrededor de € 1,5-1,6 por envase y la supresión del copago del 40% actualmente vigente para la población activa y sus beneficiarios (con independencia de su nivel de renta), permitiría por sí solo retornar al nivel de copago efectivo de mediados de los años noventa (alrededor del 8,1%). Por otro lado, al tratar de evaluar el impacto de un copago de cantidad fija y reducida sobre el consumo y el gasto, aun tratándose de una cantidad fija reducida, es necesario tener en cuenta cuál es el punto de partida. Si el punto de partida es la ausencia de copago, entonces las elasticidades pre-

cio estimadas en diversos estudios para determinados incrementos porcentuales del copago no representan una buena referencia (variaciones marginales a partir de un copago ya existente). En cambio, podría resultar más útil fijarse en aquellos casos de la experiencia internacional en los que se introduce un copago a partir de un copago nulo (por ejemplo, el caso de Quebec en los años noventa). Ahora bien, incluso la información sobre el impacto de estas experiencias puede inducir a la confusión ya que en la mayor parte de los estudios disponibles de este tipo se confunde el efecto puro de la introducción del copago con el impacto de otras medidas coincidentes en el tiempo (sobre la oferta y/o la propia demanda) y con la propia tendencia temporal.

Resulta posible diseñar un sistema adicional de copago que sea casi-evitable (no obligatorio) y relacionado con la efectividad y la relación coste-efectividad de los medicamentos. Este segundo nivel de copago tendría un carácter universal, pero sería casi-evitable atendiendo a las preferencias individuales.

Un segundo nivel de copago se puede instrumentar a través de un sistema de PR, distinto del actual (limitado a la equivalencia química), y basado en la equivalencia farmacológica, o bien en un sistema de copagos diferenciales. Este copago se orientaría hacia incentivar que el paciente (y su prescriptor) elijan aquellos medicamentos con mayor efectividad y mejor relación coste-efectividad (es decir, pretende sobre todo sensibilizar al paciente respecto del valor del medicamento).

El criterio de agrupación de los medicamentos en un sistema de PR con equivalencia farmacológica (por ejemplo, todos los inhibidores de la bomba de protones) supone asignar la misma disposición máxima a pagar (precio de referencia) para todos los medicamentos del mismo grupo. En la medida en la que el copago sea evitable, ello implica que siempre se pueda optar por un medicamento del mismo grupo con efectividad similar y que no suponga copago adicional alguno. Por ejemplo, el paciente puede optar por la

prescripción de un medicamento más caro que corresponda a una forma de presentación y/o administración más cómoda para él (por ejemplo, una forma de liberación retardada de un mismo principio activo), pero debe soportar la diferencia entre el precio de referencia y el precio de venta de este producto. El precio de referencia para los medicamentos del mismo grupo puede ser único para todos o bien, utilizando la información sobre el valor social de las diferencias que existen entre ellos procedente de estudios de evaluación económica, se pueden establecer niveles diferentes en función de este valor adicional.

Otra alternativa para el diseño de este segundo nivel de copago se encuentra en la aplicación de copagos diferenciales. La idea básica en el diseño de copagos diferenciales se fundamenta en la clasificación de los medicamentos en diferentes grupos o niveles en función de su efectividad pero también de la relación coste-efectividad. De esta forma, por ejemplo, se establecería un copago muy reducido para medicamentos considerados esenciales, baratos y muy efectivos (una parte importante de los cuales con patente ya expirada); un copago más elevado para medicamentos de marca que se consideren preferenciales (aportación destacable a la mejora del estado de salud a un precio considerado razonable por el financiador); y un copago bastante más elevado para medicamentos de marca considerados no preferenciales. El número de grupos de medicamentos puede ser variable y un sistema como este admite que el copago sea de cantidad fija o también que sea establecido como proporción del precio de venta. El copago diferencial se convierte en casi-evitable siempre que en un grupo con un copago inferior el paciente disponga de un tratamiento seguro y efectivo. Por otro lado, una de las ventajas adicionales de los copagos diferenciales es que fomentan la competencia entre sustitutos terapéuticos para ser incluidos en los grupos de copago más reducido y facilita, al mismo tiempo, la negociación descentralizada de precios (descuento o retorno) entre financiadores e industria farmacéutica.

Aquello que es más importante en las dos

alternativas de copagos evitables (PR más allá de la equivalencia química y copagos diferenciales) es que: (a) en la confección de las agrupaciones de medicamentos se tenga en cuenta no sólo su efectividad sino también la relación coste-efectividad; (b) que las decisiones se adopten con criterios objetivos (evidencia sobre la aportación terapéutica marginal de los nuevos medicamentos y su efectividad relativa comparada con la de aquellos que pretenden sustituir) y de forma transparente, preferiblemente por una agencia reguladora realmente independiente.

Sería realmente una equivocación dividir el debate político sobre el gasto farmacéutico en el SNS y sus alternativas de financiación entre los que están a favor o en contra del copago. Las fronteras hay que establecerlas entre los que están por la racionalización del gasto y los que prefieren que las cosas sigan como están. Más bien, lo que resulta necesario es aceptar la necesidad de un consumo y una financiación más racional de los medicamentos incluidos en la cobertura aseguradora pública, condición necesaria para la viabilidad del SNS. Ello requiere cambios importantes en las políticas de gestión del medicamento, a todos los niveles y más allá del contraproducente ejercicio del poder de monopsonio a través de la reducción unilateral de precios o la introducción de pseudo-impuestos sobre las ventas, en favor de una asistencia sanitaria de calidad con una relación coste-efectividad que no supere la disposición social a pagar. Que estos cambios puedan incluir cambios en el sistema de copago actual parece fuera de toda duda, pero éstos no pueden comenzar ni acabar por el sistema de copago.

Es ingenuo tratar de hacer creer a los contribuyentes que los servicios públicos pueden ofrecer cenas gratis o menús completos al precio de una propina. Que no hay servicios públicos gratis es algo evidente que no es necesario explicarle a ningún ciudadano. Sin embargo sería bueno recordarlo a aquellos políticos que prefieren zanjear debates antes de abrirlos (¿miedo a

la evidencia?) y a todos aquellos que hacen apología de lo público confundiendo el estado del bienestar con el bienestar de los empleados públicos y el de sus muy leales proveedores.

En los próximos años el gasto público en sanidad en España es deseable que aumente por muchas razones. Primero, para reducir el déficit que genera frustración en los usuarios y un sobre-esfuerzo familiar en forma de seguros y gasto privado. Segundo, para dar respuesta al crecimiento de la población y al envejecimiento. Tercero, para incorporar de forma selectiva aquellas innovaciones médicas y farmacéuticas que realmente suponen una mejora importante del estado de salud y no por las que simplemente son un poco más de lo mismo a un precio mucho mayor. Y, cuarto, para satisfacer las expectativas crecientes de una población con más información, más formación y más renta.

La cuestión es, pues, ¿de dónde deben salir los recursos adicionales para financiar el aumento del gasto público en sanidad? Que no se engañe nadie: saldrán irremediablemente del bolsillo privado. Ahora bien, la forma en la que cada euro adicional sale de este bolsillo puede ser tanto o más importante que el propio euro.

El caso de los medicamentos en el SNS español ilustra bien esta situación. Los españoles trabajamos casi cuatro días al año para pagar los medicamentos con receta que se dispensan en las oficinas de farmacia. Y en los últimos años el gasto en medicamentos viene creciendo a un ritmo cercano al 10% anual! Para buscar los más de 20 euros adicionales que nos van a costar a cada ciudadano este año los medicamentos hay dos formas de hacerlo: ponerse los manguitos y ver en qué impuesto indirecto y regresivo se puede arañar un poco más (ya sea el gobierno autonómico o el del estado), o bien tratar de reducir el exceso de consumo (sin empeorar el estado de salud) e incentivar el uso de medicamentos con una mayor eficacia y menor precio haciendo que el paciente comparta una pequeña parte del coste (copagos).

Referencias bibliográficas

- (1) Ma CA, Riordan MH. Health insurance, moral hazard, and managed care. *J Econ Man Strategy* 2002; 11(1): 81-107.
- (2) European Commission. Commission Communication on the Single Market in Pharmaceuticals adopted by the Commission on 25 November 1998. Brussels; Directorate General III - Industry.
- (3) López-Casasnovas G, Puig-Junoy J. Review of the literature on reference pricing. *Health Policy* 2000; 54: 87-23.
- (4) Puig-Junoy J. Los genéricos pagan el precio de ser referencia. *Rev Ad San* 2004; 2(1):35-59.
- (5) Huttin C. The use of prescription charges. *Health Policy* 1994; 27: 53-73.
- (6) Hitiris T. Prescription charges in the United Kingdom: A critical review (Discussion Papers in Economics 00/04). York: Department of Economics and Related Studies, 2000.
- (7) Puig-Junoy J. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué. *Hac Púb Esp* 2000; 158-3/2001: 105-134.
- (8) Lexchin J, Grootendorst P. The effects of prescription drug user fees on drug and health services and health status: a review of the evidence (Working Paper). University of Ontario 2002, Canada.
- (9) Zweifel P, Manning WG. Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of Health Economics* (eds) 2000, London: North-Holland, 2000: 409-459.
- (10) González B. Seguros en la financiación pública de medicamentos. En: Puig-Junoy J, ed. *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Barcelona: Ed. Masson, 2002: 103-122.
- (11) Newhouse J.P. et al. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.
- (12) Doshi JA, Brandt N, Stuart B. The impact of drug coverage on COX-2 inhibitor use in Medicare. *Health Affairs* 2004; DOI 10.1377/hlthaff.W4-94-105.
- (13) Harris BL et al. The effect of drug copayments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization. *Med Care* 1990; 28(10): 907-917.
- (14) Soumerai SB et al. Payment restrictions for prescription medicines under Medicaid, effects on therapy, costs and equity. *NEJM* 1987; 317(9): 550-556.
- (15) Poirier S et al. The effect of a \$2 co-payment on prescription refill rates of Quebec elderly and its relationship to socio-economic status. *CPI/RPC* 1998; December/January: 30-34.
- (16) Goldman DP et al. Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. *JAMA* 2004; 291: 2344-50.
- (17) Lundberg L et al. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy* 1998; 44: 123-134.
- (18) Tamblyn R et al. Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing among Poor and Elderly Persons. *JAMA* 2002; 285(4): 421-9.
- (19) Pilote L et al. The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. *CMAJ* 2002; 167(3): 246-52.
- (20) Hillman AL et al. Financial Incentives and Drug Spending in Managed Care. *Health Affairs* 1999; 18(2): 189-200.
- (21) Huskamp HA et al. The effect of incentive-based formularies on prescription-drug utilization and spending. *NEJM* 1999; 349: 2224-32.
- (22) Rector TS et al. Effect of tiered prescription copayments on the use of preferred brand medications. *Med Care* 2003; 41(3): 398-406.
- (23) Puig-Junoy J, Llop J. Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos (Documento de Trabajo 50/2004). Madrid: Fundación Alternativas 2004.
- (24) Willison DJ. More of the same is not enough. *Healthcare Papers* 2002; 3(1): 47-55.
- (25) Ibern P. ¿Un pozo sin fondo? Cinco Días, 20 de julio de 2004.

Pocos clínicos utilizan habitualmente las GPC a pesar de que la mayoría las considera útiles

Domínguez-Rodríguez JP, Cháfer-Rudilla M, García-Fernández C, Bleda-García JM, Ávila-Alexandre L, Sauquillo-Talaya C.

Uso de las Guías de Práctica Clínica por los Médicos de un Hospital General. Rev Calidad Asistencial 2004; 19:232-7.

Objetivo

Conocer el porcentaje de médicos que utiliza las guías de práctica clínica en un hospital general español, sus motivos, el tipo de guías que emplean, su opinión sobre ellas y cómo las evalúan.

Método

Se encuestó a 161 médicos de 32 especialidades clínicas. El cuestionario tenía 17 preguntas cerradas y una abierta, referidas al uso de las guías de práctica clínica.

Resultados

Respondieron 78 médicos (48,4%) de 30 especialidades. De ellos, 38 (48,7%) contestaron que nunca o pocas veces utilizan las guías de práctica clínica, 61 (78,2%) consideran que las guías disminuyen la variabilidad, 64 (82%) que mejoran la calidad asistencial, 31 (39,7%) que están influenciadas por la industria farmacéutica, y 60 (76,9%) que es útil elaborar guías propias. De los 40 (51,3%) médicos que uti-

lizan las guías, 35 (87,5%) las emplean para mejorar la asistencia, 21 (52,5%) usan las de las sociedades científicas, 5 (12,5%) las propias, y 14 (35%) ambas. En la mayoría de los servicios las guías rara vez se evalúan o bien se valoran mediante opiniones individuales.

Conclusiones

Un porcentaje significativo de los clínicos encuestados no utiliza habitualmente las guías de práctica clínica, a pesar de que la mayoría las considera útiles. Los que las suelen utilizar lo hacen para mejorar la calidad asistencial y emplean habitualmente las de las sociedades científicas. Un 40% opina que las guías están influenciadas por la industria farmacéutica. La mayoría considera útil elaborar guías propias. Las guías no se suelen utilizar de forma homogénea ni se evalúan convenientemente.

Fuentes de financiación: No constan.

Dirección para correspondencia: Jesús Pablo Domínguez-Rodríguez. Unidad de Calidad. Hospital General de Albacete. Hermanos Falcó, s/n. 02006 Albacete. España.

COMENTARIO

Éste es un trabajo con unos resultados que no por anunciados dejan de ser interesantes. Existe suficiente consenso y evidencia científica acerca de la potencial capacidad de las guías de práctica clínica (GPC) para mejorar la práctica asistencial y por ello, se ha querido evaluar en un hospital general español el grado de utilización de las mismas y diversas opiniones al respecto.

Los resultados no son muy halagüeños, empezando por el bajo índice de respuestas (48,4%) que, probablemente, corresponde a los médicos más motivados. Incluso entre éstos, la mitad reconoce no utilizar las GPC y desgranar una serie de opiniones bastante lógicas acerca de cómo les gustaría que fuesen estos instrumentos. Un considerable porcentaje está dispuesto a participar en su elaboración, asumiéndose implícitamente que tienen la preparación para ello.

Por otro lado, los autores del trabajo no nos explican cuántas GPC existen en su centro hospitalario (si están registradas, accesibles, actualizadas, clasificadas, etc...), con lo que no sabemos si su realidad es extrapolable a otros entornos, aunque sospechamos y tememos que sí. Tampoco queda claro si han equiparado el moderno concepto de GPC a los antiguos –y todavía tan habituales– protocolos asistenciales y nos preocupa un poco que lleguen a subvalorar las diferencias entre las GPC elaboradas mediante un proceso metodológico sistemático y homologado (lo cual cuesta tiempo y dinero) y las elaboradas de manera mucho menos explícita y rigurosa a partir del consenso profesional y/o de revisiones parciales de la evidencia científica (un método, eso sí, más rápido y barato). Desafortunadamente, las sociedades científicas, a quienes correctamente reclaman los autores que acudan a la

ayuda de sus asociados, suelen apuntarse a las GPC del segundo tipo.

Los problemas relacionados con la utilización de las GPC son muchos y variados y por ello es preferible no mezclarlos. A mi entender, hay poca discusión de que las GPC deben ser de calidad contrastada y estar disponibles en formato amigable e interactivo, siendo los organismos públicos y las sociedades científicas los responsables de cumplir con tal objetivo. Afortunadamente, en los últimos tiempos, algo hemos avanzado en España en este sentido.

Por otra parte, queda el proceso de adaptación e implantación de las GPC en una determinada región o centro asistencial, tal como se proponen los autores del trabajo. Para ello, deberían utilizarse estrategias e instrumentos de eficacia demostrada (como por ejemplo, los recordatorios informáticos, las sesiones formativas específicas en torno a cada guía a cargo de especialistas de prestigio, las versiones para pacientes, etc...). Por último, el necesario proceso de evaluación debería servir como punto de partida para establecer una política de gestión clínica estimuladora y exigente a la vez para que se utilicen o se justifique la no aplicación de las guías. En resumen, para que consultar y utilizar las GPC, cuando se dispone de ellas, deje de ser una opción cultural o ideológica para convertirse en algo tan imprescindible como lavarse las manos antes de operar o tratar con humanidad y respeto a los pacientes.

Xavier Bonfill

Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Centro Cochrane Iberoamericano
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Una intervención durante la hospitalización mejora los tratamientos en prevención secundaria del infarto de miocardio

De Velasco JA, Cosín J, de Oya M, de Teresa E, en nombre del grupo de investigadores del estudio PRESENTE

Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE (PREvención SEcuNdaria TEmprana). Rev Esp Cardiol 2004; 57:146-54.

Introducción y objetivos

Aunque existe abundante evidencia científica sobre la eficacia de la prevención secundaria tras el infarto agudo de miocardio (IAM), en España existe una importante subutilización de tratamientos índice como los antiagregantes, betabloqueantes, inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA) o estatinas. El objetivo de este estudio ha sido valorar el impacto de un sencillo programa de intervención durante la estancia hospitalaria en la mejora de tratamientos y resultados en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

Pacientes y método

Se incluyó a un total de 4.174 pacientes postinfarto dados de alta de 110 hospitales distribuidos en distintas comunidades autónomas. Se les determinó un perfil lipídico en las primeras 24 horas del ingreso y se realizó un programa de intervención educativa, mediante una entrevista con el paciente y sus familiares, donde se les instruía sobre la importancia de modificar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), de incorporar hábitos de vida y alimentarios más adecuados y de cumplir con la medicación que se les prescribía; posteriormente fueron revisados a los 6 meses. Un total de 715 pacientes (17,7%) no fue localizado o rehusó acudir al control.

Resultados

La muestra final fue de 4.030 pacientes con una edad media de 63,7 años y un 73% de varones. Se excluyó a 144 casos por falta de identificación o de seguimiento. A los 6 meses de seguimiento, se observó una mejoría de la presión arterial, el peso y el índice de masa corporal medios de la muestra, así como de los valores lipídicos. En relación a los estilos de vida el 86,5% de los pacientes fumadores informó que había abandonado el hábito, el 71,4% dijo practicar más ejercicio que antes del infarto y el 77,1% afirmó haber mejorado su dieta alimentaria. Al alta hospitalaria, el 87% recibió tratamiento con estatinas, el 59,4% con bloqueadores beta, el 51,8% con IECA o ARA-II y el 94,1% con antiagregantes plaquetarios, prescripciones que se mantuvieron a los 6 meses aunque se constata un ligero aunque significativo descenso en la administración de IECA, que se compensa con un incremento de ARA-II.

Conclusiones

Un programa de intervención, relativamente sencillo, dirigido a los pacientes y a sus familiares obtuvo cifras de tratamientos índice y de cambios en los estilos de vida que se sitúan en valores cercanos a los óptimos y que se mantenían a los 6 meses de seguimiento.

Financiación: Bristol Myers Squibb, España. Conflicto de interés: No consta, salvo la mención a la financiación. Correspondencia: jvelascor@meditex.es.

COMENTARIO

En España, a pesar del incremento en las cifras de tratamientos índice en prevención secundaria que han mostrado diversos estudios y registros durante la última década, se observa todavía una importante infrautilización. Los resultados del PRESENTE muestran una importantísima mejora respecto a estos estudios. En relación a los datos relativos al alta hospitalaria, llama la atención la prescripción de estatinas con un 89%, aspecto en el que puede haber influido la realización de lipidograma en las primeras 24 horas. En otros estudios (1-3) realizados en España en la misma época (1999-2001) estas cifras oscilan entre el 40% y el 50%. El resto de fármacos profilácticos, tanto antiagregantes como betabloqueantes y fármacos con acción sobre el sistema renina-angiotensina están en niveles que, en términos generales, superan los de estudios similares y los observados en los registros, destacando las cifras de betabloqueantes cercanas al 60%.

La ausencia de grupo control en el PRESENTE hace difícil conocer si los resultados obtenidos se deben a la intervención educativa o a otros factores. Habría que tener en cuenta que la mera participación en el estudio podría haber sensibilizado a los profesionales en la utilización de los criterios de indicación de fármacos preventivos en el momento del alta. En todo caso, el PRESENTE es un estudio importante en el contexto del Sistema Nacional de Salud. Aunque no pueda discernirse el efecto de la intervención en sí del de otras posibles "intervenciones" muestra que, si se intenta, se pueden conseguir cifras altas de tratamientos índice en la prevención secundaria del infarto de miocardio y, también, influir sobre los estilos de vida y los factores de riesgo.

Gabriel Sanfélix

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

(1) Muñoz MA, Marrugat J. Investigadores del estudio Intervención en la Comunidad de Alto Riesgo coronario (ICAR). La prevención secundaria de la enfermedad coronaria es menos agresiva en los pacientes de más de 64 años. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56:586-93.

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

(3) Aros F, Cuñat J, Loma-Osorio A, Torrado E, Bosch X, Rodríguez JJ, et al. Estudio PRIAMHO II. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000. El estudio PRIAMHO II. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56:1165-73.

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

El análisis sistemático de la dinámica de un equipo de trabajo contribuye a mejorar los procesos grupales

Loewen P, Loo R.

Assessing team climate by qualitative and quantitative approaches. The Learning Organization 2004; 11: 260-72.

Objetivo

Evaluar los factores que afectan el clima de un grupo de trabajo para identificar acciones de mejora.

Material y método

Estudio descriptivo realizado en 2 etapas. Fueron entrevistados los miembros de 81 equipos de trabajo formados por 4 personas cada uno en las semanas 3 y 12 de sus proyectos. En ambas determinaciones se utilizó el Team Climate Inventory (TCI) (1) y una valoración cualitativa.

El TCI evalúa el clima de un grupo de trabajo. Consta de 44 ítems que se agrupan en 13 subescalas y éstas, a su vez, en 4 factores clave: confianza de los miembros (12 ítems); soporte a la creatividad o al cambio (8 ítems); claridad y acuerdo sobre los objetivos (11 ítems) y; orientación a la tarea (7 ítems). Una quinta escala evalúa la tendencia a responder en una dirección socialmente deseable (6 ítems). La escala de respuesta va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Una mayor puntuación indica mejor clima.

El estudio se llevó a cabo en una escuela de negocios de Canadá. El periodo de estudio fue de 13 semanas. Fueron entrevistados 324 estudiantes, organizados en equipos de trabajo de 4 personas. El 60% eran hombres y el 40% eran mujeres. La edad media fue de 23,2 años (DS = 5,0 años).

Intervención: Entre la primera y la segunda determinación, los investigadores introdujeron variadas acciones de mejora, basadas en la discusión y reflexión sobre los aspectos contenidos en las escalas y subescalas del cuestionario, así como en la formación sobre temas grupales.

Resultados

La evaluación cualitativa reveló once oportunidades de enriquecer y mejorar el trabajo de un grupo. Los resultados cuantitativos reflejaron, entre la primera y la segunda determinación, una mejora significativa en 4 de las 13 subescalas del TCI: claridad de los objetivos, identificación y valoración de logros, frecuencia de interacción entre los miembros y criterios para lograr la excelencia.

Conclusión

El TCI es una buena guía para discutir y reflexionar sobre las debilidades y las fortalezas de los grupos de trabajo y para identificar acciones de mejora. La formación en técnicas grupales se constituye, asimismo, en una herramienta fundamental para construir un buen equipo de trabajo.

Fuente de financiación: University of Lethbridge Teaching Development Fund.

Correspondencia: Pamela Loewen. Faculty of Management, University of Lethbridge. Lethbridge, Alberta, Canada.

COMENTARIO

En las organizaciones sanitarias, los grupos de trabajo constituyen una importante herramienta de apoyo a la gestión. A su vez, los procesos grupales enriquecen nuestras organizaciones, formados por personas afortunadamente críticas. Así, independientemente del rol asumido, la naturaleza y las reglas de funcionamiento de los grupos interesan a todo aquel que maneja o forma parte de equipos humanos. Sin embargo, un instrumento como este, fundamental para gestionar mejor, a menudo carece de reflexión. No estamos acostumbrados a sistematizar las fortalezas ni las oportunidades de mejora del propio proceso grupal. No nos enseñan ni nos han enseñado a trabajar en equipo.

El artículo de Loewen y Loo nos invita a racionalizar los procesos grupales, algo que con mucha frecuencia se deja al albur de la intuición. Aunque el perfil de los efectivos incluidos en el estudio y su entorno es diferente al de nuestras organizaciones sanitarias, la información recogida es aplicable y particularmente interesante, dadas las características compartidas entre organizaciones de aprendizaje y de conocimiento. Los autores aplican el TCI a 81 grupos de trabajo formados por 4 personas. Las propiedades psicométricas del TCI hacen de él un instrumento válido y fiable.

Las principales aportaciones del artículo son tres: 1. Los condicionantes de clima descritos en el TCI (u otros) pueden servir de guía a los grupos de trabajo, generalmente poco habituados a reflexionar. La discusión puede servir de ayuda para identificar debilidades, fortalezas y acciones de mejora; 2. La formación es una fuente útil para mejorar los procesos grupales. La formación no debe ir dirigida sólo a los mandos; 3. La valoración cualitativa permite orientar y detectar acciones que contribuyan a mejorar el ambiente de un grupo y en consecuencia, sus resultados.

Del artículo se extraen algunas claves para el buen funcionamiento grupal. Disponer de tiempo es una premisa básica, raramente respetada. Es la base para elaborar estrategias de mejora, para interactuar y conocer a los otros componentes, para definir objetivos comunes, para equilibrar el balance entre responsabilidades y necesidades, así como para sistematizar el análisis a través de la formación y de la reflexión. Por ende, para el buen funcionamiento de un grupo de personas, deberemos velar por satisfacer las necesidades de cada individuo: compromiso, confianza, sentimiento de pertenencia, comunicación e involucración (2).

Dada la complejidad y la importancia de los procesos grupales, ¿por qué no nos detenemos a analizar la salud de nuestros equipos de trabajo? ¿Por qué no dedicamos tiempo a algo tan necesario en nuestras organizaciones? ¿Qué habilidades han de tener los componentes de un grupo? ¿Cómo se adquieren? ¿Son los miembros complementarios? ¿Trabajamos en equipo o simplemente nos reunimos? ¿Qué podemos mejorar?

En definitiva, el artículo comentado nos estimula al análisis reposado de las dinámicas grupales. Construir equipo es una de las claves para mejorar la gestión de nuestros Centros. Analizarlos pausado y sistemáticamente contribuye a enriquecer un instrumento imprescindible para la gestión de los centros sanitarios.

Rafael Lledó Rodríguez
Fundación Hospital Asil de Granollers

(1) Anderson NR, West MA. The Team Climate Inventory Manual and User's Guide, Assessment Services for Employment, NFER-Nelson, Windsor, 1994.

(2) Álvarez de Mon S. El mito del líder. Pearson Educación, S.A., Madrid, 2001.

Enfermería hospitalaria: ¿deberíamos aumentar plantilla?

Sochalski J.

Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Med Care 2004; 42 (suppl 2):67-72.

Análisis secundario de los datos correspondientes al estado de Pensilvania (EEUU) de una encuesta a enfermeras (llevada a cabo en 5 países: Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Alemania y Escocia con una muestra total de 43.329 enfermeras), cuyo objetivo es evaluar si la carga de trabajo de enfermería se asocia con el nivel de calidad de los cuidados –según la valoración que hacen las propias enfermeras– y si se asocia a indicadores de proceso (tareas no realizadas) y de resultado (seguridad de los pacientes).

Material y métodos

Durante 1998-99 se remitió un cuestionario por correo postal a todas las enfermeras registradas en Pensilvania –85.500–, con una tasa de respuesta del 52 %. La muestra de estudio son las 8670 enfermeras que trabajaban en unidades de hospitales generales, incluyendo UCI pediátrica y general, que completaron todos los ítems.

Calidad de los cuidados de enfermería: Se midió mediante un ítem que preguntaba: “En general, ¿cómo describe la calidad de los cuidados de enfermería prestados a los pacientes de su unidad en su último turno?”, con 4 categorías de respuesta: mala, regular, buena y excelente.

Carga de trabajo: Cada enfermera informó del número de pacientes directamente a su cargo en su último turno.

Tareas no realizadas: Se preguntaba qué tareas no habían realizado en su último turno, por falta de tiempo, de entre las 7 siguientes: educación y consejo al paciente, cuidados de la piel y de la boca, documentación de problemas e intervenciones y planes de alta. La puntuación era el número de tareas no realizadas, de 0 a 7.

Problemas de seguridad de los pacientes: Referidos a errores en la

administración de medicación o heridas por caídas en el último año. Se obtenía una escala, combinando ambos problemas, que iba de 1 (nunca) a 10 (frecuentemente).

Análisis de los datos. Se realizó un descriptivo de los mismos y análisis bivariante y multivariante.

Resultados

6.329 enfermeras trabajaban en hospitalización general y 2.341 en intensivos.

La carga de trabajo era de 5,3 pacientes (DE $\pm 3,4$) en el conjunto, 6,3 (DE $\pm 3,4$) en hospitalización general y 2,4 (DE $\pm 0,9$) en intensivos. La media de tareas no realizadas fue de 2,1. La escala de problemas de seguridad obtuvo una media de 3,1. En cuanto a calidad de los cuidados una cuarta parte los considera excelentes, y una quinta parte malos.

En el análisis bivariante se observa una fuerte relación entre todos los pares de variables, con significación estadística muy alta ($p < 0.001$).

El modelo multivariante, que incluye todas las variables como explicativas de la calidad de cuidados, explica un 43 % de la varianza y muestra que todas tienen influencia, siendo las tareas no realizadas la de más peso.

Conclusiones

La carga de trabajo se asocia con la valoración de la calidad de los cuidados de enfermería, así como con indicadores de proceso y de resultado. Estos indicadores de proceso están relacionados con la valoración de la calidad más fuertemente que la carga de trabajo.

COMENTARIO

Los datos de la muestra son representativos de las enfermeras que trabajan en hospitales generales en Pensilvania y tienen la potencia del alto número de respuestas y de la variedad de centros. Los datos provienen de una encuesta sobre la percepción que tiene enfermería de su trabajo, son por lo tanto subjetivos, lo que implica que se han de interpretar con cautela a la hora de tomar decisiones. Sin embargo la percepción de las enfermeras viene avalada por otra encuesta realizada a médicos generalistas y especialistas en 5 países de la Commonwealth en el año 2000, que consideraban un problema importante la escasez de enfermeras (1) y por el informe *To Err is Human* (2) y otros estudios que asocian la disminución de plantilla con aumento de mortalidad (3).

La metodología es atractiva por su sencillez, y las variables son ingeniosas y aparentemente válidas.

Las conclusiones, por obvias, no dejan de ser importantes: en opinión de las enfermeras, con una buena estructura (plantilla suficiente) se realizan correctamente los procesos (tareas a realizar) con buenos resultados (calidad del trabajo y seguridad).

Después del estudio se siguen manteniendo dos cuestiones de interés: 1) Verificar que las tareas no realizadas es uno de los mecanismos mediante los que la carga de trabajo influye en los resultados, e identificar otros. 2) Determinar la plantilla ideal, aquella en la que un aumento de personal no supone un incremento significativo de la

calidad de los cuidados. Los gestores de hospitales, incluidos los de nuestro país, necesitan respuesta a estas preguntas.

Para avanzar en la respuesta hace tiempo que disponemos de distintos instrumentos que miden cargas de trabajo eficientes en enfermería. La variación de estas cargas, según un estudio que relacionaba intensidad de cuidados de enfermería con GRD, se explicaba mucho mejor por los diagnósticos de enfermería (explican hasta un 56 % del trabajo) que por los diagnósticos médicos. Y afortunadamente hoy la informatización de los cuidados nos permite conocer casi todos los datos que necesitamos.

Así pues, la actividad de enfermería debe incorporarse e integrarse en la información de que disponen los gestores para la toma de decisiones. Eso permitiría analizar los resultados de los pacientes desde distintas perspectivas y, por tanto, probar más objetivamente la influencia de las plantillas de enfermería en los mismos.

Carmen Silvestre Busto
Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad
Hospital de Navarra

(1) Doctors in five countries see decline in Health Care Quality. Commonwealth Fund Quarterly 2000; 6: 1-4.

(2) Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System.

(3) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002;288:1987-1993.

Algunas pistas para mejorar la calidad asistencial mediante la enfermería basada en la evidencia

Swan BA, Boruch RF.

Quality of evidence. Usefulness in measuring the quality of health care. *Med Care* 2004; 42(S1):12-20.

Objetivo

Describir el alcance y nivel de calidad de la evidencia en el ámbito de la enfermería y aportar recomendaciones centradas en tres aspectos: la práctica clínica, la investigación y la planificación que contribuyan a mejorar la calidad de la atención sanitaria mediante la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

Antecedentes

En los últimos años, la Academia de Enfermería Americana (ANA) y otras instancias similares han impulsado estudios dirigidos a analizar la calidad de los cuidados, dada la convicción de que son escasas las intervenciones basadas en evidencia científica rigurosamente evaluada. Asimismo, los drásticos cambios que se estaban produciendo en el entorno sanitario, tanto en relación con la provisión de los servicios, como respecto al rol de los profesionales sanitarios, en este caso el colectivo de enfermería, aconsejaban profundizar en este tema.

La EBE se define como el proceso a través del cual las enfermeras toman decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia disponible proveniente de la investigación, la experiencia clínica y las preferencias de los pacientes, en el contexto de los recursos disponibles.

Resultados

El artículo aborda algunos aspectos clave relativos a la EBE que se sintetizan a continuación:

- La importancia de la graduación de la calidad de la evidencia.
- La necesidad de contextualizar el ámbito de la enfermería, matizando sus diferencias con el contexto médico, de cara a la adecuación de los diseños de estudios.
- El consenso que debe establecerse entre los participantes, en el momento de iniciar una línea de trabajo en EBE, sobre aspectos como el tipo de evidencia a utilizar, su validez, importancia, aplicabilidad práctica, etc.
- La importancia de las estrategias de difusión y puesta en marcha de recomendaciones/intervenciones como por ejemplo las Guías de Práctica Clínica (GPC).
- El tema de la medición de la calidad de la atención con objeto de visualizar la contribución de la enfermería a la misma.

En este ámbito se han desarrollado numerosos trabajos, destacando en 1996 la puesta en marcha del QHOM (Quality Health Outcomes Model) que permitiría orientar la investigación y contribuir a identificar “lagunas” en calidad, desde el punto de vista de la evidencia.

Finalmente, el artículo aporta recomendaciones para avanzar en la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia que se centran en:

- *Práctica clínica*: Facilitar la accesibilidad de los profesionales a la evidencia, búsqueda de modelos organizativos adecuados, utilización de indicadores de rendimiento basados en la evidencia, estrategias de formación continuada, entrenamiento con la Cochrane Collaboration, desarrollo de GPC, experiencias de difusión a profesionales y pacientes, puesta en marcha de revisiones sistemáticas, etc.
- *Investigación*: Utilización del modelo QHOM como medio para plantear las preguntas pertinentes que permitan avanzar en aquellos aspectos en los que existan “lagunas” importantes en temas de calidad.
- *Planificación de Servicios Públicos*: Incide en un aspecto capital

como es la necesidad de basarse en la evidencia para garantizar la efectividad de las intervenciones.

Financiación: No consta.

COMENTARIO

Este artículo es una revisión narrativa que ahonda en la necesidad de desarrollar la práctica clínica basándose en la mejor evidencia disponible. También en la necesidad de promover la investigación para ir llenando la supuesta escasez de evidencia cualificada en el ámbito de la enfermería, hecho que se ilustra con la cifra de 522 ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA) recuperados entre 1987 y 1994; sin embargo, también se esboza la importancia de no limitar (1) la evidencia de calidad únicamente a este tipo de estudios y considerar otro tipo de diseños cualitativos que pueden ser adecuados en este contexto, dado que la labor enfermera centra su tarea en el paciente y sus respuestas, mientras que el foco de la investigación médica es la identificación y tratamiento de la enfermedad.

Finalmente, se aborda el tema relativo a la necesidad de articular la planificación y el desarrollo de los servicios públicos en torno a la idea de efectividad de las intervenciones.

Hasta aquí, el artículo muestra claramente lo que hay que hacer y en qué aspectos (clínica, investigación y planificación), pero el “quid” de la cuestión está en cómo llevarlo a cabo. En este trabajo se apuntan algunas “pistas”, sobre todo en lo relativo a la práctica clínica, pero incorporar esta visión y metodología de trabajo al “día a día” y a la cultura de funcionamiento de los profesionales de enfermería, es una tarea que requiere un gran esfuerzo de imaginación y recursos. Es preciso el concurso de todas las instancias implicadas: Autoridades Sanitarias Públicas, Asociaciones Científicas, Colegios Profesionales, y la propia exigencia de unos ciudadanos cada vez mejor informados que demandan participar en las decisiones que conciernen a su salud. En este contexto, el desarrollo de modelos organizativos y de gestión innovadores, políticas de incentivos atractivas, nuevos foros de participación de los profesionales, el desarrollo de aspectos normativos, etc. constituyen herramientas indispensables para difundir e implantar esta nueva cultura.

No debemos olvidar, sin embargo, a las verdaderas protagonistas de este tema, las profesionales de enfermería que deben cimentar la credibilidad y efectividad de su tarea en incorporar la evidencia a su rutina de trabajo. Deben, asimismo, buscar sinergias con el colectivo médico entendiendo que el proceso asistencial es único, y con el ámbito de la gestión que debe propiciar el medio organizativo adecuado.

Andoni Arcelay Salazar

**Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-Osteba
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco**

(1) GRADE Working group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328:1490.

Efecto de la dosis de hemodiálisis y membranas de alto flujo en la calidad de vida

Unruh M, Benz R, Greene T, Yan G, Beddhu S, DeVita M, et al.

Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study. *Kidney International* 2004; 66:355-66.

Objetivo

El estudio HEMO, el más importante realizado en el campo de la hemodiálisis, es un estudio multicéntrico randomizado prospectivo, de tres años de duración. Se incluyeron 1846 pacientes procedentes de 72 centros de diálisis de Estados Unidos, diseñando el estudio para poder evaluar el efecto de la dosis de diálisis y las características de la membrana del filtro de diálisis en la morbilidad y mortalidad de los pacientes en Hemodiálisis Crónica. El resultado secundario, objeto de este trabajo, era valorar los beneficios que tendría esta intervención sobre el estado general del paciente por medio de cuestionarios sobre el estado de salud administrada al iniciar el estudio y anualmente.

Método

Los pacientes, procedentes de 15 centros, fueron asignados aleatoriamente para recibir un tratamiento de diálisis standard o de dosis elevada (e KT/V 1.05 vs 1.45) con una membrana de alto o de baja permeabilidad (Aclaramiento de B2 –microglobulina < 10 ml/min o > 20 ml/min). Se recogieron datos iniciales y después anuales de la calidad de vida asociados a la salud utilizando como cuestionarios el Index of Well Being –IWB– y Kidney Disease Quality of Life -Long Form –KDQOL™ LF– que está basado en el SF36 (Short Form-36 Health Survey).

Resultado

Al inicio del estudio, la puntuación del estado físico del SF-36 (en

los pacientes en diálisis) era más bajo que el de la población general siendo los de salud mental cercanos a la normalidad. Durante los 3 años de duración del estudio, las puntuaciones asociadas con el estado físico continuaron disminuyendo mientras las asociadas con salud mental y enfermedad renal permanecieron relativamente estables. Los pacientes asignados al grupo de alta dosis de diálisis (e KT/V 1.45) presentaron una disminución significativa de dolor (4.49 puntos $p < 0,001$) y mejores puntuaciones de su estado físico (1.23 puntos $P = 0,007$) siendo este efecto pequeño al tener en cuenta la variabilidad de las puntuaciones obtenidas. No se observó diferencia estadísticamente significativa con el uso de membranas de alta permeabilidad en la calidad de vida asociado con la salud.

Conclusiones

Los resultados del estudio HEMO enfatizan la pesada carga que supone para los pacientes la insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis en su vida cotidiana. En este trabajo realizado entre pacientes en hemodiálisis tratados tres veces por semana, las dosis elevadas de diálisis demostraron una mejoría significativa pero con un impacto clínico muy escaso en los resultados del componente físico y escala de dolor del SF-36. No se observó mejoría clínicamente significativa de la dosis o filtro de diálisis en los indicadores de la calidad de vida.

COMENTARIO

En medicina los estudios aleatorizados son infrecuentes porque el coste y tiempo de ejecución son elevados y en general solo se puede analizar la causalidad de unos pocos parámetros. Por ello, al diseñar este estudio los autores decidieron elegir aquellos parámetros: KT/V, tipo de membranas y calidad de vida, que por su utilidad en la práctica clínica pudieran dar mayor información a los nefrólogos. El resultado y conclusiones del estudio HEMO han sido inesperadas para la comunidad nefrológica. Una mayor dosis de tratamiento de diálisis y el uso de membranas con mejor permeabilidad para las moléculas de tamaño medio no estaba asociada con una disminución de la morbi-mortalidad (1) ni con una mejoría substancial de la calidad de vida comparada con una dosis de diálisis estándar o una membrana de baja permeabilidad.

En nuestro país la mayoría de los pacientes está recibiendo dosis de diálisis igual o superior a la diálisis estándar establecida en este trabajo y el uso de membranas de alta permeabilidad se ha ido incorporando al tratamiento de los pacientes en hemodiálisis (2). Durante décadas, los nefrólogos hemos utilizado como indicadores de diálisis adecuada el KTV y como objetivo deseable el uso de membranas biocompatibles para mejorar la supervivencia de los enfermos. Por los datos obtenidos del estudio HEMO parece que hemos obtenido el máximo rendimiento posible de estos indicadores (dosis de diálisis y membrana del dializador) y que es necesario ampliar nuestro horizonte buscando otros parámetros que pue-

dan tener un efecto positivo sobre la elevada mortalidad y morbilidad de nuestros pacientes.

La Sociedad Española de Nefrología (Grupo de Calidad de la SEN <http://www.senefro.org/grupost.htm>) ha iniciado, a través del Grupo de Gestión de Calidad, el proceso de identificar y definir los estándares de un amplio panel de indicadores de calidad en la diálisis (acceso vascular, anemia, calidad del tratamiento de agua, cardiovasculares, etc.). Este tipo de iniciativas junto a las que están realizando distintos centros en España (3, 4) son esenciales para la obtención de datos que nos permitan identificar nuevos parámetros para poder mejorar la calidad de vida y disminuir la elevada mortalidad y morbilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Manuel Angoso de Guzmán
Servicio de Nefrología
Hospital Virgen del Consuelo (Valencia)

(1) Rocco MV, Dwyer JT, Larive B, Greene T, Cockram DB, Chumlea WC, et al. The effect of dialysis dose and membrane flux on nutritional parameters in hemodialysis patients: results of the HEMO Study. *Kidney Int* 2004; 65:2321-34.

(2) Cruz JM, Piera L, Bragg-Gresham JL, Feldman H, Port FK. Resultados del estudio internacional de hemodiálisis DOPPS en Europa y España. *Nefrología* 2003; 23: 437-43.

(3) López-Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV, Moreno Barbas JA. Gestión de procesos en nefrología. Aplicación de la gestión por procesos en nefrología. *Gestión del proceso hemodiálisis. Nefrología* 2002; XXII: 329-9.

(4) Arenas MD, Gil MT, Egea JJ, Sirvent AE, Giménez A. Aseguramiento de la calidad y certificación de una unidad de hemodiálisis según normas ISO-9001-2000. *Nefrología* 2003; 23: 37-46.

La ventilación no invasiva aumenta la mortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria tras la extubación

Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Arabi Y, Apezteguia C, Gonzalez M, et al.

Noninvasive positive-pressure ventilation for respiratory failure after extubation. *N Engl J Med.* 2004; 350:2512-5.

Objetivo

Evaluar el efecto de ventilación de presión positiva no invasiva sobre la mortalidad en pacientes con fracaso respiratorio postextubación.

Tipo de estudio

Estudio observacional, controlado, aleatorizado y multicéntrico.

Participantes

221 pacientes procedentes de 37 centros en ocho países que fueron extubados después de más de 48 horas de ventilación mecánica y que presentaron fracaso respiratorio dentro de las 48 horas subsiguientes fueron asignados aleatoriamente a ventilación no invasiva (114 pacientes) o a terapia médica estándar (107 pacientes).

Resultados

La variable principal fue la mortalidad durante la estancia en UCI por causa respiratoria y por otras razones. No se encontraron diferencias entre los dos grupos respecto a la tasa de reintubación (48% en ambos grupos). No obstante la mortalidad global en UCI fue mayor entre los que recibieron ventilación no invasiva (25% versus 14%; $p = 0,048$; RR 1,78 [1,03-3,20]; NNT 9 [4,5-100]). También la mortalidad entre los pacientes reintubados fue mayor en el grupo ventilación no invasiva (38%) que en los que fueron reintubados tras recibir tratamiento estándar (22%; $p = 0,06$). La mediana del tiempo transcurrido desde el inicio de la insuficiencia respiratoria y la reintubación fue más larga en el grupo ventilación no invasiva que en el grupo control (12 horas frente a 2,5 horas; $p = 0,02$).

Conclusión

La ventilación con presión positiva no invasiva no previene la necesidad de reincubación ni reduce mortalidad en pacientes deseleccionados que tienen fracaso respiratorio después de la extubación.

COMENTARIO

Entre los mayores avances, en cuidados críticos, de los últimos diez años destaca una técnica alternativa a la ventilación mecánica convencional denominada ventilación no invasiva (VNI). La VNI consiste en la provisión de asistencia ventilatoria sin invasión de la vía aérea, sustituyendo la intubación orotraqueal por una máscara nasal o facial. Actualmente se considera la técnica electiva para tratar las descompensaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ya que disminuye la necesidad de intubación y mejora los resultados clínicos en términos de disminución de las complicaciones, la estancia hospitalaria y la mortalidad (1). Sin embargo, su aplicación a otros tipos de insuficiencia respiratoria ha aportado resultados prometedores pero no suficientemente concluyentes (2).

Entre las otras condiciones clínicas en las que se ha ensayado esta técnica se encuentra el tratamiento del fracaso respiratorio tras la extubación. El 15% de los enfermos extubados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) que desarrollan posteriormente insuficiencia respiratoria requieren reintubación. La necesidad de reintubación es una variable asociada al aumento de la mortalidad en estos pacientes, por lo que se ha sugerido que la VNI podría ser una técnica útil para evitarla y mejorar su pronóstico (3).

A pesar de los beneficios teóricos de esta atractiva técnica, el único ensayo clínico con asignación aleatoria del tratamiento publicado por Keenan et al. (4) no encontró beneficio con su aplicación en 81 pacientes que presentaron insuficiencia respiratoria tras la extubación.

Ante la escasa evidencia científica sobre su utilidad, el grupo de Esteban (5) coordinó un estudio multicéntrico internacional cuyo objetivo era determinar si la aplicación de la VNI reducía la mortalidad en los pacientes que presentaban insuficiencia respiratoria grave tras la extubación.

La principal limitación del estudio es establecer como objetivo principal la mortalidad en UCI y no la mortalidad hospitalaria. La mortalidad durante la estancia en UCI debe ser considerada una variable intermedia ya que el proceso de recuperación de estos pacientes no concluye hasta que pueden ser dados de alta hospitalaria.

No obstante, a pesar de esta limitación metodológica y la dificultad inherente a la estratificación de grupos comparables de pacientes críticos, su diseño controlado y el hecho de ser el de mayor tamaño muestral publicado hasta la fecha le confieren un gran interés para lle-

nar el vacío científico sobre este problema. Por esta razón, aunque los resultados no pueden ser considerados concluyentes sí deben valorarse como muy relevantes al mostrar mayor mortalidad con la aplicación de una técnica considerada anteriormente como muy prometedora para esta indicación.

La publicación no detalla la causa de muerte de estos pacientes pero muestra un significativo retraso en la reintubación en el grupo tratado con VNI. Este hecho sugiere que su aplicación puede comportar mayor riesgo de complicaciones como la neumonía aspirativa o que la reintubación se realice con el paciente en situación límite. Los autores no comentan la posibilidad de restringir la técnica a los grupos de pacientes en los que se ha mostrado más beneficiosa (como los afectos de EPOC descompensada) haciendo énfasis en la reintubación precoz de los pacientes que no mejoran inicialmente.

En conclusión, debe evitarse la utilización de la VNI para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria tras la extubación ya que comporta un aumento de mortalidad en la población general de pacientes de UCI. Son necesarios estudios multicéntricos y aleatorizados en pacientes en los que se ha mostrado más beneficiosa, como los afectos de EPOC descompensada, para determinar si su empleo podría beneficiar a este tipo de enfermos.

Genís Carrasco
Servicio de Medicina Intensiva
SCIAS Hospital de Barcelona

(1) Hill NS. Noninvasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care* 2004; 49:72-87.

(2) Hess DR. The evidence for noninvasive positive-pressure ventilation in the care of patients in acute respiratory failure: a systematic review of the literature. *Respir Care* 2004; 49:810-829.

(3) International Consensus Conferences in Intensive Care Medicine: Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Acute Respiratory Failure. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:283-291.

(4) Keenan SP, Powers C, McCormack DG, Block G. Noninvasive positive-pressure ventilation for postextubation respiratory distress: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 287(24):3238-3244.

(5) Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Arabi Y, Apezteguia C, Gonzalez M, Epstein SK, Hill NS, Nava S, Soares MA, D'Empaire G, Alia I, Anzueto A. Noninvasive positive-pressure ventilation for respiratory failure after extubation. *N Engl J Med* 2004; 350: 2452-2460.

Para algunos procesos oncológicos existe relación inversa entre volumen de intervenciones anuales y mortalidad postoperatoria

Pla R, Pons JM, González JR, Borrás JM.

¿Influye en el proceso y en los resultados el volumen de procedimientos en la cirugía del cáncer? Análisis basado en datos clínico-administrativos. *Cir Esp* 2004; 75:179-88.

Objetivos

Analizar la relación existente entre el volumen de determinados tipos de cáncer tratados en los hospitales de Cataluña y la mortalidad quirúrgica.

Método

Análisis de los datos proporcionados por el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias (CMBDAH) de Cataluña. Periodo de estudio: 1996-2000. Tipos de cáncer estudiados: páncreas, esófago, recto, pulmón, mama, estómago, próstata e hígado. La relación entre el volumen de procedimiento y la mortalidad intrahospitalaria por cada hospital se valoró mediante regresión logística analizando las siguientes variables independientes: edad, número de procedimientos por año (<6, 6-10, >10) y el índice de Charlson.

Resultados

El tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas y de hígado presenta menor mortalidad postoperatoria en hospitales con alto volumen de casos. Sin embargo en el cáncer de esófago se produce menor mortalidad en hospitales de volumen intermedio.

En lo referente al tipo de procedimientos quirúrgicos realizados también se observaron diferencias estadísticamente significativas. El mayor porcentaje de cirugía conservadora de la mama, gastrectomías totales, y prostatectomías radicales se encuentra en los hospitales con mayor volumen de casos. Mientras que para el cáncer de recto, estos centros realizan menos colostomías que los de menor volumen.

Correspondencia: Pla Director d'Oncologia a Catalunya. Correo electrónico: rpla@ico.scs.es

COMENTARIO

La relación existente entre el volumen de intervenciones médicas o quirúrgicas y los resultados obtenidos, constituye una inquietud permanente desde que Luft (1) publicó hace 25 años el primer estudio sobre este tema. Parece lógico pensar que una mayor casuística condiciona una mayor experiencia, conocimientos y habilidades técnicas, lo que conduciría a la obtención de mejores resultados. Posteriores estudios han intentado profundizar en el tema y aunque existe correlación para algunos procesos quirúrgicos, la diferente metodología utilizada en los estudios dificulta extraer conclusiones definitivas y persiste la incógnita sobre si un volumen mayor de intervenciones conduce a la obtención de mejores resultados globales o son los profesionales y sus buenos resultados lo que atraería a un mayor número de pacientes (2).

En este sentido el trabajo de Pla et al que aquí comentamos es pionero en nuestro país, ya que presenta los resultados de Cataluña en cirugía oncológica durante un período de cinco años. Los resultados de este estudio coinciden con los de la literatura internacional en lo referente a la mortalidad hospitalaria tras la resección pancreática y en la cirugía de hepática. Comprobándose que en el grupo de hospitales de mayor volumen se produce una mortalidad postoperatoria estadísticamente inferior al resto de los hospitales. Por otra parte más de la mitad de estos procedimientos se concentran en solo tres hospitales, lo que demuestra una tendencia natural en Cataluña hacia la derivación de estos procesos. Sin embargo esta afirmación no se comprueba en el cáncer de esófago, ya que los casos se reparten de forma más homogénea entre los distintos hospitales y la mortalidad menor se recoge en hospitales de volumen intermedio. En lo referente al cáncer gástrico y colorrectal no se observan diferencias estadísticamente significativas entre unos y otros grupos de hospitales. Así mismo se comprueba en este estudio una variabilidad en la práctica clínica estadísticamente significativa, ya que en hospitales con alto volumen de procedimientos se realizó un mayor número de gastrectomías totales y prostatectomías radicales, al mismo tiempo que presentaron mayor tendencia hacia la cirugía conservadora de la mama y a la cirugía rectal sin colostomía.

Los estudios publicados apoyan en general una mayor regionalización de los procesos quirúrgicos más complejos y costosos, sin embargo

no parece existir un punto de corte en el número de procedimientos anuales que marque una diferencia en los resultados obtenidos. Por otra parte, son pocos los estudios prospectivos en los que se analice la supervivencia a largo plazo (3) y en ninguno de ellos se valora la calidad de vida. Todo ello conduce a la duda sobre la conveniencia de centralizar determinados servicios quirúrgicos o favorecer una mayor dispersión geográfica.

La variabilidad observada en los procedimientos quirúrgicos señala la necesidad de disponer de guías de práctica clínica que faciliten una mayor difusión del conocimiento científico entre los profesionales y disminuyan la variabilidad en la práctica clínica (4). Merece la pena destacar la gran capacidad informativa que ofrecen las bases de datos clínico-administrativas, aunque también plantean algunas limitaciones en la información clínica que aportan.

En conclusión, el estudio pone en evidencia que para algunos procesos oncológicos existe una relación inversa entre el volumen de intervenciones anuales y la mortalidad postoperatoria. Así mismo se ha comprobado una importante variabilidad en la técnica quirúrgica, que podría explicarse en parte por el volumen de casos tratados. El estudio presenta algunas limitaciones inherentes a las bases de datos clínico-administrativas y al mismo tiempo las variables independientes utilizadas en el modelo de regresión logística no parecen suficientemente discriminativas para un correcto ajuste al riesgo. Todo ello sugiere la necesidad de realizar nuevos estudios prospectivos en los que se analice una mayor información referente a estructura, proceso y resultado, que podría clasificar a los pacientes según criterios de riesgo y comparar proveedores.

Juan Alcalde

Servicio de Cirugía General

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

(1) Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med* 1979; 301:1364-9.

(2) Daley J. Invited commentary: quality of care and the volume-outcome relationships. What's next for surgery. *Surgery* 2002; 131:16-8.

(3) Bach PB, Cramer LD, Schrag D, Downey RJ, Gelfand SE, Begg CB. The influence of hospital volume on survival after resection for lung cancer. *N Engl J Med* 2001; 345:181-8.

(4) Carnett WG. Clinical practice guidelines: a tool to improve care. *Qual Manag Health Care*. 1999; 8:13-21.

Incidencia y consecuencias de la rotura uterina en mujeres con cesárea anterior

Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M.

Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004; 329:19-25.

Objetivo

Estudiar la incidencia y consecuencias de la rotura de la cicatriz uterina durante el trabajo de parto normal en pacientes con antecedente de cesárea previa, así mismo reflejar el riesgo de muerte materna, perinatal y de histerectomía en este grupo de pacientes.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura disponible durante el período 1980 a 2002.

Diseño

Han centrado su estudio en aquellos 21 trabajos publicados que disponían de una definición estándar de rotura uterina y de un número de pacientes suficientes. De los que cumplían estos criterios 2 eran poblacionales retrospectivos, 15 prospectivos de cohortes, 2 casos-control y 2 series de casos.

Resultados

La existencia de una cicatriz uterina por cesárea anterior incrementa el riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto por 27 por cada 10.000 casos (IC: 0,73-4,73). Aunque no encontraron casos de mortalidad materna, sí se muestra un riesgo adicional de muerte perinatal de 1,4 veces mayor (IC:0-9,8) por 10.000 casos. Así mismo, el riesgo de histerectomía tras la rotura uterina se incrementa en 3,4 veces (IC: 0-12,6) por 10.000. Los autores resumen que para prevenir una rotura uterina relacionada con muerte perinatal se realizarían 7.142 cesáreas y 2.941 cesáreas en el caso de querer evitar una histerectomía. La revisión de la literatura seleccionada tampoco parece mostrar evidencia de mayor riesgo de rotura cuando se administran oxitócicos o prostaglandinas. Cuando se intentaron definir signos o síntomas capaces de predecir la rotura no ha resultado útil la alteración en la frecuencia cardíaca fetal monitorizada durante el trabajo de parto.

Conclusiones

Aunque existe una percepción clínica de riesgo durante el trabajo de parto de gestantes con cesárea previa en la mayoría de los casos se puede dejar evolucionar el parto por vía vaginal con vigilancia estricta. El aumento de la práctica de cesáreas en estos casos no parece justificar el efecto que esta cesárea recurrente podría tener en la salud de la madre o el neonato.

Financiación: Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD.

Correspondencia: Jeanne-Marie Guise. guisej@obsu.edu. Department of Obstetrics and Gynecology, Oregon Health & Science University, UHN-50, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Portland, OR, 97239-3098, USA.

COMENTARIO

Una conferencia auspiciada por los National Institutes of Health (1) estableció en 1980 que el parto vaginal en mujeres con antecedentes de cesárea era una elección aceptable. En 1997 la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada publicó su Clinical Practice Guidelines (2) sobre este tema recomendando el parto vaginal bajo control y en centros capacitados para practicar cesáreas de urgencias. Los protocolos de junio 2002 de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (3) abundan en el mismo sentido.

El aumento en el número de cesáreas en la mayoría de países desarrollados ha convertido en un problema el manejo de cualquier parto subsiguiente al existir unos riesgos relacionados con el trabajo de parto en úteros que presentan una cicatriz por una cesárea previa y que los autores de este trabajo analizan convenientemente, coincidiendo con otros autores (4-6).

Uno de los problemas que se plantean es la dificultad de definir clínicamente la rotura uterina durante el trabajo de parto y la gran variedad de conductas ante la sospecha y en la evaluación de predictores potenciales de riesgo que analizan en el trabajo. La dificultad, ya conocida en la obstetricia, de poder diseñar y llevar a la práctica según qué tipos de estudio es muy manifiesta en estos casos, ya que, en muchos de estos, es inasumible el riesgo de protocolizar estrictamente la asistencia.

Parece existir un acuerdo en la mayoría de protocolos de las sociedades científicas en que la indicación de cesárea electiva tras una cesárea previa quedaría reservada para las cesáreas con una cicatriz corporal, cirugía uterina previa con acceso a cavidad y el resto de contraindicaciones clásicas por imposibilidad de parto vaginal (2-3).

Aunque tras la revisión no podemos concluir en una conducta estándar, sí que parece que una conducta intervencionista pura, aquella que se define en siempre cesárea tras una primera cesárea, parece desaconsejarse por el reducido beneficio que se obtendría y el coste en morbimortalidad en las mujeres sometidas a una cesárea electiva.

Felipe Ojeda

**Servicio de Ginecología y Obstetricia
Fundación Hospital/Asil de Granollers (Barcelona)**

(1) www.nih.gov

(2) SOGC Clinical Practice Guidelines. Policy Statement 68. 1997. J. Soc Obstet Gynaecol Can 1997; 19:1425-28.

(3) Parto vaginal tras cesárea. Protocolos asistenciales en Obstetricia, 27. www.sego.es

(4) Turner MJ. Uterine rupture. Best Pract Res Clin Obstet Gyn 2002; 16:69-72.

(5) Penna L. Management of the scarred uterus in subsequent pregnancies. Curr Obstet Gynecol 2003; 13:173-178.

(6) Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 2003; 362:1779-84.

Resultados de la mastectomía profiláctica en pacientes con riesgo elevado de desarrollar un cáncer de mama

Güemes A, Sousa R, Navarro A, Val-Carreres P, Moros M, Sainz JM, et al.

Aspectos técnicos y resultados de la mastectomía profiláctica en pacientes con elevado riesgo de cáncer de mama. Cir Esp 2004; 75:123-128.

Objetivo

Analizar los resultados en una serie de pacientes a las que se practicó mastectomía profiláctica.

Pacientes y método

Estudio retrospectivo de mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama a las que se realizó mastectomía profiláctica uni o bilateral, seguida de reconstrucción. Las pacientes fueron intervenidas por el mismo equipo quirúrgico y las piezas fueron analizadas por el mismo anatomopatólogo. Las técnicas quirúrgicas fueron: mastectomía con conservación de piel y reconstrucción con prótesis o mastectomía simple, seguida de reconstrucción con colgajo de gran dorsal.

Resultados

Se intervinieron 65 pacientes, realizándose 56 mastectomías bilaterales y 9 unilaterales. La edad media fue de 34 años. El seguimiento medio fue de 4 años (0,3-6,4). El 58 % presentó lesiones preneoplásicas en las piezas extirpadas. En 2 casos fue preciso practicar una nueva reconstrucción y 7 pacientes presentaron cicatrices hipertróficas y dolorosas. El resultado global fue valorado como bueno o aceptable por todas las pacientes, excepto por 6, aunque se mostraron satisfechas con la decisión que tomaron, ya que mejoraron su ansiedad.

Dirección para correspondencia: A. Güemes. Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Correo electrónico: agüemes@unizar.es

COMENTARIO

Aunque la mayor parte de los casos de cáncer de mama son esporádicos, se estima que en el 10% se halla una predisposición genética y/o familiar. Considerando la alta prevalencia de este tipo de tumor, es fácil comprender la importancia de abordar adecuadamente los casos con dicha predisposición. Dado que por motivos éticos no es fácil llevar a cabo ensayos clínicos en la intervención sobre mujeres con riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama, la mayor parte de los estudios sobre el tema son series de casos y, en menor medida, de cohortes prospectivos. Por este hecho aún no se han podido obtener conclusiones basadas en una evidencia científica suficientemente contrastada. Sin embargo, a raíz de diferentes estudios realizados en la última década, la mastectomía profiláctica podría ser una técnica eficaz para tratar a estas pacientes.

Güemes et al revisan retrospectivamente 65 pacientes intervenidas en 5 años, concluyendo que la mastectomía profiláctica es una técnica segura y efectiva cuando se cumplen los criterios de inclusión, se informa adecuadamente y se realiza una técnica de reconstrucción de la mama. Las lesiones preneoplásicas encontradas en las piezas extirpadas, las complicaciones y la calidad percibida por las pacientes (incluso en aquellos casos en los que reconocieron que los resultados estéticos no fueron satisfactorios, aceptaron la decisión tomada inicialmente) apoyan estas conclusiones. Aunque por el diseño del estudio no se pueden inferir conclusiones fehacientes, los resultados están en la línea de otros trabajos publicados.

Los criterios clásicos de riesgo elevado para desarrollar cáncer de mama aceptados son de cuatro tipos: histológicos, genéticos, clínicos y cancerofobia.

Estudios recientes analizan la presencia de mutaciones BRCA1 y BRCA2 (breast carcinoma). Warner E expone que hasta un

85% de éstos desarrollarán cáncer de mama (1). En un meta-análisis sobre 483 mujeres, con un seguimiento medio de 6.4 años, la mastectomía profiláctica bilateral redujo el riesgo de desarrollar cáncer de mama en un 90% aproximadamente cuando se presentaban dichas mutaciones (2). Un porcentaje similar ha sido observado en pacientes con historia familiar de cáncer de mama (3).

Podríamos concluir que la mastectomía profiláctica es una técnica útil, pero para realizarla con garantía precisa: definir de una manera precisa los criterios de indicación, disponer de técnicas reconstructivas adecuadas y accesibles e informar exhaustivamente a las pacientes (incluyendo los resultados del servicio quirúrgico) para una correcta toma de decisiones.

Otros temas pendientes de resolver son la decisión sobre restricción o generalización de los estudios genéticos (costosos y con implicaciones éticas muy importantes), y el impacto de nuevas técnicas de imagen para la mama (mamografías digitales y resonancia magnética) junto a los estudios anatomopatológicos (biopsias y citologías precoces en lesiones sospechosas) en el seguimiento de los casos de riesgo elevado como alternativa a la mastectomía profiláctica.

Pedro Ruiz

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

(1) Warner E. Intensive radiologic surveillance: a focus on the psychological issues. *Ann Oncol* 2004; 15 suppl 1: 143-147.

(2) Rebbeck TR, Friebel T, Lynch HT, Neuhausen SL, van 't Veer L, Garber JE et al. Bilateral prophylactic mastectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1055-1062.

(3) Hatmann L, Schaid D, Woods J, Crotty T, Myers J, Arnold P et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *N Eng J Med* 1999; 340:77-84.

El estudio de los efectos adversos (EA) y su importancia para mejorar la seguridad clínica

Ross Baker G, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al.

The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004; 170:1678-86.

Objetivo

Determinar la incidencia de sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (EA) en hospitales canadienses.

Método

El estudio se realizó en una muestra de 20 hospitales seleccionados al azar en las cinco provincias del Canadá: Alberta, Columbia Británica, Nueva Escocia, Ontario y Québec. En cada uno de los territorios se eligieron 4 hospitales: un hospital docente, un hospital grande (100 ó más camas) y dos pequeños (menos de 100 camas).

Posteriormente, en cada hospital un grupo de revisores con entrenamiento previo revisaron retrospectivamente una muestra de los informes de alta de los pacientes atendidos durante el año 2002, utilizando el cuestionario dirigido a identificar la presencia de EA que había sido desarrollado para el Harvard Medical Practice Study (1,2), que evaluó la incidencia de EA en distintos hospitales del estado de Nueva York en 1984 y que posteriormente había sido utilizado con modificaciones en otros estudios realizados en Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Dinamarca, y los estados de Colorado y Utah.

En una segunda etapa, los casos identificados por el cuestionario como probables EA fueron confirmados y evaluados por un grupo de facultativos con experiencia clínica contrastada.

En la versión disponible en la web se incluyen apéndices sobre el proceso de selección de revisores (apéndice 1), las variables consideradas en el modelo de regresión logística (apéndice 2) y los grados de prevención considerados para distintos EA hallados (apéndice 3).

Resultados

La incidencia global de EA en las 3.745 historias muestreadas en el conjunto de hospitales incluidos en el estudio fue de 7,5%, relacionándose principalmente con la atención a procesos quirúrgicos y con el tratamiento farmacológico recibido. Esta cifra sugiere la ocurrencia de 185.000 EA (IC 95%: 141.250-232.250) entre los dos millones y medio de pacientes semejantes ingresados anualmente en los hospitales canadienses, de los que un 36,9 % (IC 95%: 32,0-41,8%) serían potencialmente evitables.

Inicialmente y tras ajustar por comorbilidad, edad y sexo, los EA fueron más frecuentes en los hospitales docentes que en el resto, aunque no se observó la misma tendencia en los considerados como evitables.

COMENTARIO

Los EA se definen como acontecimientos relacionados con la atención y cuidados recibidos más que con la enfermedad subyacente, que ocasionan fallecimiento, lesión, incapacidad o prolongación de la estancia hospitalaria del paciente. Los EA relacionados con la atención sanitaria constituyen un problema de notable magnitud y trascendencia clínica, económica, legal y mediática. Su estudio puede realizarse bien con carácter médico legal o bien con el fin de desarrollar políticas dirigidas a la mejora de la calidad asistencial y desarrollo de estrategias preventivas (Tabla 1). Metodológicamente la investigación puede tener que realizarse de forma longitudinal o transversal. Con todo, el estudio de su frecuencia y distribución suele presentar –como en el caso del estudio revisado– limitada concordancia de los revisores.

El estudio de Ross et al, que tiene carácter retrospectivo y está dirigido al desarrollo posterior de actuaciones de mejora de la seguridad clínica, presenta una incidencia de EA inferior a la de estudios con el mismo

fin. El carácter retrospectivo y los criterios de inclusión utilizados podrían subestimar la incidencia de algunos AE (en urgencias, salas de partos, cirugía ambulatoria...).

En cualquier caso, la realización de estudios nacionales de incidencia es uno de los primeros pasos para conocer con mayor precisión el problema e implantar una cultura de seguridad clínica.

Carlos Aibar Remón
Universidad de Zaragoza
Hospital Clínico Lozano Blesa

(1) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-7.

(2) Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377-84.

TABLA 1. Estudios epidemiológicos de sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria

Estudio	Nº de pacientes Finalidad	Incidencia de EA por 100 ingresos	% EA evitables
Brenan T et al. 1991 (N. York)	30.195 Medicolegal	3,7	27,6%
Wilson RM et al. 1995 (Australia)	14.179 Mejora calidad	16,6	51,2%
Thomas EJ et al. 2000 (EEUU)	14.700 Medicolegal	2,9	27,4% (Utah) 32,6% (Colorado)
Vincent C et al. 2001 (Londres)	1.014 Mejora calidad	10,8	48%
Schioler T et al. 2001 (Dinamarca)	1.067 Mejora calidad	9	40,4%
Davis P et al. 2002 (N. Zelanda)	6.579 Mejora calidad	12,9	37%
Ross Baker G et al. 2004 (Canadá)	3.745 Mejora calidad	7,5	36,9%

Los efectos adversos (EA) previos a la hospitalización son tan importantes como los desarrollados en el hospital

Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al.

Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. Can Med Assoc J 2004; 170:1235-40.

Objetivo

Determinar la incidencia, severidad, tipo, tiempo de ocurrencia (pre o intrahospitalarios) y carácter evitable de los efectos adversos (EA) en pacientes hospitalizados.

Tipo de estudio y metodología

Estudio de cohortes retrospectivo desarrollado en el Hospital de Ottawa (multicampus: 2 hospitales). Se calcularon las tasas por 100 hospitalizaciones. Se estudió una muestra aleatoria de las hospitalizaciones (excepto psiquiátricas) de un año (1,3% del total). La revisión de las historias clínicas se hizo en dos fases, la primera por una enfermera preparada en la que se determinaba la "alerta" o posibilidad de que un EA hubiera ocurrido; si tal alerta existía, esta historia clínica se veía sometida a la segunda revisión por médicos especialistas (metodología del Harvard Medical Practice Study) (1), para identificar el EA con precisión. Los EA fueron clasificados por severidad (como discapacidad permanente...), tipo (quirúrgico, debido a fármacos, por errores en el sistema...), tiempo de ocurrencia, si fueron evitables o no, y los servicios donde ocurrieron.

Resultados

Las alertas de EA establecidas por el primer formulario estuvieron presentes en el 62,2% (312 casos) de las historias revisadas. La incidencia de EA fue del 12,7% (64 casos). Los EA se consideraron evi-

tables en un 37,5% (24), y un 18,75% (12) fueron graves, de los cuales quedaron con incapacidad permanente 9 y murieron 3 (éstos clasificados como no evitables), el resto tuvieron discapacidades temporales. Los tipos de EA fueron distribuidos en complicaciones medicamentosas 50%, complicaciones quirúrgicas 31% o infecciones nosocomiales 19%. En cuanto al momento de ocurrencia del EA, 25 de ellos (39%) fueron durante el tiempo de hospitalización, mientras que 39 (61%) ocurrió en el periodo previo a la hospitalización, sin que existieran diferencias por su carácter de evitable, severidad o tipo (salvo, obviamente, en complicaciones quirúrgicas). Los EA previos a la hospitalización fueron en su mayoría, en atención primaria, debidos a fármacos y evitables. La edad fue la única variable personal asociada positivamente al EA.

Conclusión

Gran parte de los EA ocurren en tiempos anteriores a la hospitalización. Los relacionados con atención primaria son debidos al uso de fármacos y la mayoría son evitables. La mayor frecuencia de EA prehospital está relacionada con el modelo sanitario y condiciona las estrategias de abordaje para mejorar la seguridad del paciente.

Fuente de financiación: "Ottawa Hospital" y "Ottawa Internists Research Group".
Correspondencia: Dr. Alan J. Forster, aforster@ohri.ca

COMENTARIO

Este estudio supone el primer trabajo sobre EA de la asistencia sanitaria desarrollado en Canadá. Aunque utiliza la metodología del Harvard Medical Practice Study, sigue la preocupación por la seguridad del paciente del Quality in Australian Health Care Study (2), y al realizar una definición operativa de EA menos rígida, duplica la tasa estimada en los estudios americanos y se sitúa en valores similares a los de Reino Unido, que también comparte la inquietud por la mejora de la calidad al garantizar la seguridad del paciente (3).

Aporta como novedad el análisis del momento en que se produce el EA, evidenciando dos grupos específicos, los pre y los intrahospitalarios y apunta la contribución particular que puede tener un determinado modelo sanitario. Cuando la accesibilidad es fácil, la proporción de EA pre-hospital puede ser elevada. Si la preocupación por los costes es prioritaria, el mayor seguimiento de los pacientes para evitar hospitalizaciones puede a su vez cambiar el estilo de práctica clínica y en consecuencia ofrecer un patrón diferente de EA (en este caso los relacionados con procesos quirúrgicos pueden estar minimizados).

En un modelo con Atención Primaria desarrollada es esperable una proporción elevada de EA relacionados con el uso de fármacos. La implicación del modelo (Atención Primaria desarrollada y mayor accesibilidad) puede justificar que los autores encuentren más EA en el periodo prehospitalización que los hallados en los estudios americanos, aunque no se puede descartar la influencia que pueda tener en los resultados el ser un hospital de referencia. Comparte con los estudios previos la estimación de una proporción elevada de EA considerados evitables (37,5%), con una distribución similar

en los dos momentos de ocurrencia del EA. Con la finalidad de objetivar su interés por la especificidad del sistema de detección, presenta una interesante síntesis de los 64 EA detectados en el estudio, agrupados por su gravedad y su carácter de evitables, que alcanza la misma proporción en el grupo de los graves que en el de no graves.

Todas estas consideraciones pueden ser de capital importancia para un Sistema Nacional de Salud como el nuestro en que la Atención Primaria está desarrollada y la accesibilidad es muy elevada. Los estudios de EA ligados al uso de fármacos son habituales en nuestro país. Ya se han iniciado estudios de EA hospitalarios, ¿por qué no iniciarlos en Atención Primaria, si como se deduce de este trabajo su frecuencia, impacto y posibilidad de prevención son elevadas?

Jesús M^a Aranz Andrés

Joaquín Beltrán Peribáñez

Dpto. Salud Pública Universidad Miguel Hernández. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant

(1) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. 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) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. Br J Med 2001; 322:517-19.

El 50% de la calidad

McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keeseey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA.

The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. N Engl J Med 2003; 348:2635-45.

Objetivo

Evaluar en qué medida se cumplen, en una muestra representativa de la población estadounidense y para un amplio espectro de problemas de salud, una serie de indicadores de proceso científicamente recomendados.

Contexto, tipo y unidades de estudio

Partiendo de una encuesta telefónica sobre su experiencia con los servicios de salud a una muestra de 13000 adultos, se obtuvo consentimiento informado para, adicionalmente, revisar la(s) historia(s) clínicas de 6700 que cumplían los criterios de inclusión, referidos básicamente a la utilización de los servicios. Con los datos de la encuesta y los extraídos de las historias clínicas, se calculó el cumplimiento de 439 indicadores sobre la calidad de la prevención y de la atención a 30 problemas de salud, agudos y crónicos, previamente priorizados. Los resultados se describen utilizando indicadores compuestos, que agregan la información según tipo (prevención, agudos, crónicos), función (screening, diagnóstico, tratamiento, seguimiento), y modalidad de la atención (visita, medicación, inmunización, examen físico, pruebas complementarias, cirugía, educación y consejo, y anamnesis), además de según problema de salud

específico (cataratas, diabetes, hipertensión, fractura de cadera, etc.), y globalmente en un solo indicador sobre la calidad recibida por la población atendida.

Resultados

La población adulta que contacta con el sistema de salud recibe poco más del 50% de la atención sanitaria recomendada, sin diferencias significativas en relación al tipo de atención, pero sí en cuanto a la función (la peor, educación y consejo: 18%) y el problema de salud específico (los peores: alcoholismo, 10%, y fractura de cadera, 23%).

Conclusiones

Existe un déficit real en la adherencia a las actuaciones recomendadas por la evidencia científica en los procesos de atención para los problemas de salud más relevantes. La calidad es un serio problema nacional que precisa de estrategias para poder resolverlo.

Fuente de financiación: Robert Wood Johnson Foundation y Veteran Affairs Health Services Research and Development Program.

Autor para correspondencia: beth_mcglynn@rand.org

COMENTARIO

Son muchos los aspectos de este artículo que estimulan la reflexión. Es la primera vez que se miden simultáneamente tantos problemas de salud y en una muestra con representatividad nacional, en línea con una deseada "Report Card" de la calidad de todo el sistema (1). Los resultados confirman rotundamente dos hechos: (i): La calidad hay que medirla, cuantificarla. Como los propios autores afirman, la inexistencia de información cuantificada contribuye a la (infundada, sesgada por apariencias) creencia de que la calidad no es un problema de primer orden para el país; (ii): los servicios de salud son tantos y tan variados, que cualquier aproximación parcial o pretendidamente global, genérica, sin basarse en las medidas específicas de los procesos de atención concretos, va a dar muy probablemente una imagen también sesgada. La variabilidad demostrada hasta ahora entre proveedores y áreas geográficas, existe también de forma espectacular en relación a la atención a según qué problema de salud e incluso a la modalidad de atención que se requiere. Sería muy arriesgado juzgar la calidad de cualquier centro, institución o sistema basándose en unos pocos servicios o funciones "representativos", a menos que antes se haya demostrado esa "representatividad". Tampoco parecen servir a este propósito los esquemas de acreditación: piénsese que este estudio se ha realizado en un país en donde la inmensa mayoría de los centros están acreditados.

Por su trascendencia práctica, destacan tres aspectos de la metodología, que, sin ser novedosos, sí que suponen una consolidación de tendencias: (i): Los indicadores utilizados han sido previamente valorados explícitamente con relación al grado de evidencia científica que los sustenta, tal como se explica en el artículo y puede consultarse en el anexo técnico (no publicado, pero accesible en <http://www.rand.org/health/mcglynn_appa.pdf>). Sin embargo, sigue siendo muy frecuente que utilicemos en nuestras mediciones indicadores "a ciegas" de su trascendencia o valor científico comprobado. (ii): La utilización de indicadores compuestos para resumir y hacer inteligi-

ble la gran cantidad de información que aportan los 439 indicadores. En efecto, la agregación "inteligente" de los datos específicos es imprescindible para comunicar y manejar la compleja información que aportan los muchos indicadores eventualmente necesarios para cuantificar adecuadamente la calidad (2). El tipo de indicador compuesto utilizado (porcentaje simple) tiene además la ventaja de aprovechar toda la información, aunque la medición de un determinado (sub)indicador solo se aplique a unos pocos casos, como ocurre en este estudio. (iii) La utilización de la información aportada por los usuarios para completar los datos que se obtienen de las historias clínicas. Se comprueba una vez más que el usuario es, también para algunos indicadores clínicos, una buena (o mejor) fuente de información. Los datos de la encuesta hicieron "subir" algunos indicadores (por ejemplo los relativos a inmunizaciones) que hubiesen resultado aún peores utilizando sólo la información de las historias.

Finalmente, en la necesaria reflexión sobre qué hacer para mejorar, hay un denominador común en lo que proponen los autores y el editorial que provocó este artículo (3): (a) información; apostar por un uso masivo de la tecnología de forma que la calidad pueda ser medida y analizada de forma rutinaria; y (b) dar más poder y participación al usuario para mejorar la calidad de la atención que reciben. Otra de las grandes tendencias actuales, eternamente pendiente de una clara consolidación práctica.

Pedro J. Saturno
Universidad de Murcia

(1) Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM (eds.). Envisioning the National Health Care Quality Report. National Academy Press, Washington, 2001.

(2) Saturno PJ. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. Rev Calidad Asistencial (en prensa).

(3) Steingberg EP. Improving the Quality of Care – Can We Practice What We Preach? N Engl J Med 2003; 348:2681-83.

Una vez más: Si nos comparamos, podemos mejorar

Qvist P, Rasmussen L, Bonnevie B, Gjørup T.

Repeated measurements of generic indicators: a Danish national program to benchmark and improve quality of care. *Int J Qual Health Care* 2004; 16:141-8.

Objetivo

El "Good Medical Department Program" es un programa de ámbito nacional que se desarrolla en Dinamarca para disminuir la variabilidad y mejorar la calidad de la atención en los departamentos de medicina interna. En el artículo se valora la incidencia que tiene, en la mejora de los resultados, la realización periódica de audits.

Metodología

El proyecto comenzó en 2000, invitando a participar voluntariamente a los departamentos de medicina interna del país en hospitales con ingresos urgentes. Elaboraron estándares genéricos, independientes de enfermedades específicas, basados en la evidencia cuando fue posible. Seleccionaron algunos estándares para desarrollar indicadores que fueron considerados importantes por los profesionales y que estaban documentados en los sistemas de registro. Evaluaron quince ítems en dos audits realizados en enero de 2001 y 2002, revisando un médico y un enfermero de cada servicio participante, datos de cincuenta pacientes consecutivos. Los ítems seleccionados tenían que ver con la aplicación de planes multidisciplinarios, problemas de medicación, tiempos de espera, información a pacientes y readmisiones. Los responsables de los servicios fueron entrevistados cinco meses después de recibir los resultados del primer audit para conocer si como consecuencia de los mismos se iban a introducir cambios organizativos o en la práctica clínica. Además se llevó a cabo una reunión nacional entre los dos audits en la que los servicios que ofrecieron mejores resultados, presentaron sus métodos de trabajo. Los participantes tienen acceso, vía internet, a los resultados globales, y a los suyos particulares, confidencialmente en este caso.

Resultados

En el primer audit participaron 79 servicios de 60 departamentos enviando datos de 3950 pacientes. En el segundo, 82 servicios, de 58 departamentos, aportaron información sobre 4068 casos. En ambos, intervinieron 47 hospitales, el 71% de todos los de Dinamarca que reciben emergencias. Un total de 70 servicios participaron en ambos audits.

Dos de los quince ítems evaluados solo fueron revisados en el primer audit, otros tres solamente en el segundo. El artículo presenta las variaciones de diez indicadores entre los dos audits. Con datos en el ámbito nacional, se observaron mejoras significativas en siete. La evaluación de los resultados al nivel de cada uno de los setenta servicios manifestó que dos fueron muy estables, con valores por encima de la media nacional en más de la mitad de los indicadores y en ningún caso por debajo. Otros treinta y un servicios mejoraban significativamente al menos un indicador y no empeoraban los demás. El resto de los servicios mantuvieron el mismo rendimiento o lo disminuyeron ligeramente. Entre ambos audits entrevistaron a 72 responsables de los servicios y 54 de ellos manifestaron que habían realizado o planificado cambios en 2001 como consecuencia de los resultados obtenidos. Estos cambios suponían la introducción de sistemas de seguridad sobre la medicación, herramientas de screening, "check lists", formación de los profesionales, cooperación, trabajo en equipo, inicio de proyectos de mejora de la calidad, etc. Los autores exponen la existencia, en general, de una buena correlación entre los planteamientos declarados por los responsables de los servicios y las mejoras conseguidas entre ambos estudios.

Conclusión

La realización de audits facilita a los profesionales la comparación de sus procesos y resultados con la mejor práctica, en definitiva, con los mejores. El feed-back sobre la medida de resultados puede favorecer el cambio e impulsar mejoras.

Financiación: Condados Daneses y la Copenhagen Hospitals' Corporation.

COMENTARIO

Efectivamente, el artículo comentado incide una vez más en lo que ¿todos sabemos?; o sea: si nos comparamos encontramos oportunidades de mejora y seguramente, aprovecharemos alguna de ellas. Aprendemos al compararnos e intentar conocer las causas que nos diferencian. Las variaciones en las actuaciones ante pacientes similares nos permiten mejorar la toma de decisiones. Las variaciones en los resultados conseguidos cuando realizamos las mismas actuaciones nos proporcionan la posibilidad de mejorar la atención que ofrecemos (1).

No se pueden, ni se deben, obviar las dificultades que conlleva el procedimiento de comparación. Muchas de las veces que se hacen públicos resultados sobre la comparación entre servicios de salud, surge la polémica y se recuerdan las condiciones que deben cumplir los indicadores, los métodos, las poblaciones, los centros sanitarios, los sistemas de ajuste, etc. (2) En nuestro medio, el programa TOP 20 puede originar estos debates igual que sucede en otros países con sus propias iniciativas.

El programa danés tiene todos los problemas y dificultades que se pueden atribuir a cualquier proyecto de "benchmarking". Los autores demuestran que lo saben y comentan algunos de ellos, como el carácter genérico de los indicadores no relacionados con enfermedades específicas, la realización de la evaluación por profesionales de los propios centros evaluados, la necesidad de aceptar la "bondad" de los registros examinados, etc. Aunque exponen cómo intentan solventar estos problemas, ellos mismos aceptan la dificultad para establecer una relación causal directa entre las estrategias utilizadas y las mejoras conseguidas. Sin embargo, sus "resultados" son buenos y exponen que han ampliado su actuación a otras especialidades como cirugía y ginecología. Seguramente, buena parte del éxito se debe a la participación de los profesionales en la preparación del proyecto y en la aceptación de que medir para mejorar no es medir para juzgar (3).

Por cierto, ¿sería interesante contar en nuestro Sistema Nacional de Salud con una iniciativa parecida?

Juan Carlos García Aísa
Coordinador de Calidad
Servicio Aragonés de Salud

(1) Mulley AG. Learning from differences within the NHS. *BMJ* 1999; 319:528-30.

(2) Meneu R. Top be or not Top be. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:83-5.

(3) Berwick DM. The NHS: feeling well and thriving at 75. *BMJ* 1998; 317:57-61.

Los profesionales apuestan por la calidad en las urgencias de pediatría, podemos colaborar para conseguirlo

Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. An Pediatr (Barc) 2004; 60:569-80.

Objetivo

Establecer una serie de indicadores capaces de medir la calidad de la atención en las urgencias de pediatría.

Método

La Sociedad Española de Urgencias Pediátricas crea un grupo de trabajo de Indicadores Pediátricos constituido por médicos pediatras que trabajan en distintos servicios de urgencias del Sistema Nacional de Salud. Mediante revisión de la literatura pediátrica y el documento de indicadores elaborado por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias, se utilizan técnicas de consenso para identificar un grupo de indicadores válido, sensible y específico sobre los aspectos más relevantes de la atención pediátrica urgente.

Resultados

Documento final con 89 indicadores, algunos coinciden con los de la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias, otros han sido adaptados para uso pediátrico, y un tercer grupo de 20 indicadores ha sido elaborado específicamente por el grupo de trabajo. De entre todos ellos se han

seleccionado 12 indicadores básicos. El artículo contiene el listado del total de indicadores y una descripción amplia de los indicadores básicos, que incluye, entre otros aspectos de interés, la justificación del indicador, su fórmula, la fuente de datos y el estándar. Una información más amplia sobre los indicadores se encuentra en la página web de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (www.seup.org/publicaciones).

Conclusiones

Los profesionales que trabajan en las urgencias pediátricas disponen de un grupo de indicadores consensuados que les permiten medir la calidad de la atención que prestan. Su aplicación permitirá, por un lado, testar su validez, y, por otro, comparar los resultados obtenidos en cada servicio con otros similares y estimular el benchmarking. En la medida en que el grupo de trabajo se declara dispuesto a mejorar y actualizar esta primera versión de indicadores con los resultados de las experiencias de implantación, se pueden esperar mejoras futuras en cuanto a la aplicabilidad y validez de los indicadores.

Financiación: No consta.

Correspondencia: Dr. C. Luaces. Correo electrónico: cluaces@jdbcn.org

COMENTARIO

La actividad sanitaria tiene 4 grupos de interés principales: ciudadanos usuarios del sistema, gestores de las organizaciones sanitarias, profesionales y entidades financiadoras. Cuando piensan en calidad, cada uno de ellos suele focalizar su interés en diferentes aspectos. Así, los financiadores y gestores esperan eficiencia, los ciudadanos accesibilidad y buen trato, y los profesionales calidad técnica. Los ciudadanos están adquiriendo una importancia creciente, bien como clientes en los sistemas privados de provisión, o como decisores de las políticas públicas en las democracias con sistemas nacionales de salud.

Esto ha llevado a un incremento de los sistemas que permiten demostrar pública y objetivamente los resultados y la calidad de los servicios. Esto se puede hacer a través de diferentes mecanismos: evaluaciones externas, publicación de indicadores, etc. Algunos autores han llamado la atención sobre la falta de atención a la efectividad clínica en estos métodos (1). Pero es precisamente la efectividad clínica el aspecto de la calidad que más despierta el interés de los profesionales. Buena muestra de ello es este artículo. Existe una tendencia creciente en las sociedades profesionales a desarrollar estándares e indicadores de práctica clínica, habiéndose publicado recientemente algunos trabajos muy sólidos metodológicamente sobre el desarrollo de indicadores clínicos (2).

Sin embargo, no hay que perder de vista que un sistema de indicadores debe ser aplicable y sostenible. Los indicadores no deben ser obtenidos exclusivamente con motivo de un estudio sino que deben ser monitorizados regularmente.

Corresponde a los gestores crear las condiciones adecuadas para que esto pueda llevarse a cabo. Las actividades de calidad exigen tiempo y deben ser programadas dentro de la actividad ordinaria de los profesionales. Esto supone tiempo de dedicación a la obtención de los indicadores (muchos de ellos necesariamente a través de auditorías de historias clínicas), al análisis de los mismos, a la identificación de las posibilidades de mejora y a la implantación de estas.

Estas actividades pueden ser enormemente facilitadas mediante el

diseño o el perfeccionamiento de los sistemas de información que permitan obtener indicadores automatizados. Los nuevos desarrollos de historia clínica electrónica, implantada ya en muchos ámbitos de nuestros servicios de salud, son una esperanza en este campo.

No obstante, a los profesionales se les debe pedir también rigor en la selección de indicadores, no se trata de tener muchos, sino de tener los necesarios y suficientes. En este sentido, la Norma ISO 9001:2000 (3) aporta un enfoque muy útil en cuanto al tipo de indicadores necesarios. Son precisos dos tipos de indicadores: eficacia del proceso (indicadores de resultado) y marcadores de puntos críticos del proceso (indicadores de proceso).

A la administración sanitaria le corresponderá en este sector tan regulado facilitar la comparabilidad de los indicadores, mediante la promoción y establecimiento en su caso de sistemas de información sanitaria alimentados desde las diferentes organizaciones y/o servicios de salud, tal como llevan haciendo durante años algunos países (4).

En definitiva, estamos en un tiempo en que la colaboración entre los distintos grupos de interés de los que hablaba al principio es más necesaria que nunca. Todos, cada uno desde su responsabilidad, deben contribuir a la mejora continua del sistema sanitario.

Elena Sánchez-González

Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto

Departamento de Pediatría. Universidad del País Vasco

(1) Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care* 2000. 12,3:183-189.

(2) Marshall MN, Roland MO, Campbell SM et al. Measuring general practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. *Rand y The Nuffield Trust*, 2003.

(3) UNE-EN ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos (ISO 9001:2000). AENOR, 2000.

(4) Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12,3:211-216.

Protocolos de Adecuación: Muchos instrumentos, pocas decisiones

Sánchez-López J, Luna del Castillo JD, Jiménez-Monleón JJ, Delgado-Martín AE, López de la Iglesia B, Bueno-Cavanillas A.

Protocolo y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. Med Clin (Barc) 2004; 122:177-9.

Fundamento y objetivo

El número de urgencias hospitalarias ha aumentado en los últimos años. En gran parte a causa de procesos banales, considerados "urgencias inadecuadas". La necesidad de mejorar y rentabilizar la utilización de los recursos implica definir, identificar y cuantificar esa utilización inadecuada. El objetivo de este estudio es el desarrollo y validación de un Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH) que contemple el entorno asistencial del paciente.

Material y método

Se desarrolló un PAUH a partir del realizado por Sempere et al en 1999. El PAUH modificado está construido con criterios explícitos que definen como inapropiados los casos que podrían haber sido atendidos en el ámbito extrahospitalario. Consta de cinco apartados: gravedad, tratamiento, intensidad diagnóstica, otros y aplicable a pacientes que acuden espontáneamente. Para cada uno de ellos, se formulan diferentes criterios. Cuando se cumple cualquiera de ellos, la urgencia se considera adecuada. Sobre una muestra de 100 urgencias, 6 facultativos opinaron aisladamente sobre la adecuación, y se calculó el coeficiente de concordancia. Posteriormente, discutieron sus opiniones hasta el consenso, patrón que se utilizó como referencia para analizar la validez del PAUHm.

Resultados

El coeficiente de concordancia entre los seis expertos fue 0,71. La sensibilidad para detectar la adecuación fue del 100% y la especificidad para detectar inadecuación del 69%.

Discusión

El primer paso para resolver el problema de masificación de las urgencias hospitalarias es cuantificar las urgencias inadecuadas. Para ello se necesitan métodos objetivos, cuantificables y reproducibles. El PAUHm está construido con criterios explícitos y permite su aplicación retrospectiva en unos cinco minutos por caso.

Como patrón de referencia se utilizó la opinión consensuada de 6 expertos; se trata de un estándar cuestionable.

La validez interna del instrumento coincide con la descrita anteriormente en lo que se refiere a sensibilidad. La especificidad llega al 69%, por encima del 44% del protocolo original.

Financiación: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.

Correspondencia: Dr. J. Sánchez López. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Ruiz de Alda. Avda. Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada.

COMENTARIO

Los autores presentan su aportación al estudio de la adecuación de las urgencias hospitalarias. Han realizado pequeñas modificaciones sobre el documento original (1) y constatan el mantenimiento de la sensibilidad del instrumento y la mejora de la especificidad. Una parte de esa mejora debiera ser atribuida a la técnica de consenso utilizada entre seis facultativos implicados en la revisión, ya que las modificaciones del instrumento son menores (de 26 criterios del instrumento inicial, se incorporan dos, se prescinde de uno, se mantienen los demás). Falta alguna referencia a las causas de utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias.

Se trata de una nueva contribución al perfeccionamiento de instrumentos para la medida de la adecuación, que pretenden identificar y cuantificar el uso inadecuado de los recursos, profundizando en las causas de inadecuación. Entre dichos instrumentos cabe distinguir dos grupos. El primero permite revisar las decisiones que toman los clínicos en su práctica diaria (AEP, AdeQhos, Evaluación de guías de práctica clínica, protocolos y vías clínicas...). Inciden en las decisiones de los profesionales, tanto ingreso/estancia en el hospital como utilización de pruebas diagnósticas y pautas terapéuticas. Para la adecuación de ingreso/estancia hospitalaria no se han descrito avances significativos en la utilización de los recursos hospitalarios, desde la propuesta de Gertman y Restuccia (2). Para la actuación clínica, los resultados sólo han sido algo mejores: exiguas mejoras tras la aplicación de GPC y protocolos y su posterior evaluación.

El segundo pretende revisar la utilización de servicios sanitarios. Concretamente, los servicios de urgencias hospitalarias. Supone un cambio cualitativo sobre el objeto de evaluación. No se revisa la actuación de los clínicos, sino el comportamiento de la población en cuanto a los servicios que el sistema sanitario pone a su disposición. Hace años que estamos intentando adecuar la demanda de la población a

nuestra oferta de servicios. Este proceder no ha resultado exitoso en cuanto a los servicios de urgencias hospitalarias y persisten las disfunciones. Quizás ha llegado el momento de "escuchar" el modelo de urgencias que nuestra población demanda.

Los instrumentos de medida de la adecuación tienen usos diferentes según que la perspectiva sea la del planificador de servicios, financiador, gestor o agente clínico. La medida de la adecuación no es un objetivo en sí mismo, sino que aporta información para la toma de decisiones. Los servicios de urgencias son un punto especialmente sensible del sistema sanitario y se plantean algunas decisiones. Desde el punto de vista del planificador, se podrían replantear los servicios de urgencias hospitalarios, ofreciendo un modelo global alternativo que garantice un máximo de seguridad a los ciudadanos. Desde el financiador del sistema, se podría costear en forma diferenciada los diferentes niveles de complejidad de las urgencias atendidas, una vez consolidados los sistemas de codificación y priorización de la atención. Para los gestores y agentes clínicos, el objetivo sigue siendo maximizar la eficiencia de los servicios, conservando los niveles de calidad.

En definitiva, la proliferación de instrumentos de medida de la adecuación, algunos de indudable calidad y utilidad para los gestores (AdeQhos) (3), merece que los resultados obtenidos sean empleados para la mejora de nuestro sistema de salud.

Joan Miquel Carbonell Riera
Hospital Universitari Sant Joan. Reus

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

(2) Gertman PM, Restuccia JD. Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981; 19:855-71.

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

El coste efectividad del cribado con endoscopia del esófago de Barrett

Inadomi JM, Sampliner R, Lagergren J, Lieberman D, Fendrick M, Vakil N.

Screening and Surveillance for Barrett Esophagus in High-Risk Groups: A Cost-Utility Analysis. *Annals of Internal Medicine* 2003; 138:176-86.

Objetivo

Determinar la eficiencia del screening del esófago de Barrett en población de alto riesgo, y proponer una estrategia de seguimiento para los pacientes con Barrett.

Tipo de estudio y contexto

Modelo analítico de decisión. El esófago de Barrett se caracteriza por la transformación del epitelio escamoso esofágico normal en epitelio columnar intestinal especializado. Actualmente se recomienda el screening endoscópico para el diagnóstico de esófago de Barrett en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, y posterior vigilancia endoscópica del cáncer esofágico en pacientes con Barrett. La hipotética cohorte incluye la población considerada de alto riesgo para desarrollar Barrett, esto es, varones de raza blanca de 50 años de edad con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (pirosis o regurgitaciones ácidas). El seguimiento se realiza hasta los 80 años de edad o el fallecimiento. Se excluyen pacientes sometidos con anterioridad a endoscopia de screening de esófago de Barrett y si presentan signos o síntomas de alarma que requieren estudio endoscópico por la sospecha de cáncer de esófago (disfagia, pérdida de peso, hemorragia o anemia).

Diseño

Se desarrolla un modelo analítico computerizado para comparar la diferencia entre la opción de no realizar screening ni seguimiento, con dos estrategias alternativas: (1) screening del esófago de Barrett seguido de vigilancia de los pacientes con displasia, y (2) el screening y vigilancia de todos los pacientes Barrett (con y sin displasia).

Medida de resultados

Incremento de la tasa de coste-efectividad (relación entre los recursos consumidos en dólares y los resultados producidos en términos de efectividad), utilidad (calidad de vida que gana el paciente) y Qaly (quality-adjusted life-year; años de vida ajustados por calidad). El estudio incluye análisis del umbral de sensibilidad. Las fuentes de datos para estimación de costes fueron varios trabajos científicos publicados y la Health Care Financing Administration.

Resultados

La endoscopia de screening con posterior vigilancia limitada a esófago de Barrett con displasia, supone 10.440 dólares por año de vida ajustado por calidad (Qaly) ganado, comparado con la ausencia de screening y vigilancia. El incremento de la tasa de coste-efectividad de la endoscopia cada 5 años en pacientes con Barrett sin displasia es de 596.000 dólares por Qaly ganado, comparado con la vigilancia en pacientes Barrett con displasia.

Conclusión

El screening en varones de raza blanca, de edad mayor de 50 años y con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico, para detectar adenocarcinoma asociado a esófago de Barrett es probablemente coste-efectivo. Sin embargo, la vigilancia posterior de pacientes con Barrett sin displasia, mediante endoscopia cada 5 años, es una práctica costosa en términos económicos.

Financiación: Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Health Services Research and Development Service grant IIR 99-238-2 y un American College of Gastroenterology Faculty Development Award.

Correspondencia: Dr. John M. Inadomi. Veterans Affairs Ann Arbor Health Systems (111-D), 2215 Fuller Road, Ann Arbor, MI 48105. USA.

COMENTARIO

El riesgo de desarrollar adenocarcinoma de esófago en pacientes con esófago de Barrett está incrementado en 30 veces sobre la población general (1). La vigilancia del esófago de Barrett se basa en la asunción que la detección de adenocarcinoma esofágico en estadios más precoces podría reducir la mortalidad, hallazgo sugerido en estudios observacionales (2, 3). Sin embargo, el beneficio en pacientes sometidos a vigilancia no ha sido demostrado en ensayos clínicos controlados.

La recomendación del estudio de Inadomi et al. es realizar el screening en pacientes de alto riesgo para esófago de Barrett; seguido de vigilancia endoscópica solamente de los pacientes Barrett con displasia. El límite establecido de forma convencional para considerar una estrategia coste-efectiva está situado en un incremento de la tasa de coste-efectividad de 50.000 dólares por año de vida ajustado por calidad (Qaly) ganado. Los datos del trabajo de Inadomi et al. confirman la necesidad y la eficiencia (10.440 dólares por Qaly ganado) del screening en pacientes de alto riesgo para detectar Barrett, displasia y adenocarcinoma de esófago asociado. Las endoscopias de vigilancia en pacientes Barrett con displasia son también coste-efectivas.

En cuanto a los pacientes con Barrett sin displasia, el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) recomienda endoscopia de vigilancia cada tres años, mientras que la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) recomienda endoscopia de vigilancia cada uno a tres años. En el estudio de Inadomi et al. la vigilancia cada 2, 3, 4 ó 5 años es mucho menos eficiente en términos de coste-utilidad en pacientes Barrett sin displasia, que con displasia.

¿Realizar un seguimiento endoscópico innecesario para algunos pacientes o no diagnosticar tumores esofágicos potencialmente curables? En ausencia de ensayos clínicos aleatorizados, el análisis de decisión como el realizado por Inadomi et al. es la mejor evidencia científica disponible. Es un análisis coste-utilidad, basado en un modelo analítico computerizado que tiene como inconvenientes que incorpora múltiples incertidumbres, las fuentes de datos añaden sesgos y parte de las asunciones son cuestionables.

Cecilio Santander Vaquero

Unidad de Aparato Digestivo. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

(1) Van der Veen AH, Dees J, Blankensteijn JD y Van Blankenstein M. Adenocarcinoma in Barrett's oesophagus: an overrated risk. *Gut* 1989; 30(1): 14-18.

(2) Corley DA, Levin TR, Habel LA, Weiss NS y Buffer PA. Surveillance and survival in Barrett's adenocarcinomas: a population-based study. *Gastroenterology* 2002; 122: 633-640.

(3) Van Sandick JW, van Lanschot JJB, Kuiken BW, Tytgat GNJ, Overhaus GJA y Obertop H. Impact of endoscopic biopsy surveillance of Barrett's oesophagus on pathological stage and clinical outcome of Barrett's carcinoma. *Gut* 1998; 43: 216-222.

Las unidades de ictus mejoran los resultados del tratamiento incrementando los costes sanitarios y sociales

Patel A, Knapp M, Peres I, Evans A, Kalra L.

Alternative strategies for stroke care. Cost-effectiveness and cost-utility analyses from a prospective randomized controlled trial. Stroke 2004; 35:196-204.

Objetivo

Comparar en términos económicos tres estrategias diferentes de tratamiento del paciente con ictus (enfermedad cerebrovascular: infartos y hemorragias cerebrales).

Método

Ámbito: King's College Hospital, London. Estudio coste-efectividad y coste-utilidad desde una perspectiva social durante un año de seguimiento sobre una muestra aleatoria de 457 pacientes con ictus tratados de tres formas diferentes: unidad de ictus (tratamiento hospitalario por un equipo multidisciplinario especializado), equipos de ictus (tratamiento hospitalario por personal no especializado, en ictus) y cuidados domiciliarios (atención en el propio domicilio bajo la supervisión del médico de familia). Los costes incluidos fueron: costes inmediatos tras la instauración del ictus, costes sanitarios y sociales y costes informales en el año de seguimiento (derivados de ayuda para la realización de actividades cotidianas en los pacientes supervivientes: transporte, compras, etc.). En el análisis coste-efectividad se calculó el incremento de costes para conseguir un punto más de muerte o institucionalización evitado y en el análisis coste-utilidad el incremento de costes por cada año de vida ajustado por discapacidad (AVAD) ganado.

Resultados

El coste inmediato supuso más del 50% del coste total en los tres grupos. Una tercera parte del coste total era ocasionada por costes infor-

males. Ambos fueron superiores en el grupo de la unidad de ictus. En el análisis de sensibilidad, la inclusión de los costes informales en su rango superior incrementaba la diferencia entre la unidad y el equipo de ictus, y en su rango inferior reducía la diferencia entre el equipo de ictus y los cuidados domiciliarios. El tiempo medio dedicado por los cuidadores informales por paciente fue: 3,98 horas en pacientes de la unidad de ictus, 2,44 en el grupo del equipo de ictus y 2,70 en el grupo de cuidados domiciliarios (diferencia entre grupos significativa). En el análisis coste-efectividad el equipo de ictus fue dominado por el tratamiento domiciliario (en coste y en efectividad), por lo que se comparó la unidad de ictus frente a los cuidados domiciliarios: el coste adicional por evitar una muerte o institucionalizado en la unidad de ictus osciló entre 534£ y 1.033£, según se incluyan o no los costes informales. En el análisis coste-utilidad el coste adicional por cada AVAD osciló entre 64.097£ y 136.609£, según se incluyeran o no los costes informales.

Conclusión

La unidad de ictus fue la estrategia de tratamiento más cara y la que obtenía mejor efectividad y utilidad. Los costes informales constituyen una parte muy importante del coste total que generan el ictus y sus secuelas durante el primer año.

Financiación. Executive's Health Technology Assessment Programme y Stroke Association. Correspondencia: a.patel@iop.kcl.ac.uk

COMENTARIO

El ictus constituye un problema sanitario importante al tratarse de una enfermedad muy frecuente. En España es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en adultos. La puesta en marcha de tratamientos con efectividad demostrada en estos últimos años (unidades de ictus y tratamiento trombolítico fundamentalmente) requieren un incremento de recursos destinados a estos pacientes para reducir tanto la mortalidad como las secuelas funcionales de los pacientes. Este artículo propone la ampliación de los costes incluidos en el tratamiento de la enfermedad, hasta sus aspectos sociales o informales; recomendados en los estudios económicos para que sean completos, muy especialmente en patologías con secuelas que van a requerir cuidados frecuentes y prolongados como es el ictus. Su inclusión hace variar los costes totales y puede modificar la evaluación de opciones de tratamiento derivadas de considerar exclusivamente los costes sanitarios. El trabajo está realizado sobre datos reales obtenidos de un estudio randomizado, una aportación interesante si tenemos en cuenta que muchos de los estudios de costes se realizan sobre modelos teóricos. Su intento de cuantificar el coste de los cuidadores "informales" en el proceso crónico de los pacientes con ictus es una de las mejores aportaciones del trabajo. Confirma una vez más que las Unidades de ictus presentan una relación de costes más eficiente que otras opciones de tratamiento hospitalario del ictus, habitualmente más extendidas en la práctica clínica (1).

Entre las limitaciones del trabajo conviene destacar que sus resultados no son extrapolables cuantitativamente a otros entornos geográficos con diferente organización sanitaria de manera que en otros ámbitos los resultados podrían ser diferentes. Así mismo, la recogida de los

datos de costes informales es mejorable y como los pacientes de la unidad de ictus requieren más tiempo de atención de cuidados informales durante el año de seguimiento, a pesar de presentar mejor situación funcional. Podría ser reflejo de un acceso más fácil a este tipo de recursos o bien la respuesta a una percepción diferente de "enfermedad": los pacientes atendidos en la unidad hospitalaria se entienden y manejan como enfermos agudos con posibilidades terapéuticas y de recuperación. Por el contrario, en los pacientes atendidos en el domicilio, el ictus se percibe como una enfermedad fatal, con pocas posibilidades de recuperación, destinándose posteriormente menos recursos al cuidado y la rehabilitación de estos pacientes, incluso por la misma familia. En nuestro medio existen trabajos que demuestran en pacientes con ictus potencialmente tratables con trombolisis, como la reducción de la discapacidad sería teóricamente coste-efectiva desde una perspectiva social (2). Con todo ello, aflora también la reflexión ética de la elección de una alternativa de tratamiento menos efectiva para el paciente y su entorno, pero de menor coste para el sistema sanitario.

Carmen Sánchez-Sánchez
Unidad de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón

(1) Claesson L, Gosman-Hedstrom G, Johannesson M, Fageberg B, Blomstrand C. Resource utilization and costs of stroke unit care integrated in a care continuum: a 1-year controlled, prospective, randomized study in elderly patients: the Goteborg Stroke Study. Stroke 2000; 31:2569-77.

(2) Mar J, Begiristain JM, Arrazola A. Análisis coste-efectividad de tipo probabilístico del tratamiento trombolítico en el ictus. Disponible en: <http://www.fgcasal.org/aes/docs/Javier%20Mar%20TrombolisisCE2AES042.pdf>

La regularización legal de las “voluntades anticipadas” en EE.UU. no produjo disminución del gasto sanitario en el último mes de vida del paciente

Kessler DP, McClellan MB.

Advance directives and medical treatment at the end of life. *Journal of Health Economics* 2004; 23:111-27.

Objetivo

Estudiar el efecto de las reformas legales producidas entre 1986 y 1995 para regular las instrucciones previas o la elección de representantes por los pacientes, sobre: 1) el lugar de la muerte (hospital/domicilio); 2) la existencia o no de ingreso hospitalario en el último mes de vida; 3) la existencia o no de ingreso en una residencia de cuidados mínimos en el último mes; 4) la variación de gasto producida en el último mes de vida en el caso de ingreso hospitalario; 5) igualmente la variación de gasto producida en el caso de ingreso en residencia asistida.

Método

Estudio de 3 muestras representativas de los ancianos adscritos a Medicare fallecidos respectivamente en los años 1985, 1990 y 1995 (242.551, 253.848, y 271.683 ancianos). Se cruzaron 3 grandes bases de datos: de la *Health Care Financing Administration* (HCFA); del *National Center for Health Statistics Public Use Multiple Cause of Death* (NCHS), y de *InterStudy Publications – Decision Resources Inc.* Los datos obtenidos se analizaron mediante *doble diferencia*. En el momento de la muerte de cada paciente se clasificaba su situación legal con cuatro variables. Primero si le afectaban las leyes de instrucciones previas, o las leyes de representación. Luego se etiquetaban las reformas legales como cercanas a la muerte del paciente cuando se producían en los 2 años anteriores, o como de larga duración si eran instauradas 3 o más años antes de la muerte. Todo ello se integraba en un modelo dinámico lineal que permitía determinar los efectos de las reformas en las 5 variables de estudio. Se realizó además un análisis separado de los pacientes fallecidos de cáncer, y otro del efecto del nivel educativo.

Resultados

Existe una disminución significativa global en las muertes hospitalarias (-11%), que se debe casi exclusivamente al efecto a largo plazo de las leyes de instrucciones previas. De hecho, las leyes de representación aumentan la probabilidad de un ingreso hospitalario, y disminuyen la de recibir cuidados. Ambos tipos de leyes aumentan el gasto sanitario del último mes de vida. Las de instrucciones previas incrementan +345\$ por anciano en atención aguda, y disminuyen -10\$ en atención no aguda, con un saldo neto de +335\$. Las de representación incrementaron el gasto en agudos en +494\$, y lo disminuyeron en no agudos en -115\$. El saldo neto es de +379\$ por anciano fallecido. Los pacientes con cáncer muestran tendencias similares, aunque con un menor incremento global de gasto, y mayor en el caso de las leyes de instrucciones previas (neto de +191\$) que en el de las de representación (neto +142\$). Por último, se muestra una clara influencia del nivel educativo. Las reformas sobre instrucciones previas afectan más a los pacientes con menor nivel educativo, que tienen menos probabilidad de ingreso hospitalario, y más de recibir cuidados asistidos. En cambio, las reformas sobre representación afectan más los pacientes con mayores niveles educativos, que ingresarán más en el hospital.

Conclusiones

Estas reformas legales: a) disminuyen globalmente la probabilidad de morir en un hospital; b) no disminuyen el gasto sanitario en el último mes de vida, lo aumentan; c) en los pacientes con cáncer, disminuyen

más la probabilidad de morir en el hospital e incrementan menos el gasto; d) tienen un efecto influido por el nivel educativo.

Fuente de financiación: American Cancer Society y National Institutes on Aging, a través del NBER (www.nber.org)

Correspondencia: Daniel P. Kessler. Graduate School of Business. Stanford University. Stanford, CA 94395, USA. E-mail: fkessler@stanford.edu

COMENTARIO

La evaluación económica de políticas y reformas sociales en el ámbito de la salud es algo todavía poco extendido, aunque seguramente aumentará en el futuro (1). Estos autores ya tienen experiencia previa en la medición del impacto económico de las reformas legales en sanidad (2). Aquí evalúan las reformas legislativas estadounidenses de 1986 a 1995 sobre instrucciones previas y representación del paciente incapaz. Las reformas habían comenzado ya en los años 70, pero el período analizado es el más intenso, con su acmé en 1991, al entrar en vigor la ley federal *Patient Self-Determination Act* (3). En este artículo es relevante el volumen de pacientes estudiado –fruto del acceso creciente a enormes bases de datos–, y el uso de la metodología de la doble diferencia. Menos llamativos son los resultados en sí mismos, puesto que la hipótesis de que las instrucciones previas podían inducir una disminución del gasto al final de la vida ya había sido señalada, por otros autores, como un espejismo de gestores y clínicos (4). Con todo, la pregunta es si ello se debe a la ineffectividad de las reformas, o más bien a su no aplicación real por los clínicos. El estudio SUPPORT, realizado casi en el mismo período (1989-1994), se encargó ya de poner esto último en evidencia (5). Nuestro país está actualmente en pleno desarrollo legislativo sobre las instrucciones previas. A la luz de este trabajo, por ahora, parece prudente desechar la idea de que aligerarán nuestro gasto sanitario. Mejor pensar que su valor fundamental no es el económico, sino otros valores igual de relevantes, como por ejemplo la mejora de la calidad ética del morir.

Pablo Simón Lorda
Escuela Andaluza de Salud Pública

(1) Vera-Hernández M. Evaluar intervenciones sanitarias sin experimentos. *Gac Sanit.* 2003; 17(3):238-48.

(2) Kessler DP, McClellan MB. Malpractice law and health care reform: optimal liability policy in an era of managed care. *Journal of Public Economics.* 2002; 84:175-97.

(3) Simon P, Barrio IM. ¿Quién decidirá por mí? Madrid: Triacastela, 2004, p. 69-87.

(4) Schneiderman LJ, Kronick R, Kaplan RM, Anderson JP, Langer RD. Effects of Offering Advance Directives on Medical Treatments and Costs. *Ann Intern Med* 1992; 117:599-606.

(5) Teno JM, Lynn J, Wenger N, Phillips RS, Murphy DP, Connors AF Jr, for the Support Investigators. Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention. *JAGS.* 1997; 45:500-7.

Cuidados en los últimos meses de vida: las variaciones son impactantes

Wennberg JE, Fisher ES, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, Bronner KK

Use of hospitals, physician visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States. BMJ 2004; 328:607-9.

Objetivo

Evaluar el uso de los recursos hospitalarios durante los seis últimos meses de vida en hospitales considerados de excelente calidad.

Material y método

Diseño: Estudio de cohortes retrospectivo, utilizando datos administrativos del programa Medicare. **Población:** pacientes que en sus seis últimos meses de vida fueron atendidos en algunos de los 77 hospitales que aparecieron en 2001 en el "US News and Works Report best hospitals list". **Principales resultados medidos:** Dos indicadores: 1) Uso de recursos en los seis últimos meses de vida entendido como número de días en el hospital, número de días en unidades de cuidados intensivos, número de visitas al médico, porcentaje de pacientes que ven 10 o más médicos y porcentaje de pacientes en cuidados de larga estancia. Y, 2) Cuidados terminales entendido como muertes que ocurren en el hospital y muertes que suceden en la UCI.

Resultados

Se observaron grandes variaciones entre los 77 hospitales. Los días de estancia en el hospital oscilaron entre 9,4 días el que menos y 27,1 días, el que más (intervalo intercuartílico (IQ) entre 11,6 y 16,1). Los días de estancia en la UCI oscilaron entre 1,6 y 9,5 días (IQ entre 2,6 y 4,5). El número de visitas médicas osciló entre 17,6 y 76,2 (IQ entre 25,5 y 39,5 días). El porcentaje de pacientes en larga estancia osciló entre 10,8% y 43,8% (IQ entre 22% y 33%). Por último, el porcentaje de muertes en el hospital osciló entre 15,9% y 55,6% (con un IQ entre 35,4% y 43,1%).

Financiación: Robert Wood Johnson Foundation and the National Institute of Aging. Correspondencia: John E Wennberg. John.wennberg@dartmouth.edu

COMENTARIO

La aproximación más moderna al estudio de las variaciones de la práctica médica considera tres tipos de fuentes de variación injustificada. Las variaciones asociadas a la infrautilización de procedimientos efectivos y seguros (infrautilización de reperfusión coronaria tras infarto, por ejemplo), las variaciones sensibles a las preferencias de los pacientes –variaciones en la utilización de prostatectomía radical– y las variaciones sensibles a la oferta, clásicamente, ingreso por diabetes o por EPOC (1).

Este artículo aborda la variabilidad del uso de recursos sanitarios en 77 hospitales "excelentes" en los seis meses últimos de la vida (sutil modo de evaluar la hipótesis sobre la oferta). Entre los datos que, en este estudio, ponen en evidencia cuán dependientes de la oferta de recursos son estos cuidados cabría destacar los siguientes: la variabilidad en el uso de camas de UCI fue de casi 6 veces entre el menor y el mayor (con un coeficiente de variación [CV] del 42%); la variación en el número de visitas médicas por paciente fue más de 4 veces (CV del 34%); y la variación en el uso de cuidados de larga estancia fue 4 veces (CV del 28%). Más aún, la probabilidad de morir en el hospital se explicó en un 36% por el número de camas.

Especial interés tiene el análisis realizado sobre el efecto sustitutivo de los centros de larga estancia con respecto a los hospitales de agudos en el cuidado de estos pacientes. Los autores no encuentran una correlación significativa entre la tasa de utilización de los centros de larga estancia y una menor utilización de las visitas médicas o de los días de estancia en UCI. Sin embargo, la utilización de estos centros se asoció con un menor número de muertes en el hospital.

Dos ausencias a destacar en este artículo: 1) El artículo no abor-

da la capacidad sustitutiva de los cuidados comunitarios. Para este caso sabemos, sin embargo, que las condiciones crónicas son oferta-dependientes en Medicare –el número de camas explicaría el 55% de la variabilidad en las altas producidas por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios (2)–, por lo que no es esperable un efecto sustitutivo relevante. La pregunta queda abierta para el caso español. Y 2) Pese a estos impactantes hallazgos, el artículo no analiza si más uso del hospital (o de las UCIs o más visitas médicas en los seis últimos meses de vida) se convierten en mejores resultados de salud. Lo que sabemos, no obstante, es que mayor intensidad de recursos no se traduce en mayor calidad o mayor satisfacción en individuos con enfermedad crónica (3-4).

Para terminar querría señalar una diferencia entre este artículo y los que le preceden en la saga de variaciones Dartmouth... éste ha sido publicado en BMJ.

Enrique Bernal Delgado
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

(1) Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the Debate over Medicare Reform. Health Affairs 2002; W96-W114.

(2) Wennberg JE, Cooper MM, eds The quality of the medical care in the Nited Status: a report on the Medicare Program. The Dartmouth Atlas of Health Care 1999. Chicago, IL: American Hospital Association Press, 1999.

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

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

El conocimiento de los factores que incrementan la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas contribuye a mejorar el uso de los recursos

DiMatteo RM.

Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. A Quantitative Review of 50 Years of Research. Med Care 2004; 42:200-9.

Objetivos

Identificar los factores que influyen en las variaciones de la adherencia de los pacientes a las recomendaciones médicas. Los objetivos son recuperar, compilar y promediar las tasas de adherencia en todos los estudios empíricos publicados desde 1948 hasta 1998; valoración de la variación según las características de la muestra, período de publicación, método de medición, enfermedad y tipo de recomendación así como examinar el papel de las características demográficas de los pacientes (edad, género y nivel de ingresos) sobre la adherencia.

Métodos

Realización de un metaanálisis a partir de la búsqueda de artículos publicados desde 1948 hasta 1998. Se identificaron 9051 artículos de los cuales 1176 (13%) fueron identificados como artículos empíricos en revistas publicadas en inglés. Se excluyeron los artículos de pacientes institucionalizados o relacionados con abuso de drogas así como los estudios de programas comunitarios. La investigación se centra en recomendaciones hechas en el contexto de la relación médico-paciente. Fueron incluidos los estudios que definían y medían la adherencia al tratamiento o medidas preventivas prescritas. De cada artículo se recogía: enfermedad, método para valorar la adherencia: autoinforme del paciente, informe colateral por miembro de la familia, médico o enfermera, recuento de pastillas, test físico o registro médico o farmacéutico. Tipo de recomendación: medicación, dieta, conducta saludable, ejercicio o seguimiento de citas. Tamaño de la muestra. Grupo de edad (adulto y pediátrico).

Resultados

La media de adherencia a las recomendaciones fue del 75,2% con un rango entre 4,6% y 100%. Los estudios publicados antes de 1980 presentan una tasa (62,6%) inferior a los publicados con posterioridad (76,3%). Los estudios de muestras grandes informan tasas más bajas de adherencia que los de muestras más pequeñas.

Los métodos más usados son el registro médico, autoinformes y recuento de pastillas. El nivel más alto de adherencia corresponde al recuento de pastillas y el más bajo a los informes colaterales y el autoinforme. El bajo nivel de autoinforme ocurre solo para la medicación.

Entre los 6 tipos de tratamiento estudiados la medicación ofrece mayores tasas de adherencia (79,4%) mientras que las conductas saludables y la dieta ofrecen tasas más bajas.

El estudio por enfermedades (17) muestra un rango de adherencia más alto entre los pacientes de VIH (88,3%), cáncer (79,1%) artritis (81,2%) y trastornos gastrointestinales (80,4%) en comparación con enfermedades pulmonares (68,8%), diabetes (67,5%) y trastornos del sueño (65,5%).

La relación entre edad y adherencia es más fuerte entre pacientes pediátricos que entre pacientes adultos. No hay diferencias por género entre los pacientes adultos aunque entre los pacientes pediátricos la adhesión es mayor entre las mujeres. La relación entre nivel de educación y adherencia es más fuerte entre los pacientes de enfermedades crónicas que entre las enfermedades agudas. La relación entre nivel de ingresos/status socioeconómico y adherencia es positiva sobre todo en pacientes adultos.

Discusión

Los datos muestran mayores niveles de adherencia para medidas más específicas (medicación vs conductas), y en situaciones en que los pacientes tienen niveles altos de educación y de ingresos. No es

una función de la enfermedad o de características demográficas como edad y género.

Estos hallazgos subrayan la idea de que la adherencia puede que no sea un constructo unificado y aunque la noción general de adherencia sea útil, su estudio está afectado por decisiones de diseño de la investigación.

El conocimiento acerca de los factores sobre los que se puede actuar para mejorar la adherencia a las medidas recomendadas debe ayudar a los profesionales de la salud a ser conscientes del potencial de no adherencia y ayudar a los pacientes a lograr sus objetivos en salud. No hay ninguna medida de la adherencia contra la cual calibrar las otras haciendo imposible la validación concurrente. La validación del constructo es esencial y ha comenzado a recibir atención explícita en la literatura sobre la conducta.

Las decisiones clínicas dependen en última instancia de la validez y la fiabilidad de las medidas de la adherencia.

Financiación: Comité on Research and the Center for Ideas and Society at the University of California, Riverside, and by Eli Lilly and Company.

Correspondencia: Robin DiMatteo, PhD, Department of Psychology, University of California, Riverside, CA 92521. E-mail: robin@ucr.edu

COMENTARIO

La adherencia del paciente es el nivel de cumplimiento del régimen terapéutico prescrito. La investigación sobre la adherencia del paciente ha crecido conforme aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas y el tratamiento es más dependiente de las decisiones del paciente (1).

Los modelos teóricos sobre la adherencia tienen componentes comunes que implican, entre otros, la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud. Los estudios varían ampliamente en metodologías, y las definiciones operativas de adherencia son tan variadas como las enfermedades, recomendaciones y pacientes estudiados (2). Después de miles de artículos sobre la adherencia del paciente la pregunta de cuál es la mejor forma de medirla permanece abierta.

Ahora bien, el grado de cumplimiento de las recomendaciones es un componente esencial para lograr la mayor efectividad de las actuaciones sanitarias y conseguir mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Por tanto, queda pendiente incorporar sistemáticamente acciones para incrementar la adherencia en el diseño de las actuaciones (programas de salud, guías de práctica clínica...) teniendo en cuenta las expectativas de los pacientes y su monitorización, de forma que nos permita la mejora continua del nivel de adherencia.

Pedro Parra Hidalgo
Subdirección General de Calidad Asistencial
Consejería de Sanidad. Murcia

(1) Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Burke LE, Ockene IS, eds. Compliance in Healthcare and Research. Armonk, NY: Futura; 2001: 3-21.

(2) DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. Med Care 2002; 40:794-811.

Se pueden conocer las complicaciones de la atención hospitalaria a partir de la información recogida de manera rutinaria por el centro

Romano PS, Geppert JJ, Davies S, Miller MR, Elixhauser A, McDonald KM.

A national profile of patient safety in U.S. hospitals. Health Affairs 2003; 22:154-166.

Objetivo

Obtener indicadores para conocer la incidencia de las complicaciones hospitalarias a partir de la información recogida en las bases de datos clínico-administrativas tipo CMBD (Conjunto mínimo básico de datos).

Método

Partiendo de la definición de seguridad del paciente del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (U.S.), se llevó a cabo una selección de 20 indicadores que permitiesen monitorizar este aspecto en los hospitales, y en el caso de 6 ellos también a nivel comunitario, a partir del CMBD. Para llegar a este listado final se partió de la batería inicial de indicadores sobre seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y posteriormente se siguió un proceso que incluyó varias etapas: (a) búsqueda bibliográfica sobre el tema, (b) validación del listado provisional de indicadores obtenido, a través de la búsqueda de consenso, por medio de la utilización de una adaptación del método de adecuación de la RAND/UCLA.

Una vez hecha la selección de indicadores, se procedió a la estimación de la incidencia de estas complicaciones en la base de datos nacional de pacientes hospitalizados de EEUU de los años 1995-2000, para el total y desagregado por edad, sexo, raza y tipo de hospital. Se realizó un ajuste de las tasas en relación con la edad, sexo, interacción sexo-edad, comorbilidad y agrupaciones de GRD's.

Resultados

Con respecto al total de complicaciones, el mayor porcentaje se produjo en hospitalizaciones de tipo médico (35%), ocupando el segundo y tercer lugar las hospitalizaciones de tipo quirúrgico (34%) y las obstétricas (31%). En cerca del 24% de los casos detectados se produjo la muerte del paciente.

Por tipo de complicación la tasa más elevada correspondía al trauma obstétrico en parto vaginal con instrumentación, seguido por el fallo al rescatar, y el trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado. Tan sólo las complicaciones médicas postoperatorias, aquellas relacionadas con las actuaciones del personal de enfermería y la punción y laceración accidental experimentaron un incremento entre los años 1995 y 2000.

La incidencia de la mayor parte de los indicadores no obstétricos se incrementaba con la edad. La tasa ajustada de la mayor parte de los indicadores fue mayor en los hospitales docentes urbanos.

Discusión

Existen varias alternativas para el estudio de los aspectos relativos a la seguridad del paciente en los hospitales. Las 2 más importantes consisten en la revisión de las historias clínicas o la utilización de bases de datos clínico-administrativas tipo CMBD. Estas últimas presentan como ventaja su bajo coste y su universalidad, de modo que las baterías de indicadores obtenibles a partir de las mismas, como los AHRQ arriba comentados, se convierten en una herramienta de cribaje eficiente que permite detectar aquellos casos con una mayor probabilidad de presentar un problema de calidad subyacente, de modo que podamos proceder a un estudio en profundidad de los mismos.

Entre las principales limitaciones de este sistema están los problemas de calidad de la información a partir de la cual son obtenidos los

datos y el que sólo permiten estudiar complicaciones para las cuales existe un código en la CIE-9-MC (clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, modificación clínica).

Un aspecto a destacar con respecto a estos indicadores es que nunca deben ser utilizados para realizar una evaluación formal de los proveedores que conlleve la toma de acciones disciplinarias.

Financiación: AHRQ.

Correspondencia: psromano@ucdavis.edu

COMENTARIO

Hasta finales de los años 80, los esfuerzos para medir la calidad hospitalaria se habían centrado sobre todo en datos de estructura y proceso. A partir de ese momento se multiplican los trabajos cuyo objetivo es la medición de los resultados, haciendo hincapié en un primer momento en los datos de mortalidad y más tarde en los sucesos no fatales (complicaciones, reingresos, etc.). En cuanto a la medición de los resultados (mortalidad y complicaciones) a partir de bases de datos clínico-administrativas tipo CMBD, deben ser destacados los trabajos de Hannan (1) y el Complications Screening Program de Lisa Iezzoni (2), precursores de la batería de indicadores sobre seguridad del paciente de la AHRQ.

Es importante señalar además, que los 20 indicadores aquí analizados forman parte de un sistema más amplio de 65 indicadores (3), obtenibles a partir del CMBD y clasificables en 3 grupos, el ya comentado sobre seguridad del paciente, el de hospitalización evitable y el de calidad de la atención prestada durante el proceso de hospitalización. Este sistema está siendo ampliamente utilizado en los hospitales de EEUU y sometido a continua actualización.

Los controles sistemáticos de la calidad de la información del CMBD, las actualizaciones periódicas de la CIE, así como la futura obtención del registro longitudinal del paciente a partir de los CMBD's de especializada, primaria y sociosanitaria, permitirán ampliar la ventana temporal de seguimiento de estos sucesos, lo que abre un futuro esperanzador en este campo.

José E. Calle Urra
Subdirección General de Calidad Asistencial
Consejería de Sanidad de Murcia

(1) Hannan EL, Bernard HR, O'Donnell JF, Kilburn H. A Methodology for targeting hospital cases for quality of care record reviews. *AJPH* 1989; 79:430-435.

(2) Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, et al. Identifying complications of care using administrative data. *Medical Care* 1994; 32:700-715.

(3) AHRQ quality indicators. Disponible en: www.qualityindicators.ahrq.gov

Aumentar la adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, un reto para clínicos y gestores

Apter AJ, Boston RC, George M, Norfleet AL, Tenhaye T y cols.

Modifiable barriers to adherence to inhaled steroids among adults with asthma: It's not just black and white. J Allergy Clin Immunol 2003; 111:1219-26.

Objetivo

Identificar aquellas barreras (sociales y de comportamiento) potencialmente modificables por los proveedores de cuidados de salud que dificultan la adherencia al tratamiento crónico del asma (esteroides inhalados) en un grupo de pacientes afro-americanos y no afro-americanos.

Tipo de estudio y contexto

Observacional y de seguimiento de cohortes. Estudio realizado en la Universidad de Pensilvania, por un grupo multidisciplinar compuesto por especialistas en asma, epidemiólogos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y médicos de familia. El estudio se llevó a cabo entre 85 adultos afro-americanos y no afro-americanos, con asma moderado y grave.

VARIABLES ESTUDIADAS

Los principales predictores sociales y de comportamiento modificables estudiados fueron: apercibimiento del paciente de la adecuación de la comunicación entre el paciente y el proveedor de salud, apoyo social, actitud hacia la medicación (percepción de los riesgos/beneficios de los esteroides inhalados y por tanto dependiente de la información recibida por el paciente), depresión y auto-eficacia (creencia personal del paciente que puede superar las barreras para tomar los esteroides inhalados. La variable de desenlace fue la adherencia al

tratamiento medida por un dispositivo electrónico adjunto al inhalador que registra el momento de cada inhalación realizada por el paciente. Las variables confusoras fueron aquellas que no son modificables (adherencia pasada, severidad de los síntomas y socio-demográficas –edad, género, nivel educacional y raza–).

Resultados

La adherencia fue del 60%. En el análisis multi-variante realizado y controlado por variables no modificables, solo la actitud hacia la medicación (percepción de los riesgos/beneficios de los esteroides inhalados) fue un buen predictor de la adherencia al tratamiento con esteroides inhalados. Esta asociación apareció tanto en afro-americanos, como en no afro-americanos.

Conclusiones

Una actitud favorable hacia la toma de los esteroides inhalados se asocia a una mayor adherencia al tratamiento antiastmático con esteroides inhalados, independientemente del grupo étnico estudiado.

Fuente de financiación: Becas del National Heart Lung & Blood Institute, University of Pennsylvania Research Trust, American Academy of Allergy Asthma & Immunology, General Clinical Research Center of the University of Pennsylvania y The Public Health Services Research Grant from the National Institutes of Health.

Correspondencia: Andrea J. Apter, MD, MSc, 829 Gates Building, Hospital of the University of Pennsylvania, 3600 Spruce Street, Philadelphia, PA 19104. USA.

COMENTARIO

La mala adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, y entre ellas el asma, es una de las causas de mala evolución de la enfermedad (1) y de cuantiosas pérdidas económicas (300 miles de millones de dólares al año, en países como EE.UU.) (2). Recientemente la OMS ha elaborado un documento muy amplio sobre este tema (3), en el que un equipo multidisciplinar discute la adherencia al tratamiento de varias enfermedades crónicas, entre ellas el asma. Se sabe actualmente que no son solo pacientes y médicos los responsables de solucionar este problema, sino que los sistemas de salud y sus gestores y la propia industria farmacéutica deben jugar un papel activo y protagonista.

Una de las estrategias más efectivas para resolver este problema por parte de los médicos, es dar a los pacientes información clara sobre su enfermedad y respuesta a todas las preguntas sobre la misma. El artículo comentado orienta sobre uno de los caminos para concretar dicha estrategia: para los médicos es necesario que se exploren presunciones, creencias y preocupaciones de los pacientes sobre la seguridad y beneficios de los medicamentos que se prescriben para que estos tengan una mejor actitud hacia la medicación prescrita, es decir que valoren positivamente la relación riesgo-beneficio de los medicamentos.

Sin embargo estas medidas condicionarán consultas de mayor duración a las actuales. Es ahí donde los sistemas de salud y sus

gestores comienzan a verse involucrados en la resolución del problema: mientras que actualmente las políticas habituales de los mismos van orientadas hacia el incremento de visitas disponibles y a reducir el tiempo destinado a cada visita, en un intento de ahorrar costes. La cuestión es si no se debería valorar si la estrategia más barata es facilitar a los pacientes y a los médicos el tiempo que necesitan, con el objetivo de disminuir el número de visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios, que en algunos estudios de costes para patologías como el asma ha supuesto la mayor partida de los costes directos de asma (4).

Miguel Ángel Tejedor Alonso

Ana Rosado Ingelmo

Unidad de Alergia, Fundación Hospital Alcorcón

(1) Global Initiatives for Asthma: Global strategy for asthma management and prevention. NHLB/WHO Workshop report 2002. Disponible en <http://www.ginasthma.com> [consultado el 5 de septiembre de 2004].

(2) Bruce G, Bender BG, Rand C. Medication non-adherence and asthma treatment cost. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4:191-195.

(3) Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

(4) Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in the United States. *N Eng J Med* 1992; 362:862-6.

Ayudas para que los pacientes y sus familiares utilicen los resultados de las investigaciones médicas. Algunos ingredientes para mejorar la comunicación

Epstein R, Alper B, Quill T.

Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004; 291:2359-2366.

Contexto

Es más probable que los pacientes informados participen activamente en sus cuidados, tomen sus propias decisiones, se comuniquen mejor con sus médicos y tengan una mayor adherencia al tratamiento. Sin embargo no se dispone de guías de práctica clínica basadas en la evidencia que orienten a los profesionales sobre cómo informar a los pacientes para que tomen las decisiones más adecuadas.

Objetivo

Identificar medios para comunicar la evidencia que mejoren la comprensión de los pacientes, la implicación en las decisiones y los resultados. Proponer pautas de actuación que incorporen estos medios a la práctica clínica.

Método

Se realizó una revisión sistemática de MEDLINE entre 1966 y 2003 de artículos originales, que estudiaran la comunicación entre clínicos y pacientes y que evaluaran métodos para presentar la evidencia clínica a los pacientes.

Resultados

Se revisaron 367 resúmenes, y 51 artículos completos, encontrándose 7 artículos potencialmente relevantes. Un artículo aún no indexado que cumplía criterios fue también incluido. Dos de ellos cumplían completamente los criterios de selección y el resto parcialmente. Tres de los estudios seleccionados corresponden a grupos focales.

Los métodos para comunicar la evidencia clínica a los pacientes incluyen la utilización de términos generales no cuantitativos, la traducción numérica de la evidencia clínica, el uso de representaciones gráficas y los métodos de ayuda en las decisiones. Entre las medidas utilizadas la reducción del riesgo relativo puede ser peor comprendida que el uso de riesgo absoluto. El orden y el ritmo de presentación de la información puede condicionar la comprensión de los pacientes. El uso de gráficos con figuras humanas o caras para probabilidades individuales y gráficos verticales para comparaciones tiene una evidencia limitada. Los pacientes con menor nivel educativo y los de mayor edad prefieren las proporciones a los porcentajes y no interpretan los intervalos de confianza. No se encontraron estudios que evaluaran los resultados clínicos de la discusión de la evidencia científica.

Conclusiones

Existe una evidencia limitada sobre cómo los médicos pueden presentar la evidencia clínica. Basados en estas evidencias los autores proponen métodos para ayudar a los pacientes y sus familiares a hacer uso de los resultados de las investigaciones médicas. Los ingredientes para el uso efectivo de la evidencia incluyen comprensión del tipo de preferencias de los pacientes, flexibilidad para acomodar la información a las necesidades de los pacientes, entrevistas clínicas caracterizadas más por el dialogo activo que por la lectura y apoyo para que el paciente tome un papel más activo en la consulta.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: Ronald M. Epstein (ronald_epstein@urmc.rochester.edu).

COMENTARIO

La participación de los pacientes y sus familiares en las decisiones relacionadas con los cuidados de su enfermedad tiene diferentes motivaciones: en primer lugar, es un derecho de los pacientes, reconocido en nuestro sistema legislativo; también obedece a razones éticas basadas en el principio de autonomía y por último se debe a una búsqueda de las mejores actuaciones clínicas en relación con su enfermedad, ya que la información mejora la participación y la comunicación y permite a los pacientes adoptar las decisiones más adecuadas en cada caso (1).

Dado que las decisiones médicas se desarrollan en un continuo entre certeza clínica e incertidumbre, cobra gran importancia, o debería decirse que se torna imprescindible, la participación de los hombres y las mujeres en situación de pacientes cuando el riesgo condiciona los resultados. En estos casos la decisión compartida favorece una mejor adecuación del tratamiento a las preferencias de las personas afectadas (2). Sin embargo, lograr una comunicación efectiva sigue siendo un reto para los servicios de salud. A los obstáculos culturales y de actitud se añaden importantes lagunas en la investigación sobre cuáles son las herramientas más adecuadas para lograr que la información aportada sea correctamente interpretada por las personas enfermas. En este sentido, el trabajo de Epstein et al recoge información sobre las diferentes herramientas disponibles para facilitar la comprensión de la información y sobre cómo integrar estas herramientas en la práctica clínica.

Creemos que es necesario investigar cuánto contribuye la participación de los pacientes en las decisiones médicas de riesgo a acortar la distancia entre eficacia y efectividad, ya que intervenciones eficaces pueden no ser efectivas si no se adaptan a las preferencias de las personas que las reciben.

Carmen Natal

Elvira Muslera

Unidad de Análisis y Programas. Servicio de Salud del Principado de Asturias

(1) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. Ann Intern Med 2004; 140(1):54-59.

(2) Meneu R. Información para decidir. La perspectiva de los pacientes. En: II Reunión Internacional de Investigación en Resultados en Salud: De las variaciones en la práctica médica a la investigación de resultados y la toma de decisiones compartidas. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, 2002.

Medir la confianza de los pacientes en sus médicos: cuestión de interés

Tom DH, Hall MA, Pawlson LG.

Measuring Patients' Trust in Physicians when Assessing Quality of Care. Health Affairs 2004; 23:124.

Antecedentes

¿Qué entendemos por "confianza del paciente en su médico"?

Es un concepto global o multidimensional, estudiado desde los años 70, en el que se determina que cuando un paciente *confía en su médico* significa que ha realizado una evaluación positiva de:

- sus conocimientos y habilidades para diagnosticarle y tratarle (*competencia técnica*)
- la capacidad del profesional para darle información clara, veraz y útil y en una forma adecuada (*competencia interpersonal*)
- el interés de su médico por él y la seguridad sobre la confidencialidad (*consideración del médico hacia el paciente*).

Objetivo

Analizar los estudios realizados sobre la medición y evaluación de la confianza en la relación médico-paciente.

Métodos

Revisión bibliográfica de estudios sobre la confianza en la relación médico-paciente.

Resultados

Importancia de la confianza en la relación médico-paciente

Los pacientes consideran que la confianza en sus médicos es un "bien colectivo", necesario para la eficacia del sistema sanitario. Según varios estudios, la adherencia al tratamiento es mayor en los pacientes que más confían en sus médicos, los consejos que les dan sobre hábitos saludables son más eficaces y se encuentran resultados claros sobre la relación entre la confianza y la "fidelidad" hacia el profesional y el programa o servicio.

¿Deberíamos medir la confianza del paciente en su médico?

Existe un amplio consenso sobre los efectos positivos de medir la confianza, como un aspecto más de la calidad de los servicios sanitarios, entre los que destaca la contribución a cambiar el comportamiento de los médicos ante sus pacientes.

Existen varias escalas para medir esta dimensión, que los pacientes diferencian con claridad de la satisfacción. La confianza tiene una orientación de futuro y un componente relacional, mientras que la satisfacción es una evaluación sobre el pasado (aunque sea reciente) y evalúa aspectos más técnicos.

¿Es rentable medir la confianza?

Los estudios aseguran que su medición tiene un coste relativamente bajo, especialmente si se inserta en modelos ya existentes de evaluación de la calidad asistencial.

Algunas estrategias para mejorar la confianza de los pacientes en sus médicos

Existen factores organizacionales capaces de influir en la confianza de los pacientes: la posibilidad de elección de médico, la continuidad asistencial, saber que el facultativo tiene el control sobre las decisiones clínicas, que no existan presiones económicas que perjudiquen el interés del paciente y que se facilite la comunicación en la relación asistencial.

Financiación: Robert Wood Johnson Foundation's.
Conflicto de intereses: no consta.

COMENTARIO

La confianza es un aspecto central en la relación entre las personas y más en la que se establece entre un/a médico/a y sus pacientes. Tener confianza en los/as profesionales que les atienden tiene un alto significado para los/as pacientes, es un valor indiscutible e irrenunciable según el artículo, ya que claramente influye en su relación y por tanto afecta a la valoración que realizan sobre la atención recibida y sobre el sistema sanitario en su conjunto.

La confianza de los pacientes en los médicos es un elemento clave que juega a favor de la credibilidad y capacidad de atracción de las instituciones sanitarias. Pero además, según los autores del artículo, un incremento de la confianza puede disminuir los costes y la eficiencia de la atención sanitaria, al influir en la adherencia a los tratamientos, en la eficacia de los programas de prevención y en la fidelización de los pacientes (muy importante en algunas patologías de costoso seguimiento). Por lo tanto, invertir en acciones que incrementen la confianza de los pacientes en sus médicos parece una estrategia de interés para los responsables sanitarios.

¿Pero cómo? Medir la confianza puede tener efectos positivos si se enmarca como un aspecto más de la medición de la calidad, para no incrementar los costes de medir y medir más cosas (aspecto muy habitual en muchos centros sanitarios). Sin embargo medir debería implicar intervenir, cambiar, desarrollar acciones que ayuden a mejorar los servicios sanitarios, la relación entre profesionales y pacientes y con ello conseguir una mayor implicación de unos y otros en la mejora del sistema sanitario.

Si la confianza es, como argumentan los autores de este artículo, una variable con un fuerte componente relacional, en la que las competencias del médico son claves para que el paciente confíe en él, debemos trabajar desde y en el microespacio de la consulta en la que se va a producir la interacción entre ambos actores. En primer lugar, necesitamos una metodología rigurosa que nos permita evaluar esta dimensión desde la perspectiva del paciente. También necesitamos evaluar las competencias del médico para generar una relación de confianza. Y a partir de esta información, elaborar planes de desarrollo individualizados que permitan al profesional mejorar sus conocimientos, sus habilidades y actitudes para conseguir una relación con el paciente de más calidad.

Las competencias de los médicos y sus esfuerzos por mejorarlas deberían ser objeto de evaluaciones periódicas en los centros sanitarios y sus resultados estar ligados a incentivos. Además deberían tenerse en cuenta en los procesos de acreditación y de carrera profesional. En este camino están trabajando algunas sociedades científicas y es ya una realidad en el Servicio Andaluz de Salud.

Joan Carles March Cerdá

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública (www.easp.es)
joancarles.march.easp@juntadeandalucia.es

(1) Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine* 2002; 51:879-888.

(2) Thom DH. Validation of a measure of patients' trust in their physician: the trust in physician scale. *Medical Care* 1999; 137:510-517.

(3) Servicio Andaluz de Salud. Guía para la evaluación del desempeño profesional. Sevilla: SAS. Consejería de Salud, 2004.

Mejorar la información que reciben los pacientes a partir de sus propias propuestas

Moumjid N, Morelle M, Carrere MO, Bachelot T, Mignotte H, Bremond A.

Elaborating patient information with patients themselves: lessons from a cancer treatment focus group. *Health Expect* 2003; 6:128-33.

Objetivo

Valorar la utilidad de las propuestas de los pacientes en la elaboración de folletos de información para los propios pacientes.

Diseño y participantes

Estudio cualitativo basado en grupos de discusión llevado a cabo en el Hospital Léon Bérard, un centro de tratamiento del cáncer en Francia, dirigido a dos tipos de grupos: (a) grupo de trabajo multidisciplinario de oncólogos, economistas de la salud y psicólogos clínicos que diseñó documentos informativos originales acerca de posibles tratamientos del cáncer de mama; (b) grupos focales de pacientes con historia de cáncer de mama y voluntarias sanas que discutieron y modificaron el contenido de dichos documentos.

Variables principales

Análisis de las reacciones de los participantes en los grupos foca-

les que discutieron temas predeterminados por el grupo de trabajo y el contenido de los folletos.

Resultados

El grupo focal propuso numerosas y significativas modificaciones dirigidas a aportar información adicional, aclarar aspectos dudosos de los folletos informativos y mejorar su legibilidad.

Conclusiones

El análisis cualitativo mostró aportaciones significativas de la perspectiva de pacientes en la elaboración de la información. Esto demostró la viabilidad y conveniencia de la técnica de grupo focales para este tipo de estudios. El estudio plantea la necesidad de una fase futura para comprobar si los documentos de información producidos responden a las necesidades de pacientes que actualmente se someten a estos tratamientos.

COMENTARIO

Los autores utilizan metodología cualitativa basada en grupos focales con pacientes y voluntarias sanas para mejorar la calidad de los folletos informativos sobre cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia que se entregan a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. La documentación original fue realizada por un equipo multidisciplinario de oncólogos, economistas de la salud y psicólogos y sometida posteriormente a valoración en tres grupos focales formados por cinco pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el último año y dos voluntarias sanas.

La participación de los pacientes en el proceso asistencial es una demanda creciente de la sociedad (1). En este sentido el trabajo es muy interesante a pesar de las dos importantes limitaciones metodológicas reconocidas por los autores en el texto del artículo. La primera radica en la selección de pacientes ya que sólo las voluntarias fueron escogidas aleatoriamente y que a todas las participantes se les exigió un nivel muy alto de comprensión lectora. Este criterio de inclusión comportó una gran homogeneidad socio-profesional en la muestra (cuatro participantes eran profesoras universitarias o maestras y las tres restantes oficinistas) cuya capacidad probablemente no refleje el nivel medio de comprensión de la población general (2). Una segunda limitación fue debida a que en el diseño inicial del estudio no se incluyó la valoración de la efectividad de la documentación mejorada. El estudio hubiera sido más relevante si se hubiera publicado después de completar la segunda fase de comparación de la valoración de los documentos originales por

una muestra de la población diana con la evaluación de los documentos mejorados por pacientes de un grupo similar (3).

Sin embargo estas limitaciones no restan interés al mensaje del estudio que pone de manifiesto la necesidad de que los pacientes participen no sólo en la toma de decisiones sino también en la elaboración de la información sobre su proceso clínico. Su participación permite detectar la necesidad de aportar información adicional, clarificar aspectos dudosos y mejorar la legibilidad incluso en el caso de información elaborada por los profesionales de forma técnicamente rigurosa pero que en muchas ocasiones no refleja la perspectiva de los pacientes.

No debe olvidarse que para que la información sea adecuadamente procesada por los pacientes (receptores) no es suficiente que sea precisa y rigurosamente elaborada por los clínicos (emisores) sino que además su contenido y la estructura del lenguaje con que se elabore deben responder adecuadamente a las necesidades, expectativas y capacidades de comprensión de los receptores.

Ángela Pallarés Martí

EUIF Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Barcelona

(1) Pfeffer N. If you think you've got a lump, they'll screen you. Informed consent, health promotion, and breast cancer. *J Med Ethics* 2004; 30:227-30.

(2) Grunfeld E, Zitzelsberger L, Coristine M, Aspelund F. Barriers and facilitators to enrollment in cancer clinical trials: qualitative study of the perspectives of clinical research associates. *Cancer* 2002; 95:1577-83.

(3) Kreiger N, Ashbury F, Cotterchio M, Macey J. A qualitative study of subject recruitment for familial cancer research. *Ann Epidemiol* 2001; 11:219-24.

Información de calidad para los pacientes: menos intuición y más método

Moult B, Franck LS, Brady H.

Ensuring Quality Information for Patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. Health Expectations 2004; 7:165-75.

Antecedentes

Informar a los pacientes y a sus familiares es parte fundamental de la práctica asistencial. El NHS está haciendo esfuerzos importantes por mejorar este aspecto de la calidad de la atención sanitaria. Entre las acciones desarrolladas se encuentran las guías de buena práctica para el consentimiento informado o las guías para la comunicación médico-paciente (en la consulta, ante malas noticias, ante una intervención, etc.). En todos los casos se enfatiza la importancia de la información escrita como factor clave en una comunicación de calidad con el paciente.

Objetivo

Desarrollar un instrumento para evaluar la calidad de la información escrita que se proporciona a pacientes y familiares en los servicios sanitarios, válido para aplicar a cualquier material escrito.

Métodos

Se diseñó un instrumento: *Ensuring Quality Information for Patients (EQIP)* a partir de una revisión de la literatura y de entrevistas con expertos (responsables de servicios de atención al usuario, pacientes, familiares y profesionales sanitarios). Se comprobó su validez y fiabilidad. Posteriormente se evaluaron los materiales escritos dirigidos a padres y niños de un hospital pediátrico, a través del EQIP, durante 3 años consecutivos, introduciendo mejoras derivadas de la evaluación previa.

Resultados

El EQIP consta de 20 ítems. Cada uno hace referencia a un criterio de calidad en la información escrita (tabla 1).

TABLA 1. Criterios de calidad en la información escrita para pacientes

Tiene un objetivo claro
Utiliza lenguaje cotidiano. Explica términos médicos
Escrito con frases cortas
Estilo personalizado, en forma activa
Tono respetuoso
Acorde al estilo local
Contiene ilustraciones comprensibles y relevantes
Posee un orden lógico
Existe espacio para notas
Incluye dirección y persona de contacto
Especifica fecha de emisión de la información
Explica la procedencia de la información
Contiene experiencias de otros pacientes
Informa sobre calidad de vida
Usa nombres genéricos para medicaciones o productos
Refiere otras fuentes de información
Describe el propósito
Describe los beneficios
Informa de riesgos y efectos secundarios
Describe alternativas

Las pruebas estadísticas realizadas aseguran que el EQIP es un instrumento válido y fiable. Presentó una concordancia alta con la valoración intuitiva que realizaron los expertos sobre la calidad de la información contenida en los documentos evaluados. Las evaluaciones realizadas en un hospital, sobre los materiales escritos de información a usuarios, mejoraron cada año con la introducción de medidas sugeridas por el EQIP.

Conclusiones

Sentirse bien informado es, cada día más, una necesidad y una expectativa irrenunciable de los pacientes y también un compromiso de los responsables y gestores sanitarios.

La información escrita que se proporciona a pacientes y familiares puede evaluarse y mejorarse utilizando una metodología rigurosa que facilite la toma de decisiones, garantice la calidad de los diferentes soportes escritos y contribuya a que la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios sea más fácil y satisfactoria para ambos.

Financiación: NHS Executive.

Correspondencia: moultb@gosh.nhs.uk

COMENTARIO

La transmisión de información de calidad para los pacientes y familiares en un hospital o en un centro de atención primaria debería ser fácil, debería estar protocolizado y debería formar parte de la práctica asistencial cotidiana. Para que esto sea así, necesitamos métodos probados, sencillos y que supongan poco coste adicional a los procesos de evaluación y mejora que ya se realizan en los centros (1).

La escala que presentan los autores de este estudio (EQIP) puede ser una herramienta muy interesante para evaluar la calidad de los materiales escritos con los que se informa al paciente en los centros sanitarios: guías de acogida, derechos y deberes, informes clínicos, consentimientos informados, información sobre medicamentos, informes de alta, etc. y a partir de esta evaluación poner en marcha mejoras para facilitar que el paciente y/o su familia entiendan la información que leen y retengan los mensajes más importantes.

Los últimos estudios sobre la comunicación médico-paciente dicen que la mayoría de pacientes, a los 5 minutos de salir de la consulta, han olvidado la mitad de la información que les dio el médico, y que sólo retienen el 20% de la misma. Pero este porcentaje puede elevarse al 50% si los mensajes fundamentales se apoyan en material escrito (*"bien escrito, con calidad"*) (2).

Poner en marcha un Plan Integral de Mejora de la Información al Paciente, como ha realizado el NHS en sus centros (3), puede aportar beneficios tanto al paciente, como al profesional que le atiende y a la Institución. La información (*de calidad*) consigue disminuir la ansiedad del paciente, aumenta su adherencia al tratamiento, incrementa la capacidad de autocuidado y la participación de la familia, previene problemas en la relación con el personal sanitario y facilita una mejor utilización de los recursos y servicios por parte de los ciudadanos.

Una idea última para terminar: ¿y si sometiésemos la documentación interna dirigida a los profesionales de hospitales o de centros de salud a una evaluación a través del EQIP?

M^a Ángeles Prieto Rodríguez
Escuela Andaluza de Salud Pública

(1) Department of Health. Good Practice in Consent Implementation Guide: Consent to Examination or Treatment. London: HMSO, 2001.

(2) MacFarlane J, Holmes W, Gard P et al. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of a patient information leaflet. *British Medical Journal* 2002; 324:1-6.

(3) Department of Health. The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform. London: HMSO, 2000.

Gestión de la desilusión: un elemento clave en el proceso de alta de rehabilitación tras ictus

Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C.

Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. Social Science & Medicine 2004; 59:1263-73.

Objetivos

Explorar la forma en la que se lleva a cabo el proceso de alta y cómo se gestiona ésta tras un ictus. Determinar cómo lo viven los pacientes y sus fisioterapeutas.

Metodología

Estudio cualitativo descriptivo longitudinal multicéntrico, utilizando entrevistas semi-estructuradas y observación no-participante. Participaron 16 pacientes con rehabilitación tras un ictus, capacidad de comunicarse y entender inglés, sin otras patologías de relevancia, y que recibieron fisioterapia ambulatoria, así como los fisioterapeutas que los habían atendido en el hospital (8) y en régimen de ambulatorización (13).

Cada uno de los pacientes y fisioterapeutas fueron entrevistados en tres ocasiones: una semana antes del alta del hospital; tras la primera sesión ambulatoria, y a los tres meses del alta hospitalaria. Además se entrevistó a los pacientes un año después del ictus. Todas las entrevistas se grabaron y transcribieron literalmente. También se observaron dos sesiones de fisioterapia ambulatoria por cada paciente incluido en el estudio.

Resultados

Fisioterapeutas: consideraron difícil la gestión del alta ya que los pacientes tenían unas elevadas expectativas de recuperación que no se habían alcanzado al alta. Los fisioterapeutas (basándose en sus conocimientos y experiencias) identificaron como la razón fundamental del alta que el paciente hubiera llegado a la fase de “meseta” (máximo nivel de recuperación) y manifestaron no tener en cuenta la limitación de los recursos sanitarios.

Los fisioterapeutas preparaban a los pacientes 2 o 3 semanas antes del alta para evitar que ésta fuera acogida con sorpresa, y en general percibían el alta como algo provisional, ya que podían prescribir continuar con el tratamiento si se apreciaba mejoría en la consulta de revisión (a los 3 meses). La existencia de una consulta de revisión, además de ayudarles a manejar el alta en los pacientes decepcionados por no continuar con la terapia, les facilitaba el manejo de la incertidumbre a la que se enfrentaban cada vez que determinaban la capacidad potencial de recuperación de un individuo. Los ejercicios que los pacientes debían realizar tras el alta eran conceptualizados como un medio para mantener e incluso mejorar el nivel de recuperación alcanzado, lo que resultaba contradictorio con el mensaje de que el motivo del alta era que los pacientes habían llegado al límite de su recuperación.

Los fisioterapeutas experimentaron dificultades en el manejo del desencanto que sufrían los pacientes al alta debido a la falta de conocimientos científicos sobre la recuperación tras un ictus, la diferente percepción sobre la recuperación de fisioterapeutas y pacientes, y la estrecha relación emocional que se establece entre ambos durante la terapia.

En este estudio el manejo del alta se realizó transmitiendo a los pacientes esperanza sobre su recuperación.

Pacientes: Las contradicciones de los mensajes transmitidos al alta se reflejaron en las respuestas que proporcionaban los pacientes. Los pacientes identificaron un abanico de razones para su alta: limitaciones temporales en el tratamiento rehabilitador, escasez de personal, listas de espera, y existencia de pacientes con mayor necesidad de terapia. Solamente un paciente consideró que no precisaba continuar con fisioterapia por haber alcanzado un buen nivel de recuperación.

A menudo, e independientemente de que se hubiera informado con antelación, el alta se percibía como “una sorpresa”. Aquellos pacientes que no consiguieron el nivel de recuperación que esperaban al alta, expresaron sentimientos de desilusión.

La posibilidad de que se produjera una recuperación “natural” (sin fisioterapia propiamente dicha), señalada por algunos fisioterapeutas, y la consulta de revisión fueron percibidos como elementos esperanzadores. Sin embargo, el resultado de las revisiones fue menos efectivo de lo esperado ya que algunas no habían tenido lugar y a nadie se le ofreció continuar con la fisioterapia. A pesar de ello, todos los pacientes entrevistados mantuvieron la esperanza de mejorar su nivel de recuperación.

Los pacientes percibían que los ejercicios propuestos eran importantes, tanto para mantener el nivel obtenido de movimiento y flexibilidad, como para mejorar su nivel de recuperación. Muchos de los pacientes continuaron con la rehabilitación al margen de los servicios públicos proporcionados.

Financiación y conflicto de intereses: no consta.

Correspondencia: raw@soto.ac.ukl

COMENTARIO

Uno de los obstáculos a los que se enfrentan los profesionales de rehabilitación es decidir y comunicar el alta a los pacientes. Los pacientes, en su mayoría, se hacen “adictos” al tratamiento rehabilitador y se sienten “abandonados” por las organizaciones sanitarias en el momento del alta. La rehabilitación proporciona, no solo una mejoría en su estado funcional, sino una esperanza. Ante este escenario se hace imprescindible dotar de mecanismos a aquellos profesionales encargados de comunicar el alta. La “gestión de la desilusión” podría ser una herramienta eficaz que apoyara al profesional que se enfrenta a una doble presión: la presión emocional que ejerce el paciente para continuar con la terapia y la incertidumbre sobre qué es lo más adecuado ante el escaso conocimiento científico existente (1, 2). Por otra parte, los profesionales debiéramos entender que esta “gestión del desencanto” forma parte intrínseca de nuestro trabajo.

El manejo de la decepción parece imprescindible para todas aquellas enfermedades crónicas, en las que existe un desfase entre las expectativas de recuperación por parte de los pacientes y la realidad y en las que además, llegado el momento, el paciente tiene la “responsabilidad” de mantener el nivel de recuperación adquirido y de adaptarse a su nueva situación.

Cómo realizar una comunicación efectiva entre el profesional de la salud y el paciente, podría ser una de las líneas de investigación a desarrollar por su potencial contribución al desarrollo de una medicina de calidad.

**Isabel Rodrigo
Idoia Gaminde
Departamento de Salud. Pamplona**

(1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. 2002. Disponible en <http://www.sign.ac.uk>.

(2) VA 2003. The management of Stroke Rehabilitation Working Group. Contract Number: V101(93)P-1633.

Qué pasa cuando estoy al otro lado...

Jadad A, Rizo CA, Enkin MW.

I am a good patient believe it or not. BMJ 2003; 326:1293-5.

Problema

Un “buen paciente” se caracteriza por una actitud pasiva, por aceptar sumiso lo que el médico le dice que debe hacer. El “buen paciente” de dentro de unos años debe adoptar una actitud bien distinta ya que parece que un papel más activo se relaciona con una mejor salud.

Método

Tres profesionales, autores de estudios sobre la relación médico-paciente, describen sus experiencias como pacientes y subrayan qué facilidades (y derechos) les gustaría haber disfrutado.

Resultados

Los casos presentados ponen de manifiesto las dificultades que, en ocasiones, tienen los pacientes cuando acuden a una consulta. Estos problemas se derivan en parte de que se espera que asuman un rol pasivo, ya que de lo contrario no son considerados “buenos pacientes”. Esta actitud supone incluso aceptar errores por no contradecir el criterio profesional. A partir de la descripción, se plantean cinco cuestiones básicas que, en opinión de los autores, constituyen nece-

sidades de los pacientes que deben atenderse por los profesionales y el sistema sanitario:

Que todas las preguntas que desee formular el paciente sean contestadas en términos que pueda entender.

Que el paciente pueda decidir hasta qué punto involucrarse en la toma de decisiones sobre su salud.

Que el paciente pueda acceder a todos los datos de su historia clínica si lo desea.

Que el paciente pueda obtener una segunda opinión, sin ningún efecto negativo sobre la continuidad de la atención sanitaria.

Que el paciente, si lo precisa, pueda comunicar con el profesional sanitario que le atiende en otros momentos fuera de la consulta.

Conclusiones

La principal lección es que la conducta de lo que hoy consideramos un “buen paciente” probablemente conduzca a incrementar el riesgo para el paciente, sufrimiento innecesario y a peores condiciones de salud. En poco tiempo nos daremos cuenta de que cuando se comporta de un modo asertivo realmente se está comportando como un “buen paciente”.

COMENTARIO

Aunque desde hace algún tiempo se viene anunciando la defunción del modelo paternalista en la relación entre pacientes y profesionales sanitarios, la realidad dista mucho de ser así. Razones estructurales de los centros (como por ejemplo, carencias de espacios que permitan la confidencialidad de la información o la privacidad) y organizativas (tiempos medios de consulta o fórmulas que dificultan que el paciente tenga un médico responsable, o prácticas inadecuadas de consentimiento informado); estilos de práctica centrados más en la tecnología que en el paciente; formación de estudiantes (futuros profesionales) y residentes centrados sobre todo en competencias técnicas que no dejan tiempo para aprender habilidades para interactuar con los pacientes; y actitudes que tienden a la autocomplacencia, contribuyen a que ese estilo paternalista, caracterizado por la pasividad del paciente ante el profesional, siga vigente. Este artículo provocador llama la atención sobre esta realidad y pone todo el acento en subrayar que muy probablemente lo que en la práctica diaria consideramos que es un “buen paciente” (aquel que de forma sumisa sigue nuestras indicaciones, no pregunta para no hacernos perder tiempo y no cuestiona nuestras decisiones) probablemente tenga un efecto negativo en el restablecimiento de la salud del paciente y que debamos ir pensando en otro perfil de lo que es un “buen paciente”.

Los autores rememoran estudios en los que se asoció a los estilos de práctica del médico la calidad de la atención sanitaria y la satisfacción del paciente (1), y el cumplimiento terapéutico (2). La posibilidad de preguntar dudas o manifestar temores sabemos que ayuda a conocer mejor la enfermedad, a estar más satisfecho y a una mayor capacidad de afrontamiento de la enfermedad (3). Lo que induce al paciente a solicitar una segunda opinión no es el miedo al diagnóstico, sino la sensación de frustración por no haber podido preguntar todo lo que se deseaba o por quedarse sin conocer cuestiones para él importantes, junto a la sensación de que no se le ha dedicado la atención y el tiempo suficiente (4).

Los resultados del estudio liderado por el Instituto Picker (5) en ocho países de la Unión Europea sobre el perfil del futuro paciente euro-

peo ahondan más aún en esta idea de que los profesionales sanitarios deben afrontar con urgencia un cambio en el modelo de relación con los pacientes. Los resultados de este estudio indican que los pacientes reclaman: un mejor acceso, mayor comunicación con los profesionales (nuevos canales y calidad de la información) y participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

Confidencialidad, respeto de la intimidad, libre elección, consentimiento informado (entendido no como medicina defensiva), derecho a no ser informado cuando así se desea, voluntades anticipadas, segunda opinión, conocer por su nombre a los profesionales o conocer la cualificación de los profesionales que atienden al paciente requieren respuestas innovadoras. Como señala Albert Jovell (6) los sistemas sanitarios se enfrentan a un cambio sin precedentes por la rapidez en la que éste se produce, un cambio que excede a la capacidad de reacción de profesionales e instituciones. El paciente es cada vez menos “objeto” y, poco a poco, más “sujeto” de la atención sanitaria (7). No hay que tener miedo a que deje de ser “dirigido” para tomar parte activa en la decisión de “por dónde ir” (8).

José Joaquín Mira
Universidad Miguel Hernández

(1) Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. 1991; 32:175-81.

(2) DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. Health Psychology 1993; 12:93-102.

(3) Siminoff LA, Ravdin S, Colabianchi N, Sturm ChS. Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. Health Expectations 2000; 3:26-36.

(4) Eysenbach G, Diepgen TL. Patients looking for information on the Internet and seeking teleadvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. Arch Dermatol 1999; 135:151-56.

(5) Coulter A, Magee H. The European patient of the future. McGraw Hill Education. Open University Press, 2003.

(6) Jovell A. El paciente “impaciente”. ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El Médico 2003; 25-IV:66-72.

(7) Meneu R. La perspectiva de los pacientes. Gestión Clínica y Sanitaria 2002; 4:3-4.

(8) Mira JJ, et al. La satisfacción del paciente: entre el compromiso ético y la evaluación del resultado. En: Humanización de la Atención Sociosanitaria. Generalitat Valenciana, Valencia, 2002.

Estrategias de reforma en el National Health Service (NHS) británico: mayor poder, pero a la vez, mayor responsabilidad para los gestores y profesionales

Stevens S.

Reform Strategies for the English NHS. *Health Affairs* 2004; 23:37-44.

Objetivo

Describir de forma resumida el ambicioso plan de reforma en el que se ha embarcado el Servicio Nacional de Salud británico (NHS), centrándose en sus tres principales estrategias: apoyo a los profesionales y gestores sanitarios, más control desde el sistema sobre los proveedores, y mayor margen para las iniciativas locales.

Contexto

Desde 1948, el NHS ha ofrecido atención sanitaria en el Reino Unido, basándose en los principios de cobertura universal y financiación mediante impuestos. Sin embargo, el gasto sanitario se ha mantenido por debajo de la media de los países de la Unión Europea. Como consecuencia, la infraestructura del NHS quedó muy anticuada y aumentaron las listas de espera.

Intervención

El Gobierno británico decidió en 1997 elevar la financiación del NHS. El aumento anual del gasto sanitario previsto es del 7,4%, pasando del 6,8% del PIB en 1997 hasta el 9,4% estimado para el año 1997. Junto con este incremento, el NHS ha diseñado tres grandes grupos de reformas para asegurar la calidad del servicio: apoyo a los proveedores, supervisión institucional y descentralización.

Resultados

El apoyo a los proveedores de la atención sanitaria se basa en la idea de que los profesionales harán lo correcto si se les financia adecuadamente y se les ofrece un grado de autonomía suficiente. Las estrategias en este campo son: incrementar el número de profesionales, modernizar las infraestructuras (iniciativa de financiación privada, historia clínica electrónica) y potenciar la formación continuada y la mejora continua.

La supervisión institucional es necesaria para asegurar que la atención sanitaria alcance unos estándares mínimos. Para ello, se están desarrollando Planes integrales de Salud. El NICE (National Institute for Clinical Excellence) elabora recomendaciones vinculantes para los centros. Por su parte, el Gobierno establece objetivos como la reducción de la incidencia y mortalidad de las patologías más frecuentes, reducción de listas de espera, y cumplimiento de los presupuestos. La reciente creación de la HC (Healthcare Commission) permitirá mantener y reformar el sistema de evaluación "Star rating", que consiste en evaluar anualmente todos los centros y publicar los resultados. Estos son tenidos en cuenta para permitir que los mejores centros y complejos hospitalarios se conviertan en fundaciones.

Una tercera línea de actuación consiste en la descentralización, con el objetivo de aumentar la responsabilidad de los hospitales y PCT (Primary Care Trust) frente a su comunidad y autoridades locales. Se refuerza la capacidad de elección de los pacientes, tradicionalmente muy limitada. Otras innovaciones fundamentales son el establecimiento de un sistema nacional de tarifas por procedimiento y el desarrollo de un nuevo contrato para los Servicios Médicos Generales.

Conclusiones

El artículo revisa las principales medidas de modernización del NHS, la mayoría de las cuales están ya siendo implantadas. Estas acciones buscan equilibrar las tensiones entre los intereses del Gobierno, los profesionales y el público.

COMENTARIO

El NHS se encontraba a finales de los años 90 en una situación bastante precaria. La reforma emprendida por el Gobierno británico aborda el problema con realismo, asumiendo que será necesario elevar el gasto sanitario hasta superar la media de los países de la Unión Europea. Algunos de los problemas a los que se enfrenta nuestro sistema sanitario son similares a los del NHS. Para modernizar la infraestructura hospitalaria, el NHS ha optado por una fórmula basada en la iniciativa privada, en la que el sector privado diseña, construye, financia y opera los nuevos hospitales durante un tiempo determinado. Esta medida es polémica por motivos técnicos y políticos. En nuestro país está siendo utilizada también, aunque a menor escala, por lo que será interesante seguir la evaluación de la experiencia del NHS y comprobar si realmente es una estrategia eficiente.

Aunque se deja amplio margen para la iniciativa de los centros y profesionales, el NHS sigue estableciendo objetivos concretos de obligado cumplimiento, como la reducción de listas de espera, si bien algunos son controvertidos (1). También se ha discutido la validez de los indicadores utilizados en el sistema de evaluación de los centros. La metodología va a ser revisada y mejorada por la Healthcare Commission, pero se trata de un avance importante ya que aumenta la transparencia del sistema e incentiva la competencia entre los centros. Aquellos con mejor puntuación pueden transformarse en fundaciones. Algunas de las nuevas medidas tienen un gran potencial, como el nuevo contrato para los Servicios Médicos Generales (2), que teóricamente permitirá ajustar mejor la oferta de servicios de atención primaria a las características de la población atendida. En definitiva, el proyecto global de modernización del NHS es muy ambicioso, está bien diseñado, reconoce los grupos de interés y cuenta con la financiación necesaria. Trata de alcanzar un equilibrio entre el control gubernamental, la libertad de gestión de los centros, la iniciativa de los profesionales y las aspiraciones de los usuarios. Será necesario esperar para poder conocer los resultados, aunque algunos datos iniciales son esperanzadores (3).

Juan Fernández Martín

Jefe de Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. SESCAM

(1) Bevan G, Hood C. Targets, inspections and transparency. *BMJ* 2004; 328:98.

(2) The Department of Health. Investing in general practice. The new general medical services contract. February 2003. Disponible en: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/NewGMSContract>.

(3) Leatherman S, Sutherland K. Quality of care in the NHS of England. *BMJ USA* 2004; 4:144-8.

El arsenal terapéutico: adecuar los objetivos comerciales a las necesidades médicas

Croughan TW, Pittman PM.

The Medical Cabinet: What's in it, why, and can we change the contents? Health Aff 2004; 23:23-33.

Antecedentes

En los últimos años en EEUU se advierten discrepancias entre las necesidades de medicamentos específicos para enfermedades epidemiológicamente relevantes (infecciosas emergentes o causadas por organismos multirresistentes, artritis, insuficiencia cardíaca, etc.) y la orientación de la investigación llevada a cabo por la industria farmacéutica, centrada cada vez más en la comercialización de las denominadas "lifestyle drugs" o de fármacos que como los "me too" aportan poco a los ya existentes.

Objetivo y método

Este desencuentro despierta en el autor el interés por analizar cuáles son los factores que rigen esta tendencia en la industria y cuáles las políticas posibles para intentar equilibrar esta balanza. Método descriptivo y discusión conceptual.

Resultados

La concepción de que el mercado es el mejor mecanismo para asegurar un flujo continuo de innovación en el terreno de la farmacoterapia, ha configurado a la industria farmacéutica como empresas privadas con ánimo de lucro. En este escenario, las empresas perfeccionaron en la década de los ochenta los mecanismos necesarios para

reducir los riesgos y maximizar los beneficios de una investigación que cada vez era más costosa. La coyuntura científica (oportunidad), la valoración del mercado (posible cuota de mercado y precio), la inversión necesaria para desarrollar el fármaco (especialmente la etapa de investigación básica, menos previsible que las de investigación preclínica y clínica) y en último lugar las necesidades médicas, son los factores que determinan sus prioridades a la hora de decidirse a desarrollar un nuevo fármaco.

La introducción de incentivos puede persuadir a la industria para que en un futuro incorporen a sus valoraciones de forma más rigurosa las necesidades sanitarias de la población y al mismo tiempo, puedan obtener oportunidades de mercado. Entre otras el autor propone: 1) establecer a escala nacional las áreas de investigación altamente prioritarias y coordinarlas con los procesos reguladores que influyen en las decisiones de la investigación farmacéutica (facilitando y agilizando para estos fármacos los procesos de revisión de la FDA y/o ampliando la cobertura de su patente), 2) desarrollar procesos de revisión de coste-efectividad de los nuevos fármacos y establecer su valor a la hora de tomar decisiones sobre reembolso o financiación, y 3) exhortar a las entidades aseguradoras a que valoren el coste asociado a las diferentes opciones terapéuticas.

COMENTARIO

El abandono o desinterés de la investigación por ciertas patologías ha sido señalado por organismos internacionales en multitud de ocasiones. Su corrección es el objetivo que abandera el Global Forum for Health Research (www.globalforumhealth.org) en lo que han denominado "desequilibrio 10/90". Sus primeros trabajos pusieron de manifiesto que de la inversión mundial de investigación en salud –tanto pública como privada–, menos del 10% se destina a los problemas que representan el 90% de la carga sanitaria a escala mundial.

Si bien es obligado reconocer el coste y el riesgo que asume la industria farmacéutica en sus inversiones en I&D, así como los beneficios que determinadas aportaciones han supuesto para la salud, también es cierto que en los últimos veinte años la industria farmacéutica ha sabido rentabilizar sus inversiones en fármacos que, pese a ser en general poco innovadores, han resultado muy lucrativos. La proliferación de fármacos me too –equivalentes terapéuticos– en los países occidentales (en España representaron el 69% de los nuevos medicamentos comercializados en el año 2001), o el boom de los llamados lifestyle drugs para los que se prevé que en esta década experimentarán un crecimiento doble que el resto de los medicamentos, son algunos de los ejemplos más claros y, en ambos casos, la industria farmacéutica ha hecho una apuesta clara destinándoles gran parte de sus esfuerzos en investigación (y marketing). En el lado contrario, el 100% de los 16 nuevos medicamentos desarrollados en EEUU para estas patologías "olvidadas" aportaron un beneficio substancial e importante frente a las tera-

pias precedentes, siendo todos ellos incluidos en la lista de fármacos esenciales de la OMS (1).

Incentivar la investigación puede ser necesario especialmente en determinadas áreas sanitarias (el 39% de las nuevas moléculas en desarrollo en EEUU se abandonan por motivos económicos: el mercado es muy limitado o es difícil recuperar la inversión) (2). Sin embargo las políticas de incentivación positiva (extensión de patente o de priorización de los procesos de revisión de las Agencias) de forma aislada, no parecen haber sido un estímulo suficiente para corregir estos desequilibrios, sobre todo cuando el mercado al que va destinado es poco viable y existe un incentivo económico más fuerte en otros. Por ello actuaciones simultáneas desde el lado de la demanda, como las experiencias de evaluación de medicamentos llevadas a cabo en Canadá o Australia pueden modificar la percepción de oportunidad de mercado y su influencia en la investigación debería ser evaluada en el futuro.

Pedro Cervera Casinó
Farmacéutico de Atención Primaria
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *Lancet* 2002; 359:2188-94.

(2) DiMasi JA. Risk in new drug development: Approval success rates for investigation drugs. *Clin Pharm Ther* 2001; 69:297-307.

Los determinantes económicos de la obesidad. Nueva evidencia sugiere que el aumento del sobrepeso y obesidad en adultos se debe a la proliferación de restaurantes de comida rápida a bajo precio

Chou S-Y, Grossman M, Saffer H.

An economic analysis of adult obesity: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System.

Journal of Health Economics 2004; 23:565-87.

Objetivo

Detectar los factores responsables del aumento del 50% en la tasa de obesidad de adultos en EEUU desde 1980.

Métodos

Los datos abarcan el periodo 1984-1999 y proceden de una encuesta a la población americana mayor de dieciocho años (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*). La muestra total tiene más de un millón de personas. Se han añadido algunas variables agregadas a nivel del estado: precios y número de restaurantes, precios del tabaco y del alcohol, restricciones legales al tabaco. Aunque nadie desea ser obeso, a la obesidad se llega por una demanda excesiva de calorías en relación al consumo calórico. Los autores estiman modelos econométricos en forma reducida con datos individuales más algunos regresores a nivel estatal para predecir ese desequilibrio. Usan dos variables dependientes alternativas, el Índice de Masa Corporal y la dicotómica obeso (sí o no: modelos de probabilidad lineal). Puesto que los obesos tienden a mentir sobre su peso, los valores de las endógenas se han ajustado mediante un modelo previo de regresión *ad hoc*, que evita sesgos.

Resultados

Aunque los ajustes estadísticos son pobres, porque al fin y al cabo las

causas genéticas son ignoradas en esos modelos, algunas variables contribuyen significativamente a explicar la escalada de obesidad, fundamentalmente la mayor accesibilidad a restaurantes que ofrecen calorías baratas. El aumento del valor del tiempo de la mujer cuando accede al mercado laboral ha impulsado la demanda de restaurantes de comida rápida. A nivel individual, la educación y la renta protegen contra la obesidad, y la edad tiene un efecto en forma de U invertida, pero el efecto de la disponibilidad de restaurantes en el área de residencia –elasticidad– es seis veces más importante que el de la renta. Los negros y los hispanos son, a igualdad de condiciones, más pesados.

Resultan significativos los precios del tabaco (si aumentan, habrá más gordos porque se sustituye nicotina por calorías) y los del alcohol (cuanto más caro, menos ingesta, menos calorías, menor peso). El aumento del precio del tabaco ha reducido el tabaquismo pero ha aumentado la obesidad. Las restricciones a fumar en lugares públicos no son significativas.

La variable con mayor poder predictivo de la escalada de obesidad es el crecimiento del número de restaurantes, y en segundo lugar los aumentos de precio del tabaco. Las bajadas del precio real de la hamburguesa han tenido una influencia mucho menor.

Financiación: No consta.

Autor para correspondencia: M Grossman mgrossman@gc.cuny.edu

COMENTARIO

El diagnóstico es desalentador: la obesidad de adultos ha duplicado su tasa de prevalencia desde los primeros años ochenta y ya ronda el 30% en Estados Unidos. Durante los años sesenta y setenta, se había mantenido estable. El porcentaje de obesos crece a una tasa del 3.4% anual. No me pararé a discutir la cota que lo convierte a uno en obeso, ni el hecho de que los límites de la normalidad, en esto y en casi todos los parámetros clínicos, se estén estrechando por momentos.

Este es un trabajo muy marcado por el “determinismo económico”. Se buscan causas económicas relacionadas con el coste de nutrirse y con otros factores de los mercados que han alterado el estilo de vida de los americanos.

En mi opinión, es una ilustrada aportación a la “cruzada contra el gordo” que se está cerniendo sobre la parte rica del planeta. Me pregunto hasta qué punto se exagera el problema para demostrar que los medicamentos adelgazantes son coste-efectivos. El artículo atribuye a la obesidad y el sedentarismo 300.000 muertes prematuras en EEUU al año, tres cuartas partes de las que causa el tabaco y el triple de las muertes que causa el alcohol.

Endogeneizar la obesidad, que causa morbilidad y mortalidad, es una idea útil para definir políticas. Frente a los estudios ecológicos, que buscan causas en el entorno, este trabajo se centra en la conducta personal, en su saldo input-output calórico y en las causas por las que se ingieren más calorías ahora que hace dos décadas. Una ventaja importante de este estudio es su elevado tamaño muestral y rango temporal. La principal moraleja del estudio es que los americanos han sucumbido a la facilidad de acceso, por precio y por disponibilidad, a la comida basura. La conclusión lógica sería un impuesto pigouviano a los McDonald's para desalentar el consumo excesivo.

Me preocupa la obsesión, sospecho que interesada, por este problema

de salud pública que según algún estudio supone un aumento del 36% en el coste asistencial y del 77% en fármacos, muy por encima de los sobrecostes atribuibles al tabaco y al alcohol juntos (1). Un editorial reciente del BMJ (2) lo califica de epidemia y se pregunta por la cuota de responsabilidad del individuo y del entorno. No es un problema sencillo de abordar porque no conocemos bien los mecanismos que convierten en obesa a una parte creciente de la sociedad (¡mientras en el otro lado del mundo tantos niños y adultos se mueren de hambre!). Tampoco tenemos estudios científicos sobre la efectividad de los instrumentos de las políticas antigordura. Frente al enfoque de EEUU, que responsabiliza al individuo, un informe reciente del Reino Unido (3) busca responsabilidades en el entorno y propone etiquetar en verde los alimentos saludables, restringir contenido en azúcar de los alimentos preparados o advertir en los envases sobre los riesgos. Como las cajetillas de cigarrillos.

El paralelismo entre la forma de afrontar tabaquismo y obesidad es notorio. Es peligroso el mensaje “tabaco o gordura” que se infiere de la significación, con signo negativo, del precio del tabaco en el modelo. En mi opinión, es un (falso) dilema para la salud pública.

Beatriz González López-Valcárcel
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

(1) Sturm R. The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. *Health Affairs* 2002 21:245-53.

(2) Jain A. Fighting obesity. Evidence of effectiveness will be needed to sustain policies. *BMJ* 328 (74552):1327-28.

(3) House of Commons Health Committee. Obesity. London: Stationery Office, 2004. (Third report of session 2003-04.) www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmhealth/23/23.pdf

Móviles en el hospital: ni prohibición, ni permisión, sino todo lo contrario

Morrissey JJ.

Mobile phones in the hospital: improved mobile communication and mitigation of EMI concerns can lead to an overall benefit to healthcare. Health Phys 2004; 87:82-8.

Introducción

La utilización en los hospitales de la telefonía móvil ha venido acompañada en los últimos años de la publicación de diferentes informes y estudios sobre interferencias electromagnéticas observadas en determinados equipos clínicos (electrocardiografía, electroencefalografía, bombas de infusión, etc.) que ha generado dos posiciones enfrentadas: la de aquellos centros que prohíben su utilización dentro del hospital y la de aquellos que, por considerar las incidencias anecdóticas o poco relevantes, son tolerantes con su utilización, especialmente entre su personal médico y de staff.

Objetivo

Revisar la tecnología móvil utilizada actualmente, identificar su potencialidad para la generación de interferencias y formular recomendaciones para su adecuada gestión.

Material y métodos

- 1.-Medición de los niveles de potencia de salida de diferentes tecnologías de telefonía móvil.
- 2.-Pilotaje y Rastreo de la potencia de salida registrada al efectuar llamadas con un móvil GSM 1900, recorriendo dos hospitales seleccionados como ejemplos representativos de construcciones sanitarias (múltiples salas y plantas), y con diferentes niveles de cobertura de la señal de la estación base (A: pobre; B: moderada/buena).

Resultados

Los niveles de protección contra las interferencias por emisiones de radiofrecuencia recomendados en los Estados Unidos para la fabricación del nuevo aparataje médico, especialmente el de cuidados críticos, se ajusta a 10 voltios/metro. Prácticamente, la totalidad de tecnologías testadas superan esa cifra cuando nos encontramos a una distancia entre 0 y 1 metro del equipo (incrementándose cuanto más cerca). Por el contrario se negativizan a partir del metro de distancia.

Los efectos de los diferentes niveles de cobertura de la red local de telefonía en el hospital son también evidentes: una cobertura pobre exige una mayor potencia de salida a los terminales, lo que es directamente proporcional a incrementar el riesgo de aparición de interferencias.

Conclusiones

Los hospitales deben gestionar este nuevo riesgo. Las alternativas pasan por: disminuir el riesgo de aparición de interferencias, mejorando los niveles de cobertura de las redes locales (negociando con las empresas proveedoras); identificar (testando los equipos) y “blindar” o sustituir el aparataje susceptible (factible en determinados casos, mediante la comunicación con el fabricante); y, finalmente, establecer directrices sobre distancias de seguridad a los equipos afectados.

Si no es factible lo anterior, todos los móviles (de pacientes, visitantes o personal) deben ser considerados equipos no controlados, debiendo ser restringidos en áreas sensibles (especialmente cuidados críticos). Sin embargo, incluso en estos casos, su utilización a distancias superiores al metro o en salas adyacentes, no entraña riesgos.

Conflicto de Intereses: Trabajador en Motorola Labs.

Correspondencia: Joseph J. Morrissey (ejm037@motorola.com).

COMENTARIO

El artículo aparentemente no identifica aspectos especialmente novedosos, ni en lo investigado, ni en los resultados y conclusiones obtenidas. ¿Cuál es su mérito? Aportar, de nuevo, algo más de “evidencia” con relación al uso de teléfonos móviles, que mejore la adecuación de las decisiones y políticas adoptadas en nuestros hospitales. Los defensores de su utilización abogan por la clara mejora en la accesibilidad para interconsulta en el caso de los profesionales, y de evitación del aislamiento en los pacientes internados. Obviamente, los detractores hacen referencias a sus riesgos por las interferencias, independientemente de otras voces que aluden a las molestias producidas por las interrupciones y los “irritantes” timbres. Que los posicionamientos siguen encontrados se deduce de las respuestas suscitadas al editorial del BMJ (1), que defiende claramente una posición más tolerante y aperturista.

La existencia de interferencias ha sido demostrada y es confirmada con una argumentación “técnica y tecnológica” por el artículo, que explica y justifica la amplia variabilidad existente en la literatura publicada respecto a los efectos de las interferencias en los equipos que, como ya se ha comentado, va a depender de la distancia, obsolescencia de los equipos y cobertura de la estación base.

Uno de los estudios más citados y con mayor repercusión (2) cifra las interferencias en distancias inferiores a 1 metro en el 4%, de las cuales el 0,1% se consideraban incidencias importantes (¡ojo! frente al 41 y 35% de las producidas por los radiotransmisores y walkies-talkies del personal de emergencias y de los servicios de seguridad, respectivamente), y establece una serie de recomendaciones sobre políticas de seguridad, las DB 9702, DB 199(02) y SN 2001(06), ampliamente utilizadas en los hospitales del Reino Unido (y que empiezan a ser contestadas (3)), y a las que puede acceder el lector interesado (2).

El móvil ya está inmerso en nuestra cultura independientemente del grupo social y, tanto los riesgos, como la gestión de los mismos, están definidos. Su utilidad, prestaciones y seguridad son evidentes y mejores que otras tecnologías (como el tradicional “busca”). No es poco, afortunadamente, lo que se avecina en progreso y evolución tecnológica. Seamos, por tanto, críticos, informados y consecuentes.

Rafael Gomis
Subdirección General de Calidad Asistencial
Consejería de Sanidad. Región de Murcia

(1) Myerson SG, Mitchell AR. Mobile phone in hospitals. BMJ 2003; 326:460-1.

(2) Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Mobile Communication Systems. Disponible en: www.medical-devices.gov.uk.

(3) Aziz O, Sheikh A, Paraskeva P, Darzi A. Use of mobile phones in hospitals: time to lift the ban? Lancet 2003; 361:788.

De cómo cuidar a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la manera más efectiva y en el nivel adecuado

The National Collaborating Center for Chronic Conditions

Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Full version of NICE guideline No. 12: National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Thorax 2004; 59(S1):S1-S232.

Objetivo

Ofrecer el mejor asesoramiento para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con EPOC para los profesionales de la salud e información para la implicación de los pacientes en su proceso.

Diseño

El trabajo ha sido realizado contando con la colaboración del Centro Nacional de Colaboración para procesos crónicos, un grupo de expertos técnicos, un grupo de desarrollo de los capítulos, un grupo de expertos de referencia para los consensos y la implicación de pacientes con EPOC.

Se ha realizado una exhaustiva revisión sistemática de la literatura científica que se ha clasificado y organizado en recomendaciones con su grado de evidencia.

Resultados: Contenido del documento por capítulos

(1) Capítulo sobre diagnóstico de EPOC: detalla los síntomas, los signos, las pruebas complementarias, tests de reversibilidad, diagnóstico diferencial, evaluación de la gravedad, orientación para la detección precoz de la enfermedad y criterios de derivación al especialista.

(2) Capítulo sobre el manejo de un paciente con EPOC estable: plantea técnicas para el abandono del hábito tabáquico, analiza diferentes propuestas de tratamiento con broncodilatadores, teofilina, inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4, corticoides, terapia combinada, oxígeno, ventilación no invasiva, manejo de la hipertensión pulmonar y cor pulmonale, tratamiento con alfa1 antitripsina, uso de mucolíticos, antitusivos, profilaxis antibiótica, idoneidad o conveniencia de intervención quirúrgica, así como rehabilitación pulmonar y la coordinación de cuidados multidisciplinares entre niveles asistenciales considerando aspectos como la detección y gestión de la ansiedad y depresión, factores nutricionales, cuidados paliativos, terapia ocupacional, servicios sociales, consejos para viajes, educación y promoción del autocuidado.

(3) Capítulo sobre el manejo de las exacerbaciones de EPOC: establece una definición, las causas, los síntomas y consecuencias de la crisis,

(4) así como un diagnóstico diferencial. Propone una evaluación de la gravedad del brote, la necesidad o no de hospitalización, opción de hospitalización a domicilio y la planificación del alta en su caso. Analiza el manejo farmacológico y el beneficio de la oxigenoterapia, la ventilación no invasiva, la invasiva y los cuidados intensivos en las crisis así como propone la monitorización de la recuperación.

(5) Un capítulo resume las prioridades para su aplicación con el diseño de algoritmos para la toma de decisiones y criterios de evaluación por audit clínico.

(6) En otro capítulo habla de las líneas de investigación de futuro de la enfermedad y estrategias de participación de los pacientes.

(7) Facilita un conjunto de documentos anexos donde expone más en profundidad los siguientes temas:

- Preguntas sobre la revisión de la literatura.
- Análisis coste-efectividad sobre la búsqueda de casos en atención primaria.
- Documentos sobre educación para pacientes.
- Coste económico de la EPOC para el NHS.
- Evidencias sobre economía de la salud en EPOC.
- Detalle de las tablas de la evidencia científica.
- Lista completa de las referencias bibliográficas.

Versiones de la guía disponibles

Guía NICE: www.nice.org.uk/CG012niceguideline

Referencia rápida de la guía: www.nice.org.uk/CG012niceguideline

Información para pacientes: www.nice.org.uk/CG012publicinfo

Fuente de financiación: NICE (National Institute for Clinical Excellence).

COMENTARIO

La EPOC es un problema de salud frecuente en nuestra población que ha estado fuera de las líneas de investigación durante años bajo el supuesto de que poco se podía hacer. Sin embargo, la aparición de nuevas y efectivas opciones de tratamiento ha reorientado el abordaje de esta patología. Esto queda reflejado en diferentes guías de práctica clínica como la de la Global Initiative in Obstructive Lung Disease (1) actualizada en 2003 o las nuevas guías de la Sociedad Respiratoria Europea y la Sociedad Torácica Americana aparecidas recientemente (2). Otras como la guía de la Sociedad Torácica Británica (3) están por revisar.

Los médicos y gestores nos enfrentamos a diferentes guías y nos preguntamos qué aporta esta nueva guía frente a las demás. Por un lado, el hecho de estar basada en una revisión sistemática de la literatura científica sobre el tema, por otro, el aportar un abordaje multidisciplinar de la enfermedad y coordinar la actuación de los diferentes niveles asistenciales.

Y ¿podrá esta guía influir en la práctica clínica? Algunos aspectos difieren de otras guías como el hecho de que el establecimiento del diagnóstico lo fundamenta únicamente en una buena historia clínica y la confirmación de la limitación del flujo aéreo por espirometría. También difiere del abordaje tradicional de evaluar la severidad por el grado de limitación del flujo aéreo, proponiendo guiarse por los síntomas referidos por el paciente para establecer el tratamiento más adecuado, del mismo modo que la evaluación de la respuesta al tratamiento la fundamenta en la variación de los síntomas y la tolerancia al ejercicio. En los tratamientos planteados incorpora abiertamente el uso de mucolíticos y de la rehabilitación respiratoria. Facilita en sus apéndices material de educación para la salud así como una versión de información a

los pacientes. Por ello, esta guía seguro ayudará a clarificar, estandarizar y mejorar el tratamiento de la EPOC.

Y ¿por qué hablar de la EPOC en España? En un reciente estudio sobre el impacto económico de esta enfermedad en nuestro país (4) se pone de manifiesto que no se utilizan los medios adecuados para realizar correctos diagnósticos de EPOC, repercutiendo en la propuesta de tratamiento. Evidencia que la utilización de los recursos sanitarios es mejorable, en particular, el número elevado de hospitalizaciones y visitas a urgencias. Compara el gasto por paciente y año ajustado por la renta per cápita en cada país del estudio. España tiene un gasto de 6.475 \$ frente a otros como Estados Unidos con 5.646\$, Canadá con 4.202 \$, Reino Unido con 3.511\$ o Países Bajos con 1.361\$. El gasto español es el más alto. El estudio propone como herramienta para controlar el gasto y adecuar el consumo de recursos a la severidad del paciente la utilización de guías de práctica clínica propias o adaptadas de otros como esta de NICE con un abordaje integral de la enfermedad. Por ello manos a la obra...

María Pilar Astier Peña

**Directora. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud**

(1) Fabbri LM, Hund SS. Global strategy for the diagnosis and management and prevention of COPD. 2003 Update. Eur Respir J 2003; 22:1-2.

(2) www.thoracic.org/copd.

(3) British Thoracic Society Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1997;52(suppl 5):s1-s26.

(4) Martínez M. España utiliza más recursos de los necesarios para la EPOC. Diariomédico, 8 de julio de 2004.

El impacto del factor de impacto

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)

arranz_man@gva.es

Hace algunos años, un periódico de Valencia hizo una encuesta sobre la popularidad de los políticos autonómicos. No había más que poner el nombre de tres políticos por orden de preferencia en una papeleta y echarla a cualquier buzón. A los pocos días se publicó la lista de los más populares según la encuesta, y en los primeros puestos aparecía un nombre prácticamente desconocido. Nadie hubiera imaginado que aquel hombre, que nunca había tenido ningún papel relevante, fuera tan popular. Así que las encuestas sirven para algo después de todo. Luego se supo que había comprado media edición del periódico y se había dedicado a rellenar papeletas con su nombre. ¿Que cómo se supo? Lo contó él mismo, naturalmente. No lo hizo público, pues su idea no era ni mucho menos denunciar la encuesta, sino aprovecharla para conseguir popularidad. Y la consiguió. A partir de aquel día su nombre empezó a sonar en la política autonómica. Hoy ya no lo recuerda nadie, naturalmente. Será por lo de la obsolescencia.

Por las mismas fechas, el editor de una conocida y prestigiosa revista de medicina española se congratulaba en un editorial por haber conseguido finalmente entrar en la base de datos del *Science Citation Index*, y aconsejaba a sus autores que no dejaran pasar ocasión de citar los trabajos publicados en la revista, a fin de elevar su factor de impacto. Y también lo consiguió. Habrá quien dude de la legitimidad de estas prácticas, pero si a usted le parece bueno lo que ha escrito, ¿por qué motivo no iba a citarse? Además, si fuera malo, no lo iba a citar para que se enterara todo el mundo de su incompetencia, digo yo. La modestia en la ciencia hoy tiene poco predicamento, y cuando un científico dice que su trabajo tiene poca importancia, pues nos lo creemos. A fin de cuentas él lo sabe mejor que nadie. Hoy en día se valora más la sinceridad.

Y ahora hablemos del factor de impacto.

Que la inmensa mayoría de los artículos científicos o no son citados nunca, o lo son por sus propios autores y sus amigos, es un hecho tan conocido y del que se han dado tantas explicaciones

que posiblemente no merezca la pena volver sobre él. La explicación más simple, que posiblemente los artículos no se citen porque no merezcan la pena, siempre ha parecido poco científica a la comunidad *idem*. Lo mismo puede decirse del problema de las citas. Un problema evidentemente secundario por mucho que una terminología rimbombante quiera elevarlo de rango. Las cocitaciones, redes de citas, visibilidades, repercusiones e impactos, no son más que vulgares recuentos de una fiabilidad y de una utilidad más que dudosas por lo demás. Habrá quien disienta. Faltaría más. Sobre todo los documentalistas, tan aficionados a perder el tiempo con estas cosas. El primero que descubrió que la mayoría de los artículos que se publicaban no eran citados nunca fue Garfield, y la noticia causó tanto impacto en la comunidad científica internacional que decidió llamar a su descubrimiento *Factor de impacto bibliográfico*. Naturalmente, como casi siempre, la historia oficial difiere. Ésta puede leerse en la propia página del *Science Citation Index* (<http://www.isinet.com/essays/>), o mejor aún, en el libro de Garfield en que explica su descubrimiento (1). Si no lo tienen a mano no se preocupen, les haré un resumen. El concepto de la indexación de citas es simple, empieza diciendo Garfield. Y tan simple, añadiría yo, llamarlo concepto me parece ya un exceso. Puede que el concepto sea simple, pero los mapas y diagramas que ha utilizado en su histórico libro como ejemplos, o ilustraciones si se prefiere, son un auténtico laberinto. Y es que las cosas simples conviene complicarlas un poco, no vaya a pensar alguien que son perogrulladas. Querrán saber de qué se trata supongo. Pues sencillamente de asignar un peso a las citas que recibe una revista evitando, a ser posible, todos los sesgos posibles. Y uno de los sesgos que no es posible evitar es que la fuente de todas estas mediciones es la propia base de datos del *Science Citation Index*. Si la revista en la que usted publica habitualmente no está incluida en ella, ya le pueden citar sus amigos que su factor de impacto seguirá estando por los suelos. Y si digo su factor de impacto es porque uno se

suele apropiarse del de la revista en la que publica, aunque su artículo, como pudiera suceder, no haya sido citado ni una sola vez. Naturalmente no todas las revistas son iguales, quiero decir que no todas tienen la misma periodicidad, ni la misma proporción de artículos originales, ni las disciplinas por supuesto son comparables. Todo esto lo tiene en cuenta el factor de impacto, que para un año determinado se calcula dividiendo el número de citas recibidas por una revista durante los dos años anteriores por el número total de artículos publicados durante esos dos mismos años en esa misma revista. Al final resulta que las revistas con un factor de impacto más elevado son las que ya suponíamos. Pero claro, siempre habrá quien esté interesado en saber si el *British* está por encima o por debajo del *Lancet*. El factor de impacto se publica anualmente, desde 1975, en el *Journal Citations Reports*, que es un suplemento del citado *Science Citation Index*. Sin duda el factor de impacto es un índice bastante fiable de la calidad y prestigio de una revista, pero esto no debería hacernos olvidar que no es el factor de impacto, ni el *Science Citation Index*, los que otorgan credibilidad y crédito a las revistas, sino todo lo contrario, es el prestigio de esas mismas revistas, que ya lo tenían antes de que el factor de impacto se inventara, lo que da credibilidad al mismo. De su utilidad no vamos a hablar aquí, pues casi todo acaba por utilizarse para fines distintos a los que había sido destinado en un principio, y el factor de impacto no iba a ser menos.

Y eso es todo. Y ahora volvamos al principio. ¿Por qué la mayoría de los artículos no son citados nunca? A estas alturas usted ya lo habrá adivinado. Sencillamente porque no se publica en las revistas adecuadas. Publique usted sus artículos en el *British*, en el *Lancet*, o en el *New England*, y verá como le citan. Es un prejuicio, lo sé, como si aquí no tuviéramos revistas tan buenas o mejores que esas. Pero nunca fue fácil luchar contra los prejuicios.

(1) Garfield E. Citation Indexing – Its Theory and Application in Science, Technology, and Humanities. New York: John Wiley & Sons, 1979.

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

Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez
Paz Talens

Suscripción anual

Normal: 40 Euros
Números sueltos: 15 Euros

Números deteriorados y pérdidas

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

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

Defensor del lector

Salvador Peiró
iiss_mr@arrakis.es

Protección de datos personales

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

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

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

Objetivos

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

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

ORDEN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

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

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

FORMA DE PAGO

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

- 40 Euros
 Adjunto orden de domiciliación bancaria.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR

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

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

Fecha y firma

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

c/ San Vicente, 112-3ª 46007 Valencia
Telfno.: 609 15 33 18 e-mail: iiss_mr@arrakis.es