



Evidencias en gestión clínica y gestión de servicios de salud
ciencia, gestión, valores

Núm **1**

mayo
2013



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Saludo de la Consejera

María Jesús Montero Cuadrado

Saludos a todos y a todas. Me alegro de que hayáis entrado en este portal del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Un portal que pretende ser una ventana al conocimiento y que pone a disposición de las personas que vayan a consultarlo, información de interés, revistas, publicaciones... todos los elementos que han generado datos y evidencia científica que nos permita una mejor toma de decisiones en los ámbitos de la gestión clínica y de la gestión de los servicios de salud.

Muchas veces hemos comentado en distintos foros que el Sistema Sanitario Público de Andalucía es una organización inteligente. Una organización que produce conocimiento y que aprende en el día a día a partir de los datos que otros compañeros y otras personas, en cualquier parte del mundo, han podido poner en valor para seguir caminando en un sistema sanitario universal, público y gratuito, en donde las personas, los ciudadanos, son el centro del sistema.

Ello sólo es posible cuando los profesionales tenemos herramientas que nos permitan acceder al mejor de estos conocimientos, y también transmitirlo, comunicarlo, debatirlo...y, en definitiva, ir alimentándolo de las cuestiones cotidianas que cada uno, en nuestro puesto de trabajo, estamos desarrollando.

No somos ajenos a que el conocimiento científico se genera a partir de las evidencias, a partir de los estudios, a partir de los datos, también en la gestión clínica y en la gestión de los servicios de salud. Por eso, os animo no sólo a consultar los instrumentos, los elementos, los diferentes artículos, que van a ir apareciendo en este portal, sino también que nos hagáis llegar vuestras sugerencias, vuestras aportaciones, vuestras buenas prácticas clínicas, que permitan que entre todos sigamos consolidando un sistema que persigue el interés general de todos los ciudadanos, pero también el desarrollo profesional de todos los que lo hacemos posible en el día a día.

Gracias



Entrevistas

Entrevistamos a José Luis Gutiérrez Pérez. Director gerente del Servicio Andaluz de Salud

"La Gestión Clínica en Andalucía se encuentra en continuo avance, teniendo como ejes imprescindibles la multiprofesionalidad, la pluridisciplinaridad y la participación ciudadana"

¿Cómo valora la puesta en marcha de esta nueva herramienta, "Evidencias en gestión clínica y gestión de servicios de salud"?

La iniciativa Evidencias es un elemento de innovación y supone una profundización en la génesis y gestión del conocimiento sobre la corresponsabilidad de profesionales y ciudadanos en la gestión de los servicios sanitarios. Viene, por lo tanto, a ocupar una de las áreas más deficitarias que tienen los sistemas de salud.

En este sentido, existe una amplia literatura científica sobre los modelos organizativos pero son grandes los vacíos en lo que respecta a cómo se pueden sustituir las organizaciones jerárquicas, verticales, de los centros hospitalarios y de atención primaria por un modelo matricial, horizontal en red, en el que los nodos de esa red no sean los centros sanitarios ni sus estructuras administrativas sino las Unidades de Gestión Clínica que impulsan modelos profesionales basados en la corresponsabilidad y la descentralización.



Evidencias pretende generar y aportar conocimiento específico, con datos contrastables, fiables y verificables, sobre cómo se está produciendo el empoderamiento de los profesionales, el desarrollo de mayores márgenes de autonomía organizativa y el compromiso de la corresponsabilidad de profesionales y ciudadanos en el seno de las Unidades de Gestión Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Además, va a ser una nueva herramienta de fácil acceso y utilidad directa que nace con una vocación muy dinámica y abierta, por lo que no sólo se trata de un repositorio de conocimiento institucional de ámbito autonómico sino una ventana abierta al mundo de las Evidencias científicas con un carácter universal.

En el momento actual, la sostenibilidad del sistema sanitario público se encuentra en permanente debate. ¿Cómo puede contribuir a ello esta nueva herramienta?

En Andalucía siempre hemos entendido que la sostenibilidad del sistema sanitario público tiene un doble componente. En primer lugar, la viabilidad económica, que es la parte que recientemente ha absorbido todo el discurso político y gran parte del debate social. Pero me interesa mucho destacar la importancia relativa y el peso específico del segundo componente de la sostenibilidad: la legitimidad social. Para la Consejería de Salud y Bienestar Social es el más importante componente, porque, fueran cuáles fueran las medidas económicas orientadas a hacer viables económicamente los sistemas sanitarios públicos, no tendrían sentido si los ciudadanos decidieran no seguir sustentándolos.

"Evidencias es una nueva herramienta de fácil acceso, una ventana abierta al mundo de las Evidencias científicas"

En este sentido, la iniciativa Evidencias se va a volcar sobre el empoderamiento de los y de las profesionales y la ciudadanía, sin dejar de contemplar las claves económicas que determinan la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El portal Evidencias va a romper mitos, señalará hitos y contrastará con base científica actuaciones sustentadas por la experiencia práctica. Además, formulará propuestas siempre orientadas al desarrollo de la participación y corresponsabilidad profesional y ciudadana en la estructura medular de nuestro sistema de salud.

¿Qué papel juega la Gestión Clínica en este marco de corresponsabilidad? ¿Y cómo se fomenta desde la Administración Sanitaria?

En Andalucía, definimos la Gestión Clínica esencialmente como un escenario compartido en el que se producen y

desarrollan nuevas dinámicas de relación entre los principales protagonistas del sistema sanitario, que son los profesionales y los ciudadanos. En este escenario compartido es en el que se da respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos a través de la práctica asistencial y los profesionales materializan plenamente su carrera y desarrollo profesional.

Este escenario compartido que denominamos Gestión Clínica se estructura en unidades (células) de organización que se denominan Unidades de Gestión Clínica, que necesariamente tienen que resultar de un proceso de agrupamiento profesional de áreas afines con el fin primordial de dar una respuesta de calidad a los principales problemas de salud de los y de las andaluces. Por este motivo, se hace imprescindible que estas unidades agreguen de manera eficiente al conjunto de profesionales que tienen que dar respuesta unitaria a sus problemas de salud.

Por lo tanto, la Gestión Clínica supera la tradicional división de las profesiones sanitarias y de las especialidades médicas ya que son los profesionales los que se tienen que organizar para dar respuesta a los problemas específicos de salud detectados en la población y, en consecuencia, se hace imprescindible que la ciudadanía no desempeñe meramente un papel pasivo sino que interactúe de forma activa y protagonista junto con los profesionales sanitarios.

La Administración sanitaria desempeña un papel fundamental en la tutela del ejercicio de los derechos de los ciudadanos, garantizando la calidad, la equidad y la accesibilidad, y ejercitando la sostenibilidad del sistema, pero lo esencial es el protagonismo principal que desarrolla la interacción de profesionales y ciudadanos, no sólo en los espacios asistenciales ya que la salud también debe ser prevenida, promovida y protegida.

Para ello, la Administración sanitaria andaluza lleva más de una década impulsando la Gestión Clínica a través de la toma de decisiones que, basadas en criterios profesionales, faciliten y favorezcan tanto la legitimidad como la sostenibilidad del sistema, buscando mucho más allá que el impacto directo de la eficiencia. Por ejemplo, el uso racional del medicamento, que Andalucía lleva desarrollando hace más de quince años, es una política basada en el compromiso y la corresponsabilidad de los profesionales, dado que éstos han dejado de prescribir por marca. Esta decisión ha facilitado la obtención de mejoras económicas muy importantes y, recientemente, ha posibilitado la selección pública de medicamentos prescritos por principio activo. El ahorro logrado en el Sistema Sanitario Público de Andalucía con estas iniciativas en la última década se puede cifrar en 1.200 millones de euros y se ha conseguido sin perjuicio de la atención a los usuarios. Este ahorro ha podido ser reinvertido en infraestructuras, dotación de recursos humanos y mejoras de los procesos asistenciales.

"La sostenibilidad del sistema sanitario público tiene un doble componente, económico y social"

¿Estamos ante la configuración de un nuevo mapa de unidades de Gestión Clínica?

En este sentido, la Administración sanitaria ha modificado recientemente el marco organizativo de la gestión de sus centros para facilitar la Gestión clínica. Al objeto de facilitar el desempeño por parte de los profesionales de labores que tradicionalmente han sido consideradas como directivas, el Servicio Andaluz de Salud ha acometido una reducción histórica de más del 40% del personal directivo en sus centros sanitarios.

Asimismo, hemos tomado esta importante decisión orientada a fomentar, de forma inequívoca, la convergencia y el agrupamiento del conjunto de estructuras asistenciales que, antaño, fueron planificadas con criterios de territorialidad y accesibilidad geográfica tradicionales y que, en la actualidad, deben ser reorientadas hacia la facilitación del acceso de los/las ciudadanos a los resultados en salud, más importante que la accesibilidad geográfica a los servicios sanitarios.

Todo ello va a tener, sin duda, repercusión en el mapa de distribución de las Unidades de Gestión Clínica en Andalucía, ya que, en la búsqueda de la mejor respuesta asistencial a las necesidades de la ciudadanía, la Gestión Clínica está en permanente avance y desarrollo dinámico pero, en todo momento, mantendrá unos elementos imprescindibles comunes como son: la mejora en la obtención de resultados en salud, la agregación eficiente, la multiprofesionalidad, la pluridisciplinariedad y la participación ciudadana.

¿En qué medida la Gestión Clínica ha colaborado en los avances en investigación experimentados en Andalucía?

La investigación biomédica ha avanzado espectacularmente en Andalucía en los últimos años, hasta el punto que nuestra Comunidad Autónoma se caracteriza por ser, indiscutiblemente, una biorregión sanitaria en la que la investigación biomédica es una de sus señas de identidad incuestionable. La práctica asistencial de las casi 1.000

Unidades de Gestión Clínica que existen en Andalucía se encuentra impregnada por la investigación al igual que lo está por las labores de formación.

Más concretamente, en los últimos cuatro años se ha producido un salto cualitativo importantísimo en Andalucía ligado a que las Unidades de Gestión Clínica tienen marcados objetivos anuales no sólo en los entornos tradicionales de asistencia sanitaria y formación sino también en la generación del conocimiento, esto es la investigación clínica, y la innovación, basados en la práctica asistencial y en la aplicación directa al día a día de aquellas ideas medidas y procedimientos innovadores que resultan de la investigación. En este sentido, se ha ido produciendo un crecimiento muy importante, impulsado desde la dirección corporativa, para potenciar y facilitar al máximo estas tareas. Así, se han puesto en marcha mecanismos, públicos y competitivos, como la intensificación de la actividad investigadora de las Unidades de Gestión Clínica --que permite la liberalización parcial de algunos de sus profesionales para las tareas investigadoras--, la incorporación de investigadores y técnicos a las plantillas de Unidades de Gestión Clínica y la disposición de incentivos específicos en los acuerdos de gestión de cada una de las unidades.

Finalmente, ¿cree que el modelo de Gestión Clínica está presente en otras comunidades al mismo nivel de desarrollo que en Andalucía?

La Comunidad Autónoma andaluza representa la expresión de un modelo de Gestión Clínica en un nivel de vanguardia tan avanzado que, actualmente, ningún sistema sanitario público español tiene un desarrollo comparable.

Además, cuando en otras Comunidades Autónomas y en diversos colectivos profesionales de orientación corporativa se habla de Gestión Clínica no se están refiriendo a la misma experiencia que se está desarrollando desde hace ya más de una década en Andalucía.

Si nos vamos a la definición etimológica de los términos "gestión" y "clínica", todos los profesionales sanitarios en su práctica asistencial practican "gestión clínica", porque toman decisiones que generan gastos, consumen recursos, incorporan tecnologías, (considerando

"Andalucía lleva más de una década impulsando la Gestión Clínica"

también los medicamentos como recurso tecnológicos de la práctica asistencial), administran equidad, establecen relaciones de agencia con los/las pacientes, etc.. Por tanto, es inseparable de la actuación asistencial un marco de gestión en la práctica clínica que, en todo caso, debe hacerse desde la ética asistencial (bioética).

En muchos discursos profesionales y, en expresiones políticas de otras Comunidades Autónomas, se coloca la gestión clínica como un estandarte que se alinea fácilmente con cualquier propuesta programática pero en un marco tan ambiguo y con una definición tan amplia que, al final, no se materializa en la práctica en realidades tangibles y concretas.

En Andalucía, todos los profesionales sanitarios trabajan en una Unidad de Gestión Clínica, se integran en un equipo que tiene firmado un acuerdo de gestión anual con la administración de su centro fruto de la negociación y reciben una remuneración variable ligada, en un porcentaje muy importante, a la evaluación de su trabajo individual y al resultado del equipo.

Todas las Unidades de Gestión Clínica cuentan con una comisión de participación ciudadana en la que se encuentran dos ciudadanos elegidos por sorteo que, junto con los profesionales, interaccionan y aportan su visión para el desarrollo de la unidad. El proceso de selección de estas personas es democrático y su sistemática es similar a la utilizada para elección de los ciudadanos para participar en la Administración de Justicia (elección del jurado).

Finalmente, en Andalucía, hasta el 40% de los objetivos a conseguir de los acuerdos de gestión de las Unidades de Gestión Clínica son aportados por las sociedades científicas, para lo que se han firmado acuerdos de colaboración específicos que no sólo se limitan a la formulación de indicadores de calidad y transparencia sino que también alcanzan a la validación de los resultados obtenidos, en un proceso de participación y transparencia sin referentes en otras comunidades autónomas.

Podemos concluir que no existe en el Sistema Nacional de Salud un modelo de Gestión Clínica que alcance el desarrollo de Andalucía ni que se le asimile en el conjunto de sus características definitorias.

Revisiones

Estancias hospitalarias inadecuadas

Duración de la estancia como factor de riesgo para estancias inadecuadas en el hospital: relación con la edad del paciente y su comorbilidad.

[Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and co-morbidity]

Resumen

Objetivos: La probabilidad de días de estancia inadecuada depende de las características del paciente, la organización de la asistencia sanitaria del hospital y la coordinación entre el hospital y el resto del sector sanitario. El objetivo del estudio ha sido valorar si ciertas condiciones sociodemográficas y factores médicos afectan de forma inadecuada a los días de estancia hospitalaria, incluyendo posibles interacciones, como la edad y la comorbilidad.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo usando el protocolo europeo de evaluación de estancias adecuadas (AEP). Un total de 438 días de estancias hospitalarias en camas de hospitalización médica fueron analizadas en un hospital universitario situado en el norte de Italia durante 3 días en septiembre de 2010.

Resultados: 44,6% de los días de estancias hospitalarias fueron consideradas como inadecuadas. Se dio más frecuentemente en pacientes cuya duración de la estancia en el hospital fue superior a 10 días. La edad y comorbilidad no fueron en sí mismas factores de riesgo para presentar estancias inadecuadas; sin embargo, en pacientes jóvenes hospitalizados durante más de 10 días, la ausencia de enfermedad crónica sí fue un factor predictor. Manejo conservador del paciente, falta de planificación del alta y retrasos en procedimientos diagnósticos y terapéuticos fueron las causas más frecuentes que contribuyeron a la presencia de estancias inadecuadas como factores asociados al médico y relacionados con el hospital.

Conclusiones: La actitud médica y la organización del hospital son todavía las razones más frecuentes para la presencia de estancias inadecuadas. Una monitorización de la duración de la estancia hospitalaria, combinado con la presencia de protocolos diagnósticos, de tratamiento y planificación del alta, probablemente mejorarían la eficiencia en esta área médica.

Comentario

Las causas que producen estancias inadecuadas durante un ingreso hospitalario, suelen ser múltiples. Éstas pueden ser variadas e incluyen las características del propio paciente, la organización interna del hospital y la coordinación de éste con el resto de servicios sanitarios y sociales. Por ello, es crucial conocer qué factores pueden ser críticos para que se produzca un incremento de estancias inadecuadas. Los autores realizan un estudio de tres días de duración en el área de medicina interna de un hospital durante la época de baja frecuentación y valoran la posible influencia de determinados factores en un incremento de la estancia hospitalaria. Demuestran, al igual que en otros estudios previos, que la edad, sexo, distancia a su domicilio y co-morbilidad, no influyen de forma aislada en un incremento de estancias inadecuadas, mientras que la duración del ingreso hospitalario superior a 10 días, sobre todo en jóvenes, sí es un factor predictor, solo o en combinación con las anteriores. Casi el 90% de la estancia inadecuada se relacionó con el sistema organizativo del hospital y con los protocolos de manejo clínico, diagnóstico o terapéutico. Menos del 15% se relacionó con falta de alternativas de otros recursos sociosanitarios.

Este estudio no hace más que confirmar los resultados de estudios que indican que la organización del propio servicio médico y la presencia de protocolos de diagnóstico y tratamiento son todavía la causa más frecuente de estancias inadecuadas.

Referencia

Barisonzo R, Wiedermann W, Unterhuber M, Wiedermann C. Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and co-morbidity. *Journal of evaluation in clinical practice* 19 (2013): 80-85.

Enlace

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2011.01775.x/full>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Evolución internacional de la esperanza de vida sana 1990-2010**Esperanza de vida sana de 187 países, 1990-2010: un análisis sistemático del estudio Global Burden Disease 2010.**

[*Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010*]

Resumen**Antecedentes**

La esperanza de vida sana o esperanza de vida ajustada por salud (EVAS-HALE) resume los resultados de mortalidad y de pérdida de salud en una única medida de la salud de la población. Se utiliza para comparar la salud entre países, o para medir los cambios a lo largo del tiempo. Estas comparaciones pueden orientar políticas que tengan en cuenta la forma en la que cambia la morbilidad a medida que disminuye la mortalidad. Se calculan las EVAS actuales y los cambios que han experimentado durante las últimas dos décadas en 187 países.

Métodos

Utilizando los datos del "Global Burden of Disease Study" (GBD) 2010, se evaluó la EVAS para 1990 y 2010. La EVAS se calcula utilizando tablas de vida que incorporan estimaciones de la salud por cada intervalo de edad. Los datos del GBD 2010 incluyen información específica por edad para las tasas de mortalidad y prevalencia de 1.160 secuelas, así como pesos de discapacidad asociados con 220 estados de salud diferentes relacionados con estas secuelas. Las estimaciones de la salud media de cada grupo de edad se calculan ajustando por comorbilidad mediante un método de simulación Monte Carlo para reflejar cómo pueden combinarse en un individuo múltiples morbilidades. Estas estimaciones se incorporan en la tabla de vida por el método de Sullivan para estimar las EVAS por sexo, país y año. Se estiman los efectos que produce en la salud de la población entre 1990 y 2010 los cambios en mortalidad infantil, en mortalidad de adultos, y en discapacidad.

Resultados

En 2010, la EVAS al nacer mundial en hombres era de 59,0 años (intervalo de incertidumbre 57,3-60,6) y en mujeres de 63,2 años (61,4-65,0). En los últimos 20 años, la EVAS se incrementó más lentamente que la esperanza de vida, cada 1-año de aumento en la esperanza de vida al nacer se asocia a un incremento de 10 meses en EVAS. En todos los países en 2010, la EVAS al nacer en hombres osciló entre los 27,8 años (17,2-36,5) en Haití, a 70,6 años (68,6-72,2) en Japón. En mujeres fue de 37,1 años (26,8-43,8) en Haití, a 75,5 años (73,3-77,3) en Japón. Entre 1990 y 2010, la EVAS en hombres aumentó en 5 años o más en 48 países siendo en 43 países donde lo hizo la EVAS en mujeres, mientras que la EVAS en hombres disminuyó en 22 países y en 11 la EVAS en mujeres. Entre países y a través del tiempo, la esperanza de vida está fuerte y positivamente relacionada con el número de años perdidos por discapacidad. Esta relación fue consistente entre sexos, tanto en el análisis transversal como en el análisis longitudinal, y cuando se analizó al nacer, o a los 50 años de edad. Los cambios en discapacidad tuvieron efectos pequeños en los cambios en EVAS en comparación con los cambios en mortalidad.

Interpretación

La EVAS difiere sustancialmente entre países. Dado que la esperanza de vida ha aumentado, el número de años saludables perdidos por discapacidad también se ha incrementado en la mayoría de países, consistente con la expansión de la hipótesis de incremento en la carga de morbilidad, que tiene implicaciones para la planificación de la salud y el gasto sanitario. En comparación con el avance sustancial en la reducción de la mortalidad alcanzado en las últimas dos décadas, se ha logrado relativamente poco en la reducción del efecto sobre la salud de la población de enfermedades y lesiones sin desenlace de muerte. La EVAS es un indicador atractivo para monitorizar la salud post-2015.

Comentario

En los últimos años se ha propuesto un amplio abanico de medidas resumen de la salud de la población (MRSP) debido en parte al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de mayor grado de incapacidad como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Entre ellas podemos encontrarnos un grupo de medidas que hacen referencia a la esperanza de vida en buena salud que combinan mortalidad y morbilidad incorporando una ponderación en los años vividos en un determinado estado de salud. La medida de ponderación es una variable que va de 0 a 1 que suele ser compleja de estimar y que es el principal objeto de discusión de este tipo de medidas.

Por un lado, este artículo resulta de interés por ofrecernos un análisis comparado de la evolución de la salud de la población de 187 países mediante una medida de la esperanza de vida ajustada por salud. Por otro lado, nos proporciona una medida global de salud capaz de reflejar el avance alcanzado en añadir años a la vida sin que este incremento se haya logrado en años libres de incapacidad, sugiriendo por tanto su uso para valorar las mejoras en morbilidad de la población que se pudieran dar en el futuro.

Referencia

Joshua A Salomon, Haidong Wang, Michael K Freeman, Theo Vos, Abraham D Flaxman, Alan D Lopez, Christopher J L Murray. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2144–62

Enlace

<http://ac.els-cdn.com/S0140673612616900/1-s2.0-S0140673612616900-main.pdf...>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Industria farmacéutica y medicamentos. JAMA, British Medical Journal y The Lancet dedican editoriales al sector farmacéutico

Restaurando la confianza en la industria farmacéutica. ¿Hay solución para los delitos empresariales de la industria farmacéutica?. Reforzando una acción global contra la mala calidad de los medicamentos.

[*Restoring confidence in the pharmaceutical industry (JAMA). Is there a cure for corporate crime in the drug industry? (BMJ). Strengthening global action against poor quality drugs (The Lancet)*]

Resumen

Con el título "**Restaurando la confianza en la industria farmacéutica**", el **Journal of the American Medical Association (JAMA)** refiere en editorial que la credibilidad de la investigación realizada o financiada por la industria farmacéutica se viene deteriorando en los últimos años. Se han publicado numerosos informes, que afectaban a las más importantes multinacionales y que detallaban casos de manipulación u omisión de datos en la investigación financiada por la industria. En un estudio se analizó como los datos aportados a la US Food and Drug Administration (FDA) para el registro de los medicamentos, en muchos casos no habían sido aún publicados hasta 5 años después de la aprobación del medicamento. Por otro lado, la industria farmacéutica se enfrenta a una sociedad muy diferente a la de hace unos años. En la actualidad, la tolerancia a los riesgos de los medicamentos es menor y la exigencia de responsabilidad a las farmacéuticas de los efectos de sus medicamentos es universal, a la vez que crece la demanda de transparencia y de rendición de cuentas o responsabilidad. Los autores proponen a la industria varias opciones:

1. que el análisis de los datos de los Ensayos Clínicos patrocinados por la industria sea realizado por investigadores académicos independientes.
2. que los informes de resultados de los Ensayos Clínicos sean realizados por investigadores independientes, especialmente los primeros borradores del mismo.
3. que se ponga a disposición pública de investigadores cualificados todos los datos crudos de los ensayos. Diversas iniciativas se han anunciado en este sentido tanto de alguna multinacional farmacéutica como de la Agencia Europea del Medicamento (EMA)
4. que la industria evite la publicidad directa a los consumidores después de la comercialización de un producto hasta que los estudios de farmacovigilancia se hayan completado.

Por su parte, **British Medical Journal** titula su editorial **¿Hay solución para los delitos empresariales de la industria farmacéutica?** En su editorial comienza afirmando que a propósito del 30 aniversario de un artículo emblemático que mostraba los comportamientos corruptos y no éticos de la industria farmacéutica, hay evidencias de que poco ha cambiado. Recoge el editorial que la mayoría de los nuevos medicamentos ofrecen poca o ninguna ventaja terapéutica sobre los productos ya existentes, siendo que la promoción juega un papel muy importante para posicionarse en el mercado. En un mercado saturado y competitivo, la tentación para que las empresas recurran a la publicidad engañosa es grande.

Recientemente, la Unión Europea ha legislado para evitar este tipo de actuaciones por parte de la industria, a través de la imposición de multas por estos hechos a las empresas farmacéuticas. Sin embargo, -afirma el editorial- puede que esto no sea suficiente y llegue demasiado tarde. Otras sanciones que se debaten incluyen la eliminación de los derechos de patentes o el procesamiento penal de los ejecutivos de las empresas. Se pregunta el editorial ¿Por qué las agencias reguladoras de medicamentos han desempeñado un papel tan pequeño en perseguir judicialmente a las grandes empresas, dadas las evidencias de la amplia actividad ilegal descubierta en casos recientes en los EE.UU? Y concluye afirmando que casos individuales de mala conducta corporativa son indicativos de mayores problemas sistémicos. Si las empresas continúan "saliéndose con la suya" dependerá, en parte, de si los reguladores pueden desarrollar sistemas fiables de detección, aplicación y sanciones. El refuerzo efectivo del marco que regula su actividad, requiere más recursos y más determinación para imponer sanciones más robustas.

Por último, **The Lancet** titula su editorial **Reforzando una acción global contra la mala calidad de los medicamentos**. En su editorial analiza el problema de los medicamentos falsificados o de mala calidad a raíz de que la US Food and Drug Administration (FDA), comisionada por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos,

haya publicado unas recomendaciones (Febrero 2013). El Informe describe la ausencia de datos fiables a nivel mundial sobre este problema, encontrando que en 2011, al menos 124 países se vieron afectados, la mayoría países de rentas bajas o medias, precisamente los que disponen de peores sistemas de farmacovigilancia.

Las cadenas internacionales de fabricación, distribución y suministro de medicamentos falsificados o de mala calidad se han hecho cada vez más complejas, siendo difíciles de detectar por los gobiernos. El informe recomienda sistemas de trazabilidad y pide a la OMS una definición clara de medicamento de baja calidad, un código de práctica y una guía de farmacovigilancia, regulación y refuerzo legal.

Comentario

JAMA como otras grandes revistas biomédicas lleva años preocupada por los fraudes y las manipulaciones en los artículos que a veces se publican, especialmente los grandes ensayos clínicos de nuevos medicamentos. Este editorial es uno más en una cadena repetida que tiene dos virtudes: que actualiza a fecha de hoy el estado del arte en esta cuestión y que supone un nuevo espaldarazo a los intentos de rearme ético de algunas multinacionales y agencias reguladoras por parte de tan prestigiosos editores y revista.

De la editorial del **BMJ**, es coautor J. Abraham, profesor en el Department of Social Science, Health and Medicine, King's College, en Reino Unido, de amplia trayectoria y numerosas publicaciones de análisis de la industria farmacéutica, la última de las cuales es el libro de próxima publicación 'Unhealthy Pharmaceutical Regulation: Innovation, Politics and Promissory Science'. Entre sus tesis, destaca la consideración de que cada vez se ponen en el mercado menos medicamentos verdaderamente innovadores por parte de la industria farmacéutica, mientras que sus costes se disparan exponencialmente.

Por último, **The Lancet** en su editorial recomienda sistemas de trazabilidad que monitoricen la calidad de los medicamentos. El Ministerio de Sanidad español lleva ya muchos años negociando con Farmaindustria y el Consejo de Colegios Farmacéuticos un modelo de trazabilidad moderno. Aunque oficialmente el asunto está parado por una decisión tecnológica (si utilizar códigos de barras o radiofrecuencias) en el fondo los motivos parecen ser de índole económica, debido a la falta de voluntad por parte de la industria farmacéutica de asumir los costes. Sin embargo, los casos de falsificaciones en España han sido anecdóticos, excepto con el siempre peligroso mercado de Internet.

Referencia

Bauchner H, Fontanarosa PB. Restoring confidence in the pharmaceutical industry. JAMA. 2013 Feb 13;309(6):607-9

Davis C, Abraham J. Is there a cure for corporate crime in the drug industry? BMJ 2013 Feb 6;346:f755

The Lancet. Strengthening global action against poor quality drugs. The Lancet. 23 February 2013 (Vol. 381, Issue 9867, Page 599)

Enlace

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1570264>

<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f755>

[http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60326-8/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60326-8/fulltext)

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Diseñando las vacunas del mañana

Diseñando las vacunas del mañana

[*Designing Tomorrow's Vaccines*]

Resumen

Las vacunas tradicionales han mostrado un éxito sin precedentes en la prevención de las enfermedades infecciosas y en la mejora de la salud de la población reduciendo la mortalidad y la morbilidad ante una gran multitud de amenazas microbianas. El éxito de tales terapias anuncia la llegada de una nueva era para las vacunas. El mayor conocimiento de la inmunidad humana y de la diversidad microbiana ha servido de catalizador de los avances que pueden adoptarse para mejorar la salud pública. A pesar de los continuos desafíos, el esfuerzo colectivo de los gobiernos y organizaciones sin fines de lucro para extender el uso de vacunas eficaces en todo el mundo ha crecido sustancialmente. Los avances científicos, médicos y biotecnológicos permiten mejorar el uso de las vacunas existentes y ampliar los horizontes de las vacunas del mañana.

Comentario

En los últimos años, los avances científicos y técnicos han propiciado una marcada evolución en algunas áreas de la medicina. La Vacunología destaca como un área en pleno desarrollo en cuanto a la investigación biomédica. Su objetivo principal no se centra solo en combatir las enfermedades para las que actualmente no existen vacunas sino que, pretende aumentar respuestas inmunitarias más fuertes y duraderas. El avance en el conocimiento del sistema inmunitario y de las reacciones huésped-patógeno en los diferentes estadios de la infección ha proporcionado un cambio en la perspectiva de conceptos clásicos y ha fomentado el diseño de estrategias nuevas en el desarrollo de vacunas.

No obstante, y a pesar de las diferentes razones citadas por el autor en este artículo que explican el por qué las vacunas tradicionales todavía no han alcanzado todo su potencial, se debe hacer notar la existencia de una pérdida de oportunidades para vacunar, aun teniendo en cuenta la amplia disponibilidad de vacunas y de la implantación de programas de inmunización estructurados fundamentalmente en los países desarrollados.

Los esfuerzos para el desarrollo de nuevas vacunas junto con la mejora del desempeño de programas de vacunación existentes conseguirán en un futuro reducir la mortalidad y la morbilidad prevenible por vacuna asociada a la enfermedad.

Referencia

Nabel G J. Designing Tomorrow's Vaccines. N Engl J Med 2013; 368:551-560

Enlace

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1204186>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Prevención de partos prematuros, análisis y tendencias en países desarrollados**La prevención del parto prematuro: un análisis de las tendencias y posibles reducciones con intervenciones en 39 países con un índice de desarrollo humano alto**

[Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index]

Resumen**Antecedentes**

Cada año mueren 1.1 millones de niños por prematuridad y muchos de los que sobreviven presentan minusvalías. En todo el mundo 15 millones de niños nacen pretérmino (< de 37 semanas de gestación), con dos décadas de aumento de las tasas en casi todos los países con datos fiables. El conocimiento de las claves y potenciales beneficios de las intervenciones preventivas de los nacimientos pretérminos es pobre. Se estudiaron las tendencias y se analizó la reducción potencial de nacimientos pretérminos en países con un alto índice de desarrollo humano, si presentaban implementación de intervenciones basadas en la evidencia. El análisis pretende informar el rango de reducción de los nacimientos pretérmino.

**Método**

Los países fueron evaluados para su inclusión en función de la disponibilidad y calidad de datos de prevalencia de partos pretérmino (2000-2010), y se realizó un análisis de tendencias y proyecciones. Se analizaron las claves de la tasa de incremento en Estados Unidos, 1978-2004. Para 39 países con alto índice de desarrollo humano, con más de 10.000 nacimientos, se realizó un análisis por país basado en la población, incremento de la cobertura, y eficacia de las intervenciones. Se estimó el ahorro de costes en base a los costes recogidos respecto a los cuidados prematuros en Estados Unidos ajustados según la paridad del poder adquisitivo del Banco Mundial.

Resultados

Desde 2010, incluso si todos los países con alto índice de desarrollo humano hubieran conseguido una reducción de tasas de prematuros similar a los que han tenido mejor resultado, durante los años 1990 hasta 2010 (Estonia y Croacia), 2000-10 (Suiza y Suecia) o 2005-2010 (Lituania, Estonia), las tasas habrían experimentado una reducción relativa menor al 5% de media para 2015 en los 39 países. Nuestro estudio sobre el aumento de la tasa de nacimientos pretérmino desde 1989 hasta 2004 en Estados Unidos, sugiere que la mitad de los cambios no son explicables, pero las claves más importantes incluyen inducción del parto según indicaciones no médicas y parto por cesárea y técnicas de reproducción asistida. Para los 39 países con alto índice de desarrollo humano, cinco intervenciones con alta cobertura mostraron una reducción del 5% de la tasa de partos pretérmino, desde 9,59 hasta 9,07 de los recién nacidos vivos: abandono del hábito tabáquico (0,01 tasa de reducción), disminución de la transferencia múltiple de embriones en las técnicas de reproducción asistida (0,06), cerclaje cervical (0,15), suplementos de progesterona (0,01) y reducción de las indicaciones de inducción de parto y cesárea(0,29). Estos hallazgos se traducen en aproximadamente 58.000 nacimientos pretérmino evitados y un ahorro anual total de aproximadamente 3 mil millones de dólares US.

Interpretación

Se recomienda un objetivo conservador en cuanto a la reducción de la tasa de partos prematuros del 5% para 2015. Nuestros resultados ponen de manifiesto la necesidad urgente de investigar los mecanismos subyacentes en los partos prematuros y desarrollar intervenciones innovadoras. Es más, las tasas más elevadas de nacimientos prematuros se producen en contextos de bajos ingresos donde las causas de prematuridad podrían diferenciarse y tener soluciones más sencillas como espaciar los nacimientos y tratar las infecciones durante el embarazo, que los resultados en países con altos ingresos. La atención urgente en estos casos es también crucial para reducir los nacimientos pretérmino en todo el mundo.

Comentario

El artículo resulta atractivo, en primer lugar por lo innovador del objetivo de estudio en sí, no existe en la

bibliografía estudios similares. Además pone de manifiesto algunas conclusiones de relevancia, la primera la falta de datos objetivos adecuados incluso en países con un alto nivel de desarrollo respecto a tasas y tendencias en cuanto a nacimientos prematuros. En segundo lugar la necesidad de seguir avanzando en conocimientos científicos en todo lo que rodea a la patogénesis del embarazo y puerperio, de una manera especial en lo que respecta a las causas o factores implicados en el parto prematuro. Resulta llamativa la relevancia del problema por los costes económicos que suponen frente a la escasez de estudios, y medidas de intervención sistematizadas en los países desarrollados. Dado que los nacimientos prematuros aparecen como la primera causa de muerte en menores de 5 años, y se relaciona con altos índices de morbilidad en la infancia, es necesario promover políticas y apoyar iniciativas que permitan conocer los mecanismos implicados en cada país en particular, para poder desarrollar medidas coste efectivas.

Referencia

Hannah H Chang, Jim Larson y col. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. Lancet 2013; 381: 223–34.

Enlace

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61856-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61856-X)

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

"No está seguro en sus manos". Una transformación radical de NHS**No está seguro en sus manos***[Not safe in their hands]***Resumen**

Desde que el gobierno actual llegó al poder en mayo de 2010, el NHS ha sido objeto de una constante e intensa corriente subversiva de propaganda adversa, que se inició, de forma completamente deliberada, en un momento en el que gozaba de una satisfacción pública sin precedentes en la historia del servicio de salud.

Contra toda lógica, se ha tendido a minimizar la influencia de los fallos del sistema que están continuamente provocados por la efectos de las restricciones financieras, por las alteraciones de la innecesaria "reforma" estructural y los efectos adversos provocados por la austeridad en la salud de los pobres y vulnerables.

Al mismo tiempo, la propaganda ha socavado profundamente la moral de la gran mayoría de los trabajadores de la salud, comprometidos y plenamente conscientes. Los gobiernos tal vez deberían trabajar más en serio para recordar que existe una ética de la reciprocidad y que cosechamos lo que sembramos; la historia nos muestra que cuando los gobiernos pierden de vista estas cosas se convierten en un peligro para ellos mismos y para su pueblo.

Escuchamos todo el tiempo hablar sobre la necesidad de la atención, del cuidado y de compasión en el Sistema Nacional de Salud, y ningún grupo puede ser más consciente de estas necesidades, que los pacientes y quienes luchan para cuidar de ellos.

Sin embargo, aún hay muy poca evidencia valiosa en términos de atención y compasión, en la dirección en la que el gobierno está tratando a las personas pobres y vulnerables, a las personas con discapacidad o al enorme ejército de profesionales y trabajadores de la salud.

Mientras tanto, el NHS ya está en el proceso de cosechar lo que el gobierno ha sembrado en términos de socavar los cimientos del servicio nacional de salud en relación con la responsabilidad compartida, la reciprocidad y solidaridad social y poniéndolo a disposición para la búsqueda del beneficio privado. Como consecuencia directa de todo esto, no está seguro en las manos del gobierno y no parece probable que jamás lo esté así.

Comentario

El Servicio Nacional de Salud en Inglaterra (National Health Service, NHS, en sus siglas inglesas) se enfrenta en la actualidad a la mayor transformación organizativa como servicio de salud, desde que fue creado en 1948 por el gobierno laborista salido de las urnas en 1945 y presidido por Attlee, tras la finalización de la segunda guerra mundial y tras derrotar a Churchill -quien mantuvo una oposición frontal a la creación del NHS- en dichas elecciones. El arquitecto del NHS, organizado como una pieza esencial del estado de bienestar basada en proporcionar una asistencia sanitaria universal y gratuita, fue Bevan, Ministro de Salud, cuyo liderazgo y determinación fueron decisivos para poner en marcha en julio de 1948 el NHS. Hablando en la Cámara de los Comunes, a pocos meses de crearse el NHS, manifestaba lo siguiente: "A pesar de nuestras preocupaciones financieras y económicas, aún somos capaces de... llevar a cabo la cuestión más civilizada del mundo: poner el bienestar de los enfermos por encima de cualquier otra consideración."

Más de 60 años después, sus palabras mantienen una extraordinaria vigencia. Porque el NHS está siendo sometido a la mayor transformación desde su creación, que está socavando las bases fundamentales de solidaridad social, equidad y universalidad que lo definían. Para dar entrada, como la autora señala, al beneficio privado.

Entre las transformaciones actuales, aprobadas por una ley en 2012, una de las más importantes esta vigente a partir del 1 de abril de 2013. Tales transformaciones han concitado una enorme y casi unánime oposición profesional, así como un amplio rechazo social ante el desmantelamiento y transformación del NHS. Y una reflexión profesional, social, ética, organizativa y económica de enorme calado por su impacto en la salud de los ciudadanos y en el desempeño de los profesionales.

La autora del artículo, recientemente jubilada, trabajó como médico de atención primaria (GP) en el NHS durante 35 años. Desempeñó diversas responsabilidades en el Royal College of General Practitioners del que además fue presidenta de su Comité de Ética, del Comité Internacional, y del Grupo Permanente de Desigualdades de Salud. Entre otras responsabilidades, además presidió el Comité de Ética de la revista BMJ

de 2004 a 2009.

Referencia

Iona Heath. Not safe in their hands.
BMJ 2013;346:f1004

Enlace

<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1004>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Genómica del cáncer. Implicaciones para la medicina

Las implicaciones para la medicina de la secuenciación genómica del cáncer

[*The Implications of Clonal Genome Evolution for Cancer Medicine*]

Resumen

La secuenciación genómica del cáncer ha suscitado el interés de la comunidad científica en los últimos años. El desarrollo de potentes técnicas para conseguirlo, así como la disminución de los costes de las mismas hace posible la secuenciación de los genes en un tumor. Se cree que la mayoría de los tumores son la evolución de clones celulares; esto necesariamente obliga en los próximos años a intentar secuenciar las múltiples mutaciones de estos clones.

En este artículo se revisan las implicaciones clínicas de este concepto enfocándolo especialmente en los tumores epiteliales.

Las primeras observaciones al respecto, fueron realizadas en cánceres epiteliales y hematológicos donde se comprobó que un tumor se comporta a modo de ecosistema dinámico, en el cual, diferentes clones celulares, con sus particularidades, evolucionan a partir de la primitiva célula tumoral. Por lo tanto, no todas las mutaciones ocurrirían en las mismas células, y pueden cambiar evolutivamente así como con respecto a las células tumorales metastásicas, existiendo una variación interna en la composición tumoral que justificaría tanto las respuestas parciales como las resistencias a la terapia, y cuyo estudio podría dar a conocer los clones biológicamente más relevantes para la enfermedad, así como aquellos con los genotipos que confieren mayor riesgo de progresión o resistencia.

La posibilidad de rastrear la evolución de los clones tumorales a lo largo del tiempo, así como técnicas menos invasivas de caracterización tumoral en ADN circulante, ha abierto un esperanzador campo de investigación así como un nuevo enfoque en la biología del cáncer que permitirá en un futuro encontrar nuevas vías y oportunidades para el desarrollo de terapias antitumorales.

Comentario

El concepto que describía al cáncer como entidad originada a partir de una única célula mutada, siendo el crecimiento del mismo a partir de clones exactos de esa primitiva célula, se encuentra hoy en día en revisión. El desarrollo de diferentes clones tumorales dentro de la misma masa tumoral, con su propia idiosincrasia, explicaría el por qué de la progresión tumoral, el fracaso farmacológico, así como el comportamiento de la metástasis.

La aplicación de este nuevo concepto haría necesaria la biopsia y el estudio genómico de diferentes zonas tumorales, a fin de descartar todos los clones tumorales existentes en ese momento, para así poder adaptar al mismo, el esquema terapéutico más idóneo. De igual forma, dado que las metástasis también seguirían una evolución independiente, la biopsia y secuenciación de las mismas, y su comparación con el tumor primario, sería clave en el enfoque terapéutico.

Una de las principales limitaciones u obstáculos se encontraría por tanto en la necesidad de obtención de muestra tumoral de forma casi constante. Al respecto, resultados preliminares de varios estudios sugieren la posibilidad de secuenciar directamente el ADN tumoral circulante en plasma (conocido con el término de "biopsia líquida"), hecho que conferiría la capacidad de seguir la evolución clonal de los cánceres de una forma menos invasiva.

No obstante, a pesar de un planteamiento teórico realmente prometedor, aún serán necesarios más estudios al respecto para llevar a la práctica médica cotidiana este enfoque.

Referencia

Aparicio S, Caldas C. (2013) The implications of clonal genome evolution for cancer medicine. The New England Journal of Medicine. 2013; 368(9): 842-5.

Enlace

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1204892>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

¿La información de los pacientes sobre sus experiencias de salud refleja la calidad de la atención?

Experiencia del Paciente y Resultados en Salud

[*The Patient Experience and Health Outcomes*]

Resumen

A pesar del creciente uso de las medidas que informan sobre la experiencia del paciente, tanto en investigación como en la toma de decisiones, aún existe gran controversia sobre su legitimidad como instrumento para evaluar la calidad de los sistemas sanitarios.

Las principales afirmaciones que suelen referirse a la escasa utilidad de estas medidas, en especial a las encuestas de satisfacción, se basan fundamentalmente en 3 ideas principales:

1. Los pacientes carecen de conocimientos médicos para hacer un juicio de valor sobre la calidad de la asistencia sanitaria recibida.
2. Los pacientes no siempre evalúan su experiencia basada en factores relacionados con el proceso de calidad de la asistencia sanitaria.
3. Altos niveles de satisfacción pueden tener relación con el deseo de recibir un determinado tratamiento o medicación, más que por su eficacia.

Sin embargo, los autores describen estudios que desmontan tales afirmaciones, aportando evidencia que demuestra una correlación entre satisfacción del paciente y adherencia a las guías de práctica clínica, así como la comunicación con el personal médico y de enfermería, o adherencia a tratamientos.

Por otro lado, exponen 5 puntos que explican la inconsistencia entre la experiencia del paciente y los resultados en salud.

1. Es importante distinguir si la experiencia del paciente se refiere a un episodio específico, o una asistencia más general (un plan de salud); sólo en el primer caso parece haber una relación más directa con el resultado en salud.
2. Las encuestas deben centrarse en la interacción del paciente con el proveedor de la asistencia, considerando todos los agentes implicados en el mismo, no sólo a los médicos. Un estudio realizado por los autores constató que la asistencia prestada por el personal de enfermería y la comunicación son los aspectos que muestran tener una relación más significativa con los la satisfacción general.
3. El tiempo en el que se realiza la encuesta es crucial. Deben realizarse con prontitud para reducir el riesgo de sesgo y de recuerdo impreciso de los hechos.
4. Para eliminar posible factores de confusión, las medidas de resultados deben ser ajustadas por factores de riesgo, y estar estrechamente relacionado con la asistencia recibida por el paciente.
5. Necesidad de tener una definición común de "satisfacción del paciente" con el fin de reducir tanto los posibles malentendidos de su interpretación, y facilitar además, la comparación entre estudios.

Aunque aún existen cuestiones metodológicas sin resolver, principalmente en cuanto a la medida e interpretación de la experiencia de los pacientes, no cabe duda de que estas medidas proveen indicadores sólidos y distintivos de la calidad asistencial. De este modo, el debate debe ir dirigido a cómo mejorar la experiencia del paciente en aspectos que han mostrado tener una relación significativa tanto con la satisfacción, como con los resultados en salud; y mejorar los métodos de recolección de datos y suministro de información.

Comentario

Los autores sugieren, que a través de la mejora de la experiencia de los pacientes en la asistencia recibida, se conseguirá un incremento en los resultados en salud y una mejora en los procesos de atención sanitaria.

El término de experiencia del paciente en la asistencia sanitaria, engloba un concepto más amplio que el de satisfacción. Mientras que la satisfacción se relaciona más con las necesidades y preferencias del paciente, la experiencia incluye además aspectos directamente relacionados con la interacción del paciente en el proceso de la atención sanitaria, como la coordinación en la asistencia, la comunicación con el personal sanitario, respuesta a tratamientos, entre otros.

Resultados obtenidos a partir de la encuesta HCAHPS utilizada en Estados Unidos para evaluar la calidad percibida de los pacientes, muestran que las experiencias relacionadas con la comunicación, el proceso asistencial (tiempos de respuesta y planificación), manejo del dolor, y limpieza, son las experiencias que tienen una alta correlación con la satisfacción global del paciente, y una correlación positiva con una mejora en los procesos de la atención sanitaria, así como, con los resultados en salud.

Según los autores, el uso adecuado de esta información, puede proporcionar información útil y relevante para evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios, y aplicar mejora en los procesos asistenciales. Por tanto, la investigación debe ir dirigida a mejorar la metodología en el diseño de encuestas, y explotación de los datos, para una correcta interpretación de los mismos.

Referencia

Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. N Engl J Med. 2013 Jan 17;368(3):201-3.

Enlace

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1211775>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Los 10 científicos de 2012 para Nature

Los 10 para Nature. Diez personas que han importado en 2012

[*Nature's 10. Ten people who mattered this year*]

Resumen

La revista Nature dedica unas páginas de su último número del año 2012 a glosar los méritos de 10 científicos que a lo largo de este año han destacado por sus importantes aportaciones a la ciencia.

El primero, el descubrimiento del bosón de Higgs, a través de las declaraciones del director del CERN, Rolf-Dieter Heuer. La adaptación de ciudades como Nueva York a las consecuencias del cambio climático que describe Cynthia Rosenzweig, es el segundo campo de interés. El tercero, el exitoso aterrizaje en Marte del Curiosity de la NASA dirigido por el ingeniero Adam Stelzner. El biólogo molecular Cédric Blanpain ha trazado líneas de células madre que desarrollan tumores de mama. El siguiente tema trata de la Iniciativa de Reproductibilidad desarrollada por Elizabeth Iorns para reproducir y validar los estudios publicados en revistas científicas. Jun Wang, director del instituto chino BGI de secuenciación del genoma, describe su aportación para trazar el desarrollo del cáncer y otras enfermedades, apoyando el Proyecto del Genoma Humano. La discriminación de género también en ciencia se demuestra en un experimento sociológico desarrollado por Jo Handelsman. La aportación del matemático británico Tim Gowers a la ciencia fue en el campo de la publicación científica, iniciando un boicot a la multinacional Elsevier que supuso la retirada de la misma del proyecto norteamericano Research Works Act, en contra de la publicación en abierto. El terremoto de L'Aquila, en Italia, centra la aportación de Bernardo De Bernardinis, declarado culpable de homicidio involuntario, como subdirector del departamento italiano de Protección Civil, por no haber previsto el desastre. Finalmente, el virólogo holandés Ron Fouchier describe su lucha con las autoridades norteamericanas y holandesas para publicar su artículo sobre la gripe aviar.

Comentario

La revista Nature se centra en 10 importantes aportaciones a la ciencia en 2012. De entre ellas, destaca la del biólogo del desarrollo Cédric Blanpain, de la Universidad Libre de Bruselas, que trabaja en la trazabilidad de células madre que ayuda a precisar la génesis de los cánceres de mama. Así, sus experimentos demuestran que no todas las células contribuyen de igual manera al desarrollo de tumores: algunas se agotan al cabo de unas pocas divisiones y otras producen miles de clones. La implicación que esto supone en clínica es enorme ya que permite desarrollar fármacos específicos contra líneas específicas de células generadoras de estos tumores. En este mismo campo de los tumores y de otras enfermedades se encuadra el instituto de Genómica de Pekín (BGI) que, como describe su director Jun Wang, a través del Proyecto del Genoma Humano están implicados en la secuenciación de tumores y otras enfermedades.

Referencia

Nature's 10. Ten people who mattered this year. Nature. 2012 [consulta 18 de marzo de 2013];492:335-492.

Enlace

http://www.nature.com/polopoly_fs/1.11997!/menu/main/topColumns/topLeftC...

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Publicación de resultados en salud. Tasas de mortalidad cardiaca

Publicación de las tasas de mortalidad cardiaca: Lecciones para otras especialidades

[Publishing cardiac surgery mortality rates: Lessons for other specialties]

Resumen

El *National Health Service Commissioning Board* ha anunciado recientemente la publicación, en el verano de 2013, de las tasas de mortalidad y otros resultados quirúrgicos de 10 especialidades médicas. Esto ocurre 12 años después de que la investigación pública sobre cirugía cardiaca pediátrica en el Hospital *Bristol Royal Infirmary* recomendara publicar los resultados por equipo asistencial para impulsar la calidad y prevenir errores en la gestión clínica. Los cirujanos cardiacos del Reino Unido estaban trabajando en este sentido cuando en 2005 se aprobó la Ley de Libertad de información (*The Freedom of Information Act*). Esto dio lugar a que el diario *The Guardian* solicitara los resultados de los cirujanos de todos los hospitales, que fueron publicados en abril de 2005. Desde entonces, la Sociedad de Cirugía Cardiorrástica en Gran Bretaña e Irlanda ha publicado las tasas de mortalidad para todos los hospitales del NHS y de aproximadamente el 80% de los cirujanos. Esta iniciativa se ha asociado con claras mejoras en la mortalidad ajustada por riesgo sin evidenciarse consecuencias adversas.

Las 10 especialidades citadas por el Commissioning Board disponen de registros nacionales subvencionados con dinero público a través del *Healthcare Quality Improvement Partnership*. Aunque pasar de registros clínicos a informes por proveedor de la asistencia parece simple, en la práctica existen diferentes desafíos que superar. De este modo, el estudio presenta la experiencia en cirugía cardiaca de adultos en el Reino Unido, para ayudar a informar de este proceso.

Comentario

La publicación de resultados en salud es uno de los grandes retos de los servicios públicos sanitarios. El National Health Service inglés anuncia para verano de este año la publicación de los resultados quirúrgicos de 10 especialidades que tienen registros financiados con dinero público.

Este artículo presenta la experiencia de la sociedad de cirujanos cardiorrásticos de Gran Bretaña e Irlanda, que hacen públicos sus resultados desde 2005. Refieren con detalles cómo recogen datos y la importancia de ajustar por riesgos, de la validación de los datos y de la posterior reevaluación de los profesionales cuyos resultados sean especialmente malos sin justificación aparente.

¿Estamos como servicio de salud preparados para esto? ¿Están los ciudadanos preparados para asumir resultados de este tipo? Entendemos que la respuesta es sí, que la transparencia es fundamental en los tiempos actuales. Eso sí, es fundamental hacerlo con rigor y método, por los propios pares (con la participación de las sociedades científicas) y con el fin único y claro de dar la mejor atención sanitaria posible y mejorar nuestros resultados día a día.

Referencia

Bridgewater B ,Hickey GL ,Cooper G ,Deanfield J ,Roxburgh J. Publishing cardiac surgery mortality rates: lessons for other specialties. *BMJ* 2013;346:f1139

Enlace

<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1139>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Dieta mediterránea y riesgo cardiovascular

Prevención primaria de la enfermedad cardiovascular con Dieta Mediterránea

[Primary prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet]

Resumen

Introducción

Varios estudios observacionales de cohortes y un ensayo clínico de prevención secundaria han demostrado una asociación inversa entre la adherencia a la dieta mediterránea y el riesgo cardiovascular. Este estudio aborda un ensayo clínico aleatorio sobre distintos tipos de dieta en la prevención primaria de eventos cardiovasculares.

Métodos

Se realizó un estudio multicéntrico en España, en el que se incluyeron pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, pero sin enfermedad cardiovascular conocida en el momento de inclusión en el estudio. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a realizar tres tipos de dieta: dieta mediterránea complementada con aceite de oliva virgen extra, dieta mediterránea complementada con surtido de frutos secos, y una dieta control baja en grasas. Los participantes recibieron trimestralmente, sesiones individuales y grupales de entrenamiento dietético, aceite de oliva virgen extra y surtido de frutos secos, dependiendo del grupo asignado, y pequeños obsequios no alimenticios, para el grupo control. El resultado primario era la tasa de eventos cardiovasculares mayores (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, o muerte por causas cardiovasculares). Sobre la base de los resultados de un estudio preliminar, el estudio se interrumpió después de un seguimiento medio de 4.8 años.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 7.447 (rango de edad entre 55 y 80 años); 57% fueron mujeres. Los dos grupos con dieta mediterránea mostraron buena adherencia a la intervención, según la información de consumo suministrada y el análisis de los biomarcadores. El resultado primario ocurrió en 288 participantes. El riesgo relativo ajustado fué de 0,70 (IC 95% 0,54 -0,94) y 0,72 (IC 95% 0,54-0,96) para el grupo asignado a dieta mediterránea con aceite de oliva virgen extra (96 eventos) y el grupo asignado a dieta mediterránea con surtido de nueces (83 eventos), respectivamente, versus el grupo control (109 eventos). No se encontraron efectos adversos relacionados con los distintos tipos de dieta.

Conclusiones

Entre personas con alto riesgo cardiovascular, la dieta mediterránea complementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos, reduce la incidencia de eventos cardiovasculares mayores.



Comentario

Este estudio, el mayor realizado hasta la fecha y con una alta solidez científica, confirma que seguir una dieta mediterránea, enriquecida con 30 gramos diarios de frutos secos y 50 gramos de aceite de oliva virgen extra, reduce en un 30% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y disminuye en un 49% la posibilidad de sufrir un ictus o accidente cerebrovascular. Este resultado pone de manifiesto varios aspectos que deben destacarse.

En primer lugar, el aceite de oliva y las nueces son alimentos protectores frente a enfermedades cardiovasculares, con un beneficio comparable a los aportados por algunos fármacos como las estatinas. En segundo lugar, los pacientes mostraron una buena adherencia a la dieta mediterránea, mejorando así su alimentación en el consumo de pescados, legumbres y verduras. Este resultado muestra la posibilidad de poder cambiar las pautas dietéticas de la población. Por otro lado, las recomendaciones actuales que hacen los médicos a sus pacientes basadas en dieta baja en grasas de todo tipo, ya sea vegetal o animal, debería sustituirse por una dieta enriquecida con grasa vegetal.

Por último, es importante tener en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte por enfermedad en España, y suponen además un alto porcentaje del gasto sanitario. La recomendación de este tipo de "intervención" por parte de los profesionales sanitarios puede suponer, por

tanto, un impacto a largo plazo en la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes, pero también una reducción del gasto sanitario que actualmente el sistema sanitario dedicada al tratamiento de esta enfermedad.

Referencia

N Engl J Med. 2013 Feb 25.

Enlace

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1200303>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

¿Los países europeos difieren en el desempeño de las políticas de salud?

Análisis comparativo del desempeño de políticas de salud en 43 países europeos

[A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries]

Resumen

Antecedentes

Se desconoce si los países europeos difieren sistemáticamente en la búsqueda de políticas de salud, y cuáles son los determinantes de esas diferencias. En este artículo se evalúa el grado en que los países europeos difieren en la implementación de políticas de salud en 10 áreas diferentes, analizando dichas variaciones con objeto de explorar el papel de los determinantes políticos, económicos y sociales de las políticas de salud.

Datos y métodos

Se revisaron las políticas en materia de tabaco, alcohol, alimentación y nutrición, fertilidad, embarazo y parto, salud infantil, enfermedades infecciosas, detección y tratamiento de la hipertensión arterial, detección de cáncer, seguridad vial y contaminación del aire. Se desarrolla un conjunto de 27 indicadores de "proceso" y "resultado", así como una puntuación resumen que indica el éxito general de un país en la implementación de políticas de salud eficaces. Mediante análisis de regresión exploratorios, se relacionan estos indicadores con seis factores del entorno: renta nacional, supervivencia/valores autodeclarados, democracia, efectividad gubernamental, participación de partidos de izquierda en el gobierno y fraccionamiento étnico.

Resultados

Se encontraron diferencias notables entre los países europeos en indicadores de proceso y resultado de las políticas de salud. En general, Suecia, Noruega e Islandia presentan mejor desempeño y Ucrania, Rusia y Armenia los peores. En Europa occidental, algunos países, como Dinamarca y Bélgica, presentan un desempeño significativamente peor que los países de su entorno. La supervivencia/ valores autodeclarados y la fragmentación étnica fueron los principales predictores de la puntuación resumen del desempeño. La renta nacional, la supervivencia autodeclarada y la efectividad del gobierno fueron los principales predictores del desempeño de los países en áreas específicas de política sanitaria.

Conclusiones

Aunque se han desarrollado un volumen importante de nuevas intervenciones preventivas, su implementación parece haber variado considerablemente entre los países europeos. Si todos los países siguieran las mejores prácticas se podrían alcanzar sustanciales beneficios en salud, pero esto probablemente requiere eliminar barreras relacionadas tanto con la "voluntad" y los "medios" para implementar políticas de salud.

Comentario

Este artículo resulta bastante sugerente. Es el primero que publica un análisis cuantitativo comparando los países europeos en términos del efecto de sus políticas de salud, junto con el intento de buscar factores explicativos del entorno entre los que se encuentran algunos tan poco explorados como los relacionados con el modo de gobierno del país, siendo precisamente este hecho el que justifica su interés a pesar de sus limitaciones metodológicas tanto en la selección y definición de los factores explicativos como en la disponibilidad y fiabilidad de las fuentes.

No obstante y a pesar de que tanto los resultados como la conclusión a la que llega el estudio puedan resultar, en ocasiones evidente, resulta muy interesante disponer del análisis comparado de 27 indicadores, agrupados en 10 áreas de información relacionados con la salud de la población y la atención sanitaria que reciben, junto a los 6 factores del entorno analizados en 43 países europeos entre los que podemos encontrar a nuestro país.

Referencia

Johan P. Mackenbach and Martin McKee. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. Eur J Public Health 2013, Feb 11. doi:10.1093/eurpub/cks192.

Enlace

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/08/eurpub.cks192.full>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Riqueza pero no más salud. El valor de cómo invertir en salud**La salud en EE.UU en relación a la de otros países de altos ingresos: Resultados de un informe del National Research Council y del Institute of Medicine**

[*The US Health Disadvantage Relative to Other High-Income Countries: Findings From a National Research Council/Institute of Medicine Report.*]

Resumen

Estados Unidos gasta más en atención sanitaria que cualquier otro país, pero sus resultados de salud son por regla general peores que los de otras naciones ricas. La población en Estados Unidos experimenta tasas más altas de enfermedades y lesiones y mueren antes que las poblaciones de otros países de altos ingresos. Aunque esta desventaja en salud ha ido en aumento desde hace décadas, su magnitud ahora se hace más evidente.

Un nuevo informe del National Research Council y del Institute of Medicine (NRC / IOM) de Estados Unidos pone de manifiesto una menor esperanza de vida para hombres y mujeres en casi todos los grupos de edad -hasta los 75 años de edad- que la que presentan otros 16 países desarrollados y de altos ingresos: Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Japón, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Países Bajos y Reino Unido. El alcance de la pérdida de salud de EE.UU. es un fenómeno generalizado y va más allá que la mostrada por la esperanza de vida: Estados Unidos se sitúa en la peor o en las peores posiciones en relación tanto a la prevalencia como a la mortalidad por una gran variedad de enfermedades, factores de riesgo y lesiones.

El informe explora el por qué de esta desventaja en salud de los estadounidenses analizando una gran variedad de determinantes de la salud.

Comentario

El análisis comparado entre países con altos niveles de renta elaborado por el National Research Council y del Institute of Medicine ha permitido a los autores poner de relieve la paradoja en la que se encuentra EE.UU donde un mayor gasto sanitario no refleja mejor salud. De todos es conocido que el modelo de atención sanitaria no es el único ni el principal determinante de la salud global de la población. Sin embargo se señalan algunas características importantes de la provisión de servicios tales como: cobertura, rol de la atención primaria, accesibilidad, coordinación, comunicación entre profesionales, calidad y seguridad del paciente en las que el sistema sanitario estadounidense se sitúa en posiciones de desventaja frente al resto de países comparados, entre ellos España.

Iniciativas como la referida en este artículo, que hacen públicos datos comparativos sobre indicadores de salud y del sistema de atención sanitaria, aún a pesar de las limitaciones de disponibilidad y comparabilidad de información para llegar a conclusiones definitivas, permiten adaptar estrategias de intervención cuya efectividad ya ha sido probada en otros contextos, así como impulsar la coparticipación de la población en el debate sobre el sistema sanitario que desean y que están dispuestos a pagar.

Referencia

Woolf SH, Aron LY. The US Health Disadvantage Relative to Other High-Income Countries: Findings From a National Research Council/Institute of Medicine Report. JAMA. 2013;309 (8):771-772. doi:10.1001/jama.2013.91.

Enlace

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1556967>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Protección de datos de los pacientes

La protección de la privacidad y seguridad de los datos del paciente

[Protecting Patients Privacy and Data Security]

Resumen

El 4 de diciembre de 2012, dos DJs de radio australianos llamaron al Hospital King Edward VII de Londres, y se identificaron a sí mismos, en falso acento británico, como la reina Isabel y el príncipe Carlos, y le preguntaron sobre un paciente famoso que había ingresado por complicaciones en el embarazo. Una enfermera contestó a la llamada en esas horas tan tempranas de la mañana, y, sin verificar la identidad de quienes llamaban, pasó la llamada a la enfermera de guardia que estaba al cuidado de la duquesa de Cambridge. La enfermera de guardia les proporcionó información confidencial de la paciente. El DJ australiano emitió la conversación telefónica, considerándola como una broma graciosa, pero como todo el mundo sabe, tuvo consecuencias desastrosas.

Con demasiada frecuencia, personas no autorizadas tienen éxito para obtener información protegida de los proveedores de atención sanitaria. La invasión de la privacidad también afecta a no famosos, cuando alguien busca información de salud de un paciente. Más allá de los problemas de privacidad, la violación de la seguridad de la información de salud cobra peso financiero y es un riesgo para los pacientes.

Los proveedores de atención sanitaria deberían proteger mejor la privacidad de los pacientes y su historial clínico. La seguridad de los datos electrónicos es cada vez más importante. Entre otras medidas, los cortafuegos, los protocolos sólidos de seguridad, la programación de antivirus y protecciones de contraseña son esenciales. Con demasiada frecuencia, los profesionales sanitarios socavan la protección de contraseña, quedando registrados su nombre de usuario en varios equipos cuando los dispositivos están fuera de su control inmediato. Es crucial que los pacientes y profesionales de la salud trabajen juntos para proteger la información del paciente y prevenir violaciones de seguridad.

Comentario

La confidencialidad de los datos de los pacientes en la historia de salud es uno de los principales retos de los sistemas sanitarios en la era digital. Este artículo revisa, a partir de lo acontecido en Inglaterra con la suplantación de la personalidad de la familia real por unos periodistas australianos, obteniendo estos últimos información reservada sobre la salud de la princesa, una situación más frecuente de lo que nos parece en el panorama sanitario estadounidense, y propone una serie de controles y actuaciones que se deben tener en cuenta tanto por los profesionales de la salud como por los pacientes y los responsables de los sistemas sanitarios.

Interesante artículo para la reflexión y puesta en alerta de todos los profesionales sanitarios a la hora de informar en el desempeño de nuestro trabajo diario. Porque la sanidad electrónica y la historia clínica electrónica proporcionan enormes posibilidades, potencialidades y cambios en el sistema sanitario y en la práctica asistencial ligados a la máxima disponibilidad, rapidez, actualización, acceso de pacientes y profesionales a los datos, formación e investigación y comunicación, entre otras. Pero con la sanidad electrónica aparecen también determinados riesgos acerca de la seguridad, la privacidad, la confidencialidad, entre otros, como sobre los que reflexiona el artículo. Es imprescindible proteger los derechos de los pacientes en el renovado ejercicio asistencial ligado a la información en los nuevos escenarios tecnológicos

Referencia

Taitsman JK, Grimm CM, Agrawal S. Protecting patient privacy and data security. *N Engl J Med.* 2013 Mar 14;368(11):977-9

Enlace

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215258>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Desafíos presentes de la Medicina basada en la evidencia

¿Qué es lo próximo en una atención basada en la evidencia?

[Where next for evidence based healthcare?]

Resumen

En este editorial, BMJ anuncia la conferencia "EvidenceLive" en colaboración con el Oxford Centre for Evidence Based Medicine, que pretende responder a las limitaciones actuales detectadas en la investigación de evidencia clínica.

Previamente, reconoce la amplia aceptación de la *Medicina Basada en la Evidencia* (MBE) y hace un repaso de las mejoras introducidas desde sus inicios en la década de los 90: los listados de verificación o comprobación que han mejorado notablemente la calidad en el diseño de los ensayos y de los informes emitidos; el registro de los protocolos, que proporciona un medio de seguimiento de los ensayos desde su comienzo y la posibilidad de conocer ensayos cuyos resultados no han sido publicados aún; o el crecimiento en el acceso abierto a la investigación por el que cada vez más estudios están disponibles de forma completa.

A continuación expone algunos de los desafíos presentes de la MBE para su debate en la Conferencia: el enorme número de estudios realizados difícilmente abarcables, muchos de ellos desconocidos, otros, ni siquiera publicados y, en ocasiones, con una mínima traslación de sus resultados a Guías Clínicas; la dificultad de disponer de la totalidad de los datos de los ensayos para el realizador de metanálisis; la escasa investigación en diagnóstico precoz o prevención de la enfermedad frente a la investigación de tratamientos; los sesgos evitables en investigación; o la financiación futura de la cobertura sanitaria, entre otros.

Comentario

Con ocasión de la presentación de *EvidenceLive*, BMJ irrumpe en el debate con algunas de las controversias actuales a la que se reconoce hoy como un nuevo paradigma para entender la práctica clínica: *la Medicina Basada en la Evidencia* (MBE).

Desde su inicio, hace más de dos décadas por algunos autores anglosajones, hoy hablan de su extraordinaria difusión y reconocimiento por parte de la comunidad médica, los miles de metanálisis publicados y las indispensables referencias en innumerables Guías de Práctica Clínica a la clasificación de las evidencias aportadas en niveles de calidad y la medición en grados de las recomendaciones incluidas en ellas.

BMJ aborda directamente las críticas más relevantes que se le hacen a la MBE con ánimo de encender un debate apasionante que debería responder al reto más importante que tiene la práctica clínica en nuestro tiempo: mejorar las decisiones clínicas individuales disminuyendo la variabilidad interprofesional y frenar el aumento de los costes sanitarios.

EvidenceLive podría ser una oportunidad para, tal como defienden algunos autores, iniciar el paso desde la "evidencia orientada a la enfermedad" a la "evidencia orientada al paciente".

Referencia

Heneghan C, Godlee F . **Where next for evidence based healthcare?**. BMJ 2013;346:f766 doi: 10.1136/bmj.f766 (Published 6 February 2013)

Enlace

<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f766>

Acceso a través de la [BV-SSPA](#)

Revisiones

Informe sobre la salud en Europa 2012**El Informe sobre la salud europea 2012: trazando el camino hacia el bienestar***[The European health report 2012: charting the way to well-being]***Resumen**

Mientras que el nivel general de salud en toda la Región Europea de la OMS ha mejorado claramente, las estadísticas de salud europeas muestran desigualdades dentro de cada país y entre éstos, según el Informe sobre la salud europea 2012 que se acaba de presentar en marzo de 2013.

El informe de OMS Europa que se publica cada tres años y que se refiere a los 53 países de la región europea y a casi 900 millones de personas, muestra que las personas están viviendo una vida más larga y saludable. La esperanza de vida se está incrementando en toda la región, aumentando en 5 años desde 1980 hasta llegar a 76 años en 2010. Esto se debió principalmente a la disminución de ciertas causas de muerte y los esfuerzos para abordar los factores de riesgo y las condiciones socioeconómicas.



Sin embargo, subsisten grandes desigualdades en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, y entre países y entre grupos de población. Por ejemplo, la esperanza de vida para las mujeres alcanzó un promedio de 80 años en 2010, mientras que para los hombres fue de 72,5 años. Estilos de vida y diferencias ocupacionales explican en gran parte esta diferencia.

El Informe sobre la salud europeo 2012 también muestra un continuo descenso en la mortalidad general, aunque las tasas varían considerablemente en toda la Región. Es más alta en la parte oriental de la Región y más baja en los países occidentales.

Las enfermedades no transmisibles son responsables de la mayor proporción de muertes: un 80%. Las enfermedades del sistema circulatorio (cardiopatía isquémica, ictus, etc.) representan casi el 50% de todas las muertes, seguido por el cáncer, que causa aproximadamente el 20% de las muertes.

Las enfermedades transmisibles, aunque menos frecuente en Europa que en el resto del mundo, siguen siendo motivo de preocupación, en particular la tuberculosis, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. No obstante, la incidencia de sida ha disminuido, lo que refuerza la importancia de un tratamiento eficaz; las muertes por tuberculosis en la región se redujeron en un 30% entre 1990 y 2010.

Los principales factores de riesgo para la salud de hoy en Europa son el tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Se estima que el consumo de alcohol es responsable del 6,5% de todas las muertes en la Región; y que el 27% de la población mayor de 15 años, fuma habitualmente.

Otros puntos destacados del informe son:

- Europa tiene las tasas más bajas de mortalidad infantil del mundo (7,9 por 1000 nacidos vivos), debido a una reducción del 54% en la mortalidad infantil entre 1990 y 2010, aunque las tasas varían notablemente entre países.
- La mortalidad materna se redujo en un 50% después de 1990, a una tasa de mortalidad de 13,3 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en 2010.
- Las tasas de suicidio han descendido un 24-40% en todas las partes de Europa, tras un aumento en la década de 1990. Sin embargo, la disminución se ha desacelerado recientemente coincidiendo con la crisis económica desde 2008.
- El incremento de la proporción de la población que vive en zonas urbanas llegó al 70% en 2010 y se espera que supere el 80% en 2045. La vida urbana expone a las personas a diferentes riesgos y determinantes de salud.
- El cáncer ha reemplazado a las enfermedades cardiovasculares, como principal causa de muerte prematura (antes de los 65) en 28 de los 53 países de la Región.

El Informe sobre la salud en Europa 2012, se centra de modo particular en el bienestar, cuestión que forma parte

integral de la nueva estrategia sanitaria europea –Salud 2020– adoptada en septiembre de 2012 por los 53 Estados miembros de la UE. Por primera vez en más de 60 años, la OMS Europa tiene como objetivo proporcionar claridad en la definición de bienestar, esbozar formas de medir y desarrollar un objetivo regional y los indicadores sobre el mismo a finales de 2013. El informe destaca que el bienestar y la salud son conceptos interactivos y multidimensionales, con algunos determinantes comunes, como por ejemplo los sistemas de salud. Garantizar la calidad de vida no corresponde a un solo sector o servicio, sino que un concepto multidimensional con múltiples determinantes. Se requiere un enfoque que implique la totalidad del gobierno y a la sociedad.

Comentario

Este informe, como la propia OMS Europa señala, constituye el ‘buque insignia’ de sus publicaciones. Y ofrece una buena oportunidad para todos los profesionales sanitarios de conocer las evidencias epidemiológicas, de salud, enfermedad y bienestar, así como la evolución de los indicadores clave de salud en nuestra región europea.

A lo largo de más de 150 páginas, está organizado en cuatro secciones. La primera describe el estado de salud y las tendencias en Europa; la segunda, presenta los puntos de partida para conseguir los objetivos en salud seleccionados para ser monitorizados; la tercera sección se ocupa en la estrategia del bienestar en el contexto de la salud; y la cuarta identifica los retos importantes de la evolución en salud.

En lo que se refiere a España, se recogen datos como por ejemplo que España ocupa el primer lugar en esperanza de vida al nacer, en las mujeres.

El informe de la OMS, en cambio, no permite aún ver los efectos de la crisis en la salud. El documento analiza datos de 2009 y 2010, últimos disponibles, anteriores a las medidas de recorte en el gasto público sanitario llevado a cabo por diversos países europeos.

No obstante, el informe analiza la importancia del fortalecimiento de los sistemas sanitarios en toda Europa, y de su financiación como un aspecto crítico de los sistemas de salud, en tanto pueden mitigar (por ejemplo, y así lo cita, siendo más progresiva su financiación) o exacerbar el impacto de la crisis económica en los hogares y la salud.

Referencia

WHO Regional Office for Europe .The European health report 2012: charting the way to well-being.2013

Enlace

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-...>

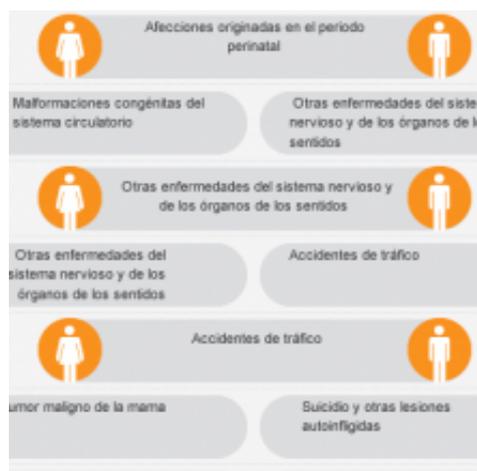
Visualizaciones

¿Mueren por las mismas causas hombres y mujeres?

¿Han cambiado las causas de muerte en los hombres y en las mujeres en los últimos 15 años? ¿Y por grupo de edad? ¿Son las mismas causas para hombres que para mujeres? Navegando por este gráfico conoceremos cuáles son y cómo varían las causas de muerte en hombres y en mujeres, por grupos de edad, en los años seleccionados del periodo 1995 a 2010. Seleccionado el grupo de edad veremos cómo si han variado las causas de muerte a lo largo del tiempo.

¿Han cambiado las causas de muerte en los hombres y en las mujeres en los últimos 15 años? ¿Y por grupo de edad? ¿Son las mismas causas para hombres que para mujeres?

Navegando por este gráfico conoceremos cuáles son y cómo varían las causas de muerte en hombres y en mujeres, por grupos de edad, en los años seleccionados del periodo 1995 a 2010. Seleccionado el grupo de edad veremos cómo si han variado las causas de muerte a lo largo del tiempo.



Multimedia

"Crisis financiera en Europa, salud y servicios sanitarios" - Martin McKee

Conferencia Inaugural - VI Jornadas de Salud Pública. Granada. 10 a 14 de diciembre de 2012.



Mitos y hechos

Mito: El Sistema Sanitario Público es insostenible

Luis Gavira y Carlos Artundo

La mejora continua organizativa del sistema sanitario, imprescindible en cualquier organización de alta complejidad como es la sanitaria, se ve revestida cíclicamente con los ropajes de 'crisis del sistema'. El sistema sanitario público en nuestro país está sometido a cuestionamiento y se afirma que es financieramente insostenible, debido a la evolución de sus costes. Quienes así argumentan –también sucede a nivel internacional, en particular en determinados países- y junto al referido incremento de los costes, añaden el incremento en la demanda de servicios, el envejecimiento de la población, la supuesta insuficiente productividad sanitaria y la cronicación de las enfermedades, y aun sitúan la provisión y administración pública como parte del problema y no como solución.

Las salidas a esta situación, para quienes así piensan, se basan en aumentar los costes para los ciudadanos que usen los servicios, reducir coberturas y prestaciones, y traspasar las responsabilidades públicas al sector privado, dando entrada al mismo como protagonista principal. Y de ahí, derivan la necesidad de reducir el papel del sector público en pro del sector privado; de introducir mecanismos de mercado; y de incrementar las aportaciones de pacientes y ciudadanos vía cuotas o tasas por servicios sanitarios recibidos.

Este debate toma aún más fuerza en el contexto actual de la crisis económica y financiera internacional, la peor crisis económica que ha tenido Europa, también Estados Unidos, desde los años 30.

Se ha convertido en un lugar común afirmar que todos queremos lo mismo y que lo único que varía un poco es la forma de conseguirlo, como certeramente analiza Judt [1]. Lo cual es sencillamente falso. Se pretende asimismo que se ignore que la crisis económica ha dado una extraordinaria oportunidad -hay muchos ejemplos históricos recientes- que muestran que aquellos que se oponen al estado del bienestar nunca han desperdiciado una buena crisis [2].

Sorprende cómo se ignoran los hechos en lo referente a la sostenibilidad del sistema sanitario. No hay ingenuidad en ignorar las evidencias internacionales, los bajos costes económicos comparados en términos de renta y capacidad de compra o los resultados en salud obtenidos de nuestro sistema sanitario. Ni lo que es más importante: ignorar lo que desean los ciudadanos; y la mayoría de los profesionales.

Costes sanitarios y resultados en salud

Medir la evolución del gasto sanitario público en relación con el producto interior bruto de un país, da una imagen inicial del tamaño del sector público y de la prioridad que representa, con respecto a las otras políticas públicas. En la [gráfica 1](#) se muestra la evolución del gasto sanitario público en España, en los últimos 30 años hasta la actualidad, en que se destina el 7,1 % del PIB [3]. Y en la [gráfica 2](#) se ofrece la evolución del gasto sanitario en relación al PIB de España y Andalucía en la última década [4]-[6].

Si relacionamos el gasto sanitario público con la capacidad de compra del ciudadano y los precios de cada país -a través del indicador medido en poder paritario de compra-, España con 2.268 dólares pe capita, destina un 18% menos que la media de la Europa de los 15, que asciende a 2.768 dólares per capita [3].

Sin embargo, no todo los recursos invertidos en salud y atención sanitaria tiene el mismo beneficio en indicadores de salud. España, por ejemplo, destinando esa cantidad ocupa el primer lugar en esperanza de vida al nacer en Europa en mujeres [7] (la segunda, en ambos sexos) también por encima de Holanda cuyo gasto sanitario público per capita es el mayor de Europa y superior en un 48% al de España, ajustados al poder paritario de compra de cada país. Por lo tanto, no sólo los recursos que destina un país en salud son importantes, sino qué valor en salud se genera, cómo se distribuyen, cómo se asignan, a través de qué formas organizativas y cuál es, por tanto, su coste efectividad [8].

Si privatizar es la respuesta, ¿cuál es la pregunta?

Nuestro sistema de salud es razonablemente bueno, comparativamente hablando. Nos encontramos en los primeros puestos a nivel internacional en cuanto al estado de salud de la población y los resultados en salud [7]-[9], mientras el gasto sanitario per cápita se sitúa en la franja media/baja de los países de nuestro entorno ([ver gráfica 3](#)), en un contexto de recortes y descenso marcado [10]. Además, la satisfacción de la población española respecto al sistema sanitario es alta, tal y como evidencian consistentemente las encuestas de opinión al

respecto. ¿En base a qué evidencias se debe cuestionar la sostenibilidad de su modelo y aun transformarlo de forma esencial?

Sistemas sanitarios como el de EEUU, con una determinante presencia de los seguros sanitarios privados, destinan el 17,6% de su PIB a gasto sanitario, el mayor de la OCDE [3], con peores resultados en salud comparados [11]. "No hay evidencia alguna que sugiera que expandir el seguro sanitario privado contribuya a ninguna forma de sostenibilidad", se concluye en una extensa investigación de la oficina europea de la OMS y del Observatorio Europeo sobre las políticas y sistemas de salud [12].

Sistemas sanitarios basados en seguros sociales, como Alemania, son más costosos sin mejores resultados en salud. Este país, por ejemplo, con un 11,6% de su PIB en gasto sanitario tiene un gasto sanitario público per capita (ajustado al poder paritario de compra) que es 1,5 veces más que el de España, con no mejores resultados en salud. En su evolución, mientras creció en 2010 su gasto sanitario un 2,6% respecto a 2009, en España se redujo un -0,6% [3]. En relación con la adopción de modelos de servicios sanitarios basados en seguros sociales de salud, un reciente informe del Banco Mundial estimaba que "la adopción de seguro social de salud en lugar de basado en la tributación por impuestos aumenta el gasto per cápita en salud en un 3 - 4 por ciento y reduce el empleo total hasta en un 6 por ciento", mientras que no tenía ningún impacto significativo sobre la mortalidad evitable [13]. En términos de sostenibilidad, su impacto es negativo.

Un tercer ámbito de servicios es el de los sistemas sanitarios que se han reformado, como Holanda, cambiando a un esquema de provisión privada masiva con financiación pública. En 2005, antes de la reforma sanitaria que fue en 2006, Holanda ocupaba la novena posición de los países de OCDE en gasto sanitario. En la actualidad, tras la reforma, ha subido a la segunda posición de todos los países de la OCDE, pasando del 9,8 de gasto sanitario en porcentaje de PIB al 12,03. La financiación de ese gasto es en un 84,7% de financiación pública -paga el Estado-, pero la provisión es privada con ánimo de lucro; con anterioridad era aseguramiento social público sin ánimo de lucro. En España la financiación pública del total del gasto sanitario asciende al 73,6%, inferior a la de Holanda.

Reformas que han incrementado las contribuciones de pacientes a través de costes compartidos están citadas expresamente en el grupo de aquéllas que introducen nuevas ineficiencias [14] así como pueden poner en peligro la sostenibilidad [12]; siendo poco probable que aseguren ingresos suficientes, producen por el contrario consecuencias adversas en resultados en salud y por ello, económicas.

Reformas sanitarias construidas desde la base del impulso a gran escala del modelo de colaboración público-privada, financiando, construyendo, poniendo en servicio y gestionando infraestructuras hospitalarias, servicios clínicos o tecnologías sanitarias, principalmente, han sido y están siendo más costosas para el sector público que si se hubieran realizado por otros métodos [15]-[20]. Recientemente en España, como está ocurriendo en el Reino Unido, está saliendo a la luz [21]-[23] cómo hospitales construidos por empresas privadas con financiación pública por este mecanismo están necesitando del rescate con dinero público por su situación económica: los nuevos operadores de la concesión, sabedores de ser la sanidad un servicio esencial, privatizan beneficios mientras el Estado carga con los riesgos y las pérdidas.

Sostenibilidad ¿economía y algo más?

La sostenibilidad económica se refiere al crecimiento del gasto en salud como proporción del producto interior bruto. La sostenibilidad fiscal, que busca equilibrar ingresos y gastos, es más un requisito que un objetivo. Así, un sistema sanitario puede ser económicamente sostenible pero fiscalmente insostenible si los ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades. Cuánto se está dispuesto a invertir y de qué forma, es una cuestión más de valores y de ética de la distribución, que técnica. De ahí que es ante todo una "decisión" [24] que entra en el mundo de los valores y de la decisión pública de los gobiernos.

Sistemas públicos en donde se recorte la financiación de programas públicos, incluidos programas sanitarios, ciertamente pueden llegar a ser sistemas fiscalmente insostenibles.

La respuesta a la pregunta es económica. Pero no solo económica, sino ética y moral: ¿qué quieren los ciudadanos, qué prioridades señalan los ciudadanos? De ahí que la sostenibilidad social sea determinante: un sistema sanitario será tan sostenible como sus ciudadanos quieran.

Como observó Judt, se nos anima a perseguir el interés económico y excluir todo lo demás; de hecho hay muchos que tienen algo que ganar con ello (...) Si redistribuir la riqueza material tiene el efecto a largo plazo de mejorar la salud de un país... o incrementar y hacer más equitativo el acceso a servicios... ¿no mejorará la posición del país? ... No pensaremos de otra forma si no hablamos de otra forma [1].

Conclusión

Aunque el sistema sanitario actual tenga debilidades y problemas, la cuestión es por qué se pretende cuestionar la sostenibilidad del sistema sanitario público abogando por privatizar como alternativa, cuando las evidencias nos muestran lo contrario. Es la economía -imbuida de ética- la que debiera dar forma a las decisiones ciudadanas y políticas, y no al revés.

El discurso de la insostenibilidad arrecia en situaciones de crisis económica. De ahí que la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario tal como lo conocemos, esté amenazada. Por la irrupción, inédita hasta ahora y a gran escala, del mercado en nuestro sector sanitario. Y por los drásticos recortes en la inversión pública. Hay recursos para sanear los sistemas financieros, pero no para la inversión social (salud, educación, investigación y ciencia, etc.)

Tal vez teniendo en cuenta las consecuencias que probablemente acarrearía el arriesgado desmantelamiento de un modelo como el actual (en el desempeño profesional sanitario, en los resultados sobre la salud, sobre la equidad o accesibilidad, y económicas), será que encontremos nuevos indicios para apreciar no solo cuanto las evidencias señalan, sino la medida de cuáles son nuestras aspiraciones como profesionales, y como sociedad. Considerando las consecuencias que tendría y conociendo las evidencias sólidas más allá de sofismas interesados. Como John Dunn señaló, el presente y el pasado están mejor iluminados que el futuro. Cuestiones más importantes han zozobrado por no haber sido colectivamente defendidas, ante la amenaza de su pérdida.

Los datos son imprescindibles. Pero la salida sobre en qué mundo queremos vivir y sobre cuál queremos que sea nuestro destino es también una responsabilidad colectiva y personal.

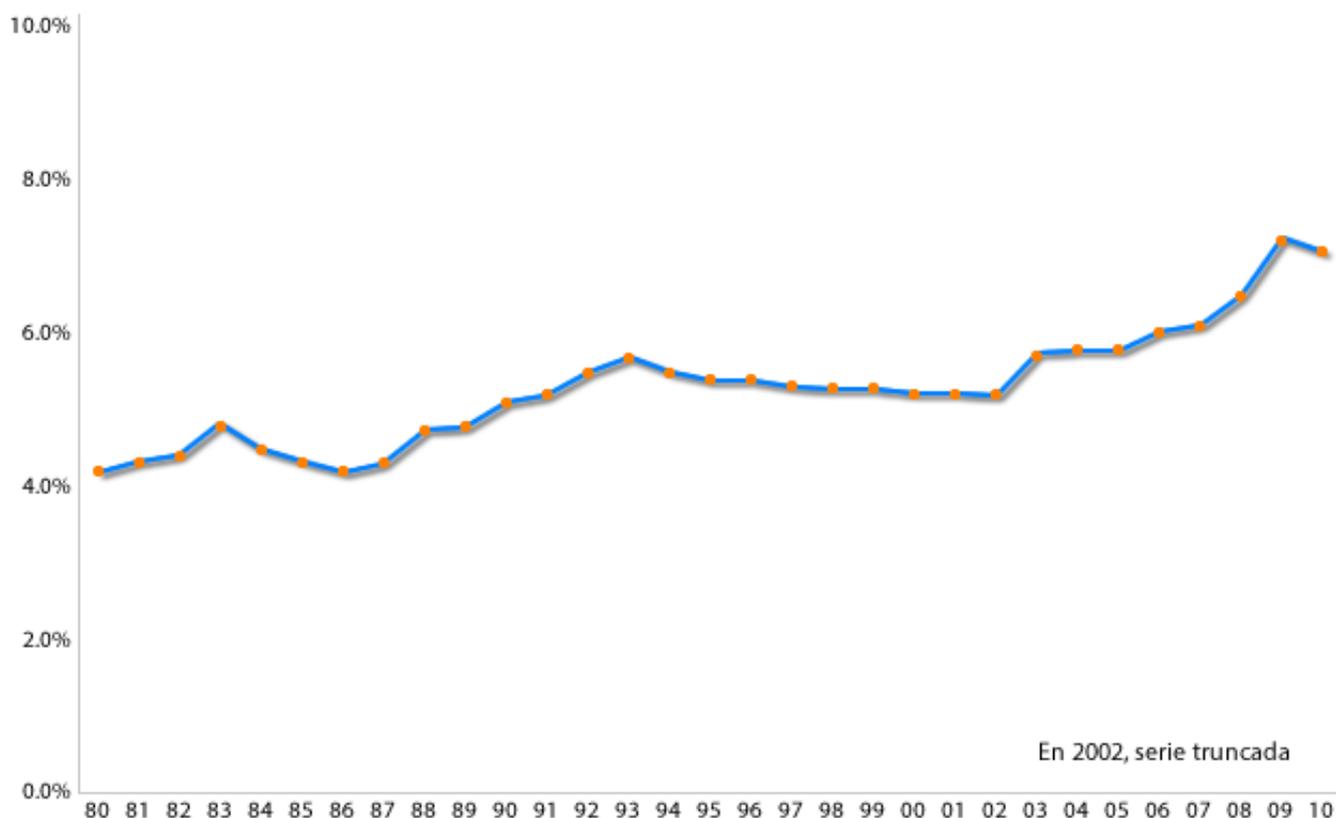


Gráfico 1. Evolución del gasto sanitario público en porcentaje de PIB. España, 1980-2010

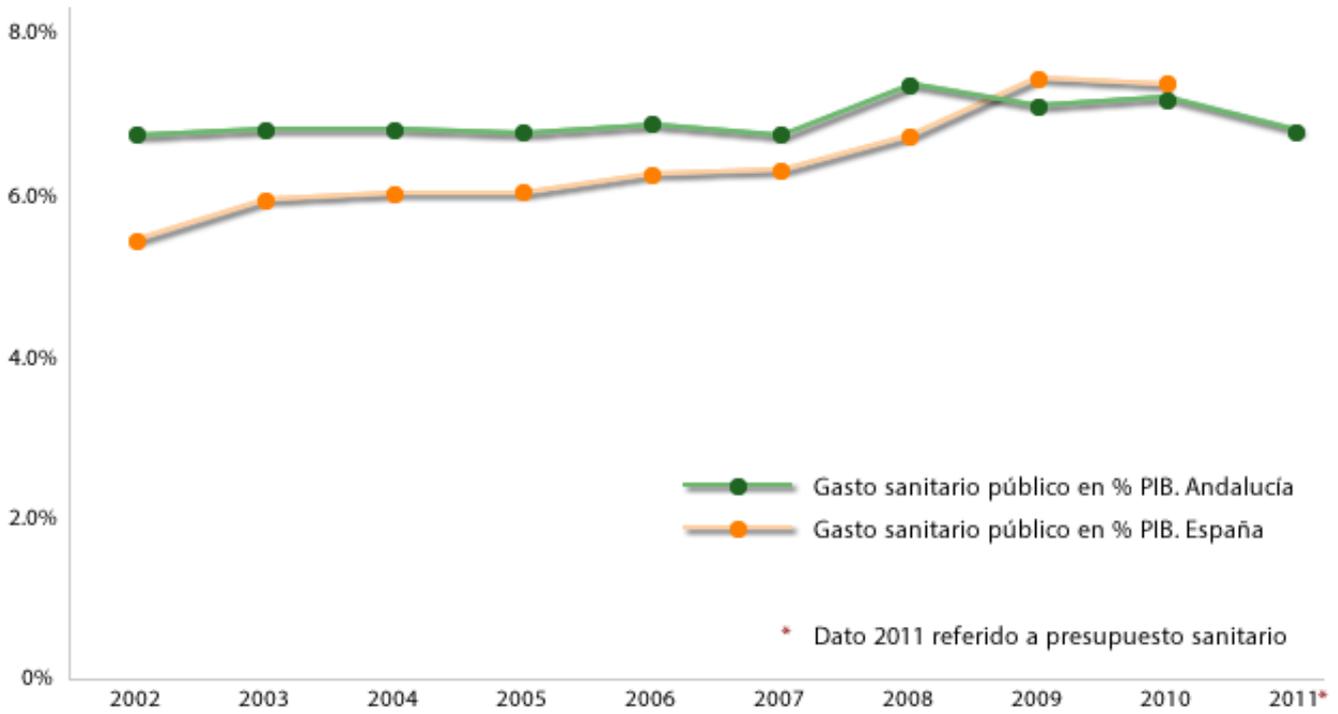
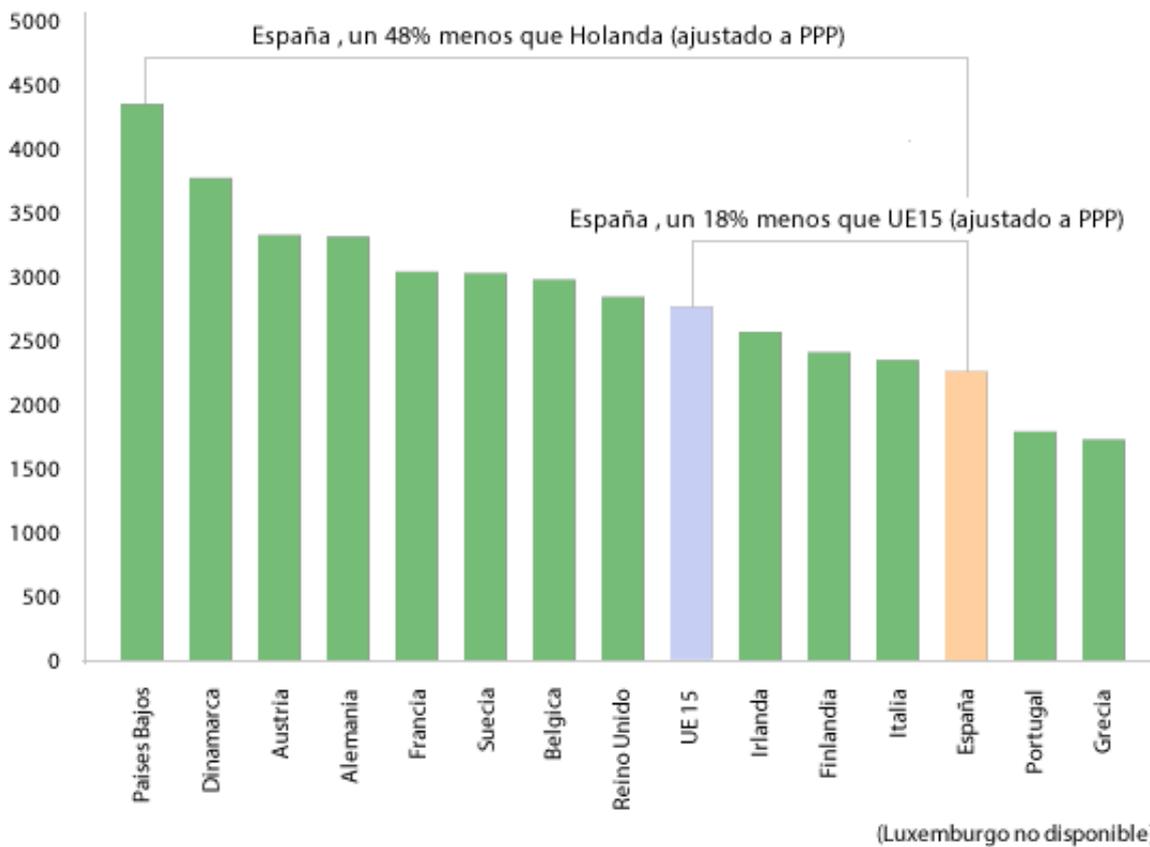


Gráfico 2. Evolución del gasto sanitario público en porcentaje de PIB. Andalucía y España, 2002-2011



Gráfica 3. Gasto sanitario per cápita público, Unión Europea 15. 2010 (en dólares US, ajustados al poder paritario de compra)

Referencias bibliográficas

1. Judt T. Algo va mal. Madrid: Taurus; 2011
2. Klein N. La doctrina del shock. Barcelona: Paidós Ibérica; 2007.
3. OECD Health Data 2012. Health Expenditure and Financing.
Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
4. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Estadística del gasto sanitario público. Evolución y clasificaciones por subsectores de gasto. Comunidades Autónomas.
Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/eqsp_gasto_real.xls
5. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Contabilidad Regional de Andalucía. [base de datos en Internet]. IECA; 2013.
Disponible en: <http://www.ieca.junta-andalucia.es/craa/index.htm>
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Contabilidad Regional de España 2011. [base de datos en Internet]. Madrid. INE; 2013.
Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft35%2Fp010&file=inebase>
7. WHO Regional Office for Europe. The European health report 2012: charting the way to well-being.. Dinamarca World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
8. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. WHO & European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. University of Washington; 2013.
Disponible en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/>
10. Morgan D, Astolfi R. Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? OECD Health Working Papers, No. 60, OECD; 2012.
11. The Lancet. Wealth but not health. Lancet. 2013; 381:177.
12. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing Health Care in the European Union. Challenges and policy responses. WHO & European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
13. Wagstaff A. Social Health Insurance vs Taxed Financed Health Systems – Evidence from OECD; 2009.
14. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M Health policy responses to the financial crisis in Europe. WHO & European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.
15. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. Bull World Health Organ. 2006 Nov;84(11):890-6.
16. United Kingdom Parliament. House of Commons. Treasury Committee. Private Finance Initiative. Seventeenth Report of Session 2010–12. Report. Conclusions and recommendations; 2011
17. Pollock A. NHS Plc: The Privatisation of Our Health Care. New Updated. London: Verso; 2005
18. Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. PFI in the NHS: is there an economic case?. BMJ1999;319(7202):116-9.
19. Pollock A, Price D, Liebe M. Private finance initiatives during NHS austerity. BMJ 2011;342:417-19.
20. Stafford A. A critique of the Alzira Model for Healthcare P3. Manchester Business School; 2013.
Disponible en: <http://www.claretconsult.com/alziramodel.html>
21. Useros V. El hospital de Manises pide un rescate a Sanidad. El Mundo. 18 Dic 2012. Tema del día: 3-4.
22. Prats J. Un modelo rescatado y desigual. El País. 6 Enero 2013. Sociedad.
23. Sevillano EG. El pinchazo de la burbuja hospitalaria. El País. 5 de Marzo 2013. Sociedad.
24. Kutzin J. Health Financing Policy. WHO Regional Office for Europe; 2008.

Sobre la autoría

Luis Gavira Sánchez

Unidad de Estudios y Análisis Estratégicos de Salud. Dirección Gerencia. Servicio Andaluz de Salud

Carlos Artundo Purroy

Consejero Delegado de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Buenas prácticas en gestión clínica

Optimización de los tratamientos con antimicrobianos

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

El uso apropiado de antimicrobianos está directamente relacionado con la mejora de la supervivencia de los pacientes hospitalizados con graves y complejas infecciones, tales como neumonías, bacteriemias o meningitis; al mismo tiempo que contribuye a disminuir las complicaciones derivadas de dicha infección y los propios efectos adversos de la administración de estos medicamentos, con la consiguiente reducción de estancias en UCI y hospitalización convencional. Por último, la decisión acertada es un arma clave para disminuir el incremento continuo de resistencias antimicrobianas en la población, a la que los expertos llaman la "epidemia silenciosa" del presente siglo.

Para optimizar el uso de los antimicrobianos se puso en marcha hace ahora dos años el Programa Institucional para la Optimización del Tratamiento Antimicrobiano (PRIOAM) del Hospital Universitario Virgen del Rocío, que ha permitido que aumente más de un 26% la calidad de la prescripción, en cuanto los especialistas hospitalarios han seleccionado la mejor opción terapéutica en cada caso, según toda la evidencia científica disponible.

A los beneficios de calidad y seguridad, debe sumarse el de eficiencia. El PRIOAM ha permitido disminuir el consumo de este grupo de fármacos en los primeros doce meses de su implantación. En concreto, se ha pasado de 1.150 dosis diarias por 1.000 estancias a 852 dosis diarias. Es lo mismo que decir que cada día se están prescribiendo casi 300 antimicrobianos menos en el mayor complejo hospitalario de Andalucía, a pesar de tener la Unidad de Cuidados Intensivos más grande del país y un programa muy activo de trasplante de órganos y tejidos, con pacientes muy complejos.

La reducción del consumo ha conllevado, a su vez, un ahorro superior al millón de euros, lo que representa un 42% menos de gasto en farmacia destinado a estos tratamientos.

Recientemente la revista *Clínica Microbiology and Infection* ha publicado un artículo que muestra la evaluación de esta experiencia concreta puesta en marcha en esta Unidad de Gestión Clínica, destacando lo siguiente:

El mal uso de antibióticos se ha relacionado con el aumento de la morbilidad, la mortalidad y la resistencia bacteriana. El desarrollo de los programas de gestión de antimicrobianos programas de gestión ha sido impulsado como un elemento esencial en tal sentido. Fueron establecidos dentro del hospital criterios y protocolos para el manejo de síndromes infecciosos. La idoneidad de las prescripciones de antimicrobianos, así como el consumo se evaluaron prospectivamente a lo largo del año y los comentarios y sugerencias sobre el uso adecuado de los tratamientos fueron comunicados periódicamente a cada una de las Unidades participantes. Se realizaron un total de 1.206 entrevistas de asesoramiento durante el primer año. Como consecuencia de la puesta en marcha del Programa, la tasa de prescripciones inadecuadas de antimicrobianos se redujo continuamente hasta el 26,4% en el cuarto trimestre respecto al inicio. Asimismo, el consumo de antimicrobianos se redujo de 1.150 dosis diarias definidas por 1000 días-cama ocupados en el primer trimestre a 852 dosis diaria definida en el cuarto trimestre, lo que refleja una reducción de los gastos en antimicrobianos de 42%.

Se recibieron un total de 352 cuestionarios de satisfacción y el 98% describió como positivo el consejo recibido.

Así pues, la implementación de esta práctica logró una significativa mejora en todas las prescripciones de antimicrobianos en el centro y una reducción en el consumo de antimicrobianos, incluso sin necesidad de poner en marcha medidas restrictivas. Teniendo el programa una muy buena aceptación por todos los médicos prescriptores.

Cisneros JM, Neth O, Gil-Navarro MV, Lepe JA, Jiménez-Parrilla F, Cordero E, Rodríguez-Hernández MJ, Amaya-Villar R, Cano J, Gutiérrez-Pizarra A, García-Cabrera E, Molina J; PRIOAM team. Global impact of an educational antimicrobial stewardship programme on prescribing practice in a tertiary hospital centre. *Clin Microbiol Infect*. 2013 Feb 27. doi: 10.1111/1469-0691.12191

Evaluación o impacto

- Beneficios de calidad y seguridad.
- Beneficios en términos de eficiencia.
- Buena aceptación por parte de los especialistas hospitalarios.
- Publicación en revista de la experiencia y resultados.

Persona de contacto de la Unidad de Gestión Clínica

José M. Cisneros Herreros

Jefe de Sección de la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

Salud global

Impacto de la crisis actual en la salud y en los sistemas sanitarios

Ana Rivadeneyra Sicilia

La intensidad y amplitud de la crisis económica mundial han puesto en la agenda una preocupación creciente por sus posibles efectos en la salud y bienestar de las personas. Si bien la evidencia es aún limitada, algunos estudios realizados en los países más vulnerables constatan ya un deterioro importante en indicadores relativos a salud mental [1]-[4], salud general auto-percibida[5] y transmisión de enfermedades infecciosas [6]-[7]. Por otra parte, se ha señalado que las políticas de austeridad impuestas en el marco de la crisis amenazan con mermar principios constitutivos de los sistemas sanitarios europeos como son la solidaridad, la calidad y la equidad en la provisión de servicios [8]-[9].

En este contexto, organismos internacionales como la OMS instan a las autoridades nacionales a que sus sistemas de salud sigan promoviendo políticas y programas universales que protejan a sus ciudadanos ante los efectos adversos de la crisis[10]-[11]. En esta misma línea, un estudio reciente del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud alerta del riesgo de que el imperativo del equilibrio fiscal a cualquier precio conlleve respuestas arbitrarias que a largo plazo socaven los sistemas sanitarios europeos y apunta la necesidad de respuestas inteligentes que combinen la búsqueda de la eficiencia con el logro de los mejores resultados en salud[12].

Todo lo anterior pone de manifiesto la importancia, hoy más que nunca, de iniciativas que permitan a responsables y decisores políticos, profesionales, académicos, representantes de sociedades científicas, asociaciones y otros agentes de la sociedad civil, conocer y comprender mejor las tendencias y efectos de la crisis actual. Se trata en definitiva de facilitar el acceso a información y recursos clave que promuevan la toma de decisiones en base a la mejor evidencia disponible y contribuyan con ello a minimizar los efectos de la crisis en la salud y bienestar de la población. En este sentido, cabría destacar iniciativas como el portal Web [Recession Trends](#), promovido por la Russell Sage Foundation y Universidad de Stanford en EEUU, así como [Recession and Welfare Changes](#), en este caso alojado en el portal Web del Institute of Health Equity del University College de Londres.

En esta misma línea, en mayo de 2012 la [Escuela Andaluza de Salud Pública](#), EASP, decidió crear un repositorio documental sobre la temática Crisis y Salud. Se pretendía con ello recopilar, organizar y difundir información y documentación publicada tanto en España como a nivel internacional. El repositorio, al que se puede acceder [aquí](#), recoge en una primera sección enlaces a artículos originales, estudios monográficos, revisiones de evidencia y otros documentos publicados en revistas científicas y/o por instituciones y organismos referentes en la materia. En una segunda sección, centrada en la reforma sanitaria en España, incluye enlaces a textos normativos, artículos de opinión de profesionales EASP, así como manifiestos y declaraciones oficiales emitidas por sociedades científicas y otras organizaciones de la sociedad civil.

Tras un pilotaje de un año, en la actualidad se está trabajando en la ampliación del alcance y funcionalidad del repositorio transformándolo en un Centro virtual destinado a monitorizar y difundir información sobre el impacto de la crisis en la salud y en los sistemas de salud/socio-sanitarios. Para ello, se irá incorporando nueva información y evidencia sobre tendencias en España apoyándose en proyectos y redes de investigación en los que participa la EASP, así como otra información y recursos producidos por otras entidades y organismos en nuestro país. Además, en el marco de un proyecto de colaboración con el [Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud](#) de la OMS, se incorporará una sección específica con información, documentación y evidencia sobre tendencias en otros países europeos. Se espera el Centro virtual esté operativo en junio de 2013.

Referencias bibliográficas

1. Stuckler et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet* 2011, 378 (9786): 124-125.
2. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142.
3. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*, published online April 19, 2012
4. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders* 2013; 145 (3): 308-314

5. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378(9801):1457-8.
6. Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J prev med hyg* 2012; 53: 169-171
7. EMCDDA, ECDC. HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease 2011.
8. McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal Health Coverage: A Queso for All Countries But under Threat in Some. *Value in Health*; nov. 2012
9. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine* 2012, Vol 12, No 4: 346-50.
10. WHO Regional Office for Europe. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region – overview of the situation in the WHO European Region. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 2009
11. WHO Regional Office for Europe. Section IV. Sustaining equity, solidarity and health gain in the context of the financial crisis. En: Interim report on implementation of the Tallinn Charter. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2011.
12. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 2012

Sobre la autoría

Ana Rivadeneyra Sicilia

Profesional asociada de la Escuela Andaluza de Salud Pública