

urbano y de 288.874 habitantes. Se seleccionaron 25 EDO que requieren medidas inmediatas y con al menos una carga desde *Diraya*. Las variables estudiadas fueron el año epidemiológico, la validez del diagnóstico y el tipo de EDO.

En el periodo 2009-2013 se han cargado desde *Diraya* 712 declaraciones de EDO, de las que se confirmaron 202, con una sensibilidad global de la carga del 28,4% y específica por enfermedad entre el 0% y el 100% (fig. 1). El 9% de las declaraciones válidas al SVEA en el periodo proceden de la carga automática *Diraya* (tabla 1).

Para concluir, este sistema ha facilitado la declaración de un número considerable de EDO que conllevan intervención comunitaria, algunas de ellas, como la meningitis bacteriana, la tuberculosis o la tos ferina, con medidas de aislamiento, estudio de contactos y quimioprofilaxis, intervenciones imprescindibles para la seguridad del paciente. Si bien no sustituye la declaración directa, la carga automática *Diraya* es útil para aumentar la sensibilidad de la declaración y asegurarla en términos de oportunidad.

Contribuciones de autoría

Todas las autoras han contribuido de manera relevante en la escritura y la revisión crítica del manuscrito, y han dado su aprobación a la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ward M, Brandsema P, van Straten E, et al. Electronic reporting improves timeliness and completeness in infectious disease notification. The Netherlands, 2003. *Euro Surveill.* 2005;10:27-30.
2. Rolfhamre P, Jansson A, Arneborn M, et al. SmiNet-2: description of an internet-based surveillance system for communicable diseases in Sweden. *Euro Surveill.* 2006;11:103-7.
3. Rubio-Cirilo L, Martín-Ríos MD, Casas-Cámara G, et al. Enfermedades de declaración obligatoria: conocimiento y notificación en el ámbito hospitalario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.015>
4. Turnberg W, Daniell W, Duchin J. Notifiable infectious disease reporting awareness among physicians and registers nurses in primary care and emergency department settings. *Am J Infect Control.* 2010;38:410-2.
5. Valencia R, Román E, García-León FJ, et al. Sistema de alerta: una prioridad en vigilancia epidemiológica. *Gac Sanit.* 2003;17:520-2.

M. José Molina Rueda^{a,*}, Natalia Cabrera Castro^b,
M. Ángeles Onieva García^a y Begoña López Hernández^c

^a Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^c Unidad de Epidemiología, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Distrito Granada Metropolitano, Granada, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mjmrueda@gmail.com

(M.J. Molina Rueda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.002>

Administración sanitaria y crisis económica: a propósito de un caso



Healthcare administration and the economic crisis: Apropósito of a case

Sra. directora:

En España, el gasto farmacéutico representa el 22% del gasto sanitario, más que en otros países europeos¹. Desde el punto de vista epidemiológico, la importancia del problema de la cardiopatía isquémica en nuestro entorno es de primera magnitud por frecuencia, consumo de recursos y mortalidad. Durante más de una década, la doble terapia antiagregante plaquetaria con ácido acetilsalicílico y clopidogrel se ha considerado de referencia para el síndrome coronario agudo con intervencionismo coronario percutáneo². Sin embargo, un número importante de pacientes continúa sufriendo eventos isquémicos en el seguimiento con este régimen terapéutico, lo que se debe en parte a la gran variabilidad interindividual de respuesta al clopidogrel; además, hay amplia evidencia de la pobre respuesta a dicho fármaco en caso de eventos isquémicos². Este hecho ha llevado al desarrollo de nuevos fármacos con un efecto más rápido, más potente y con menos variabilidad, como el prasugrel y el ticagrelor².

En España, en los últimos años hemos asistido a un proceso de encarecimiento de los precios unitarios de los nuevos fármacos, de tal forma que la inflación de estos precios por encima de la inflación general constituye, en términos de importancia económica, una causa de crecimiento del gasto sanitario^{3,4}. A este

respecto, en nuestro país se han comercializado dos nuevos antiagregantes plaquetarios: el prasugrel y el ticagrelor. Sus precios de referencia son 63,38 € y 59,69 €, respectivamente. En comparación con el precio del clopidogrel (16,83 €), supone que los nuevos antiagregantes plaquetarios cuestan 3,5 veces más.

Queremos presentar el caso de un paciente que, bajo nuestro punto de vista, ha sido una "víctima" del sistema, por culpa de la crisis económica que atraviesa nuestro país y la inflación de los precios de los nuevos fármacos por encima de la inflación general.

Paciente de 47 años que ingresa con un infarto agudo de miocardio. Se le realiza intervencionismo coronario percutáneo sobre la arteria causante. A su alta, según las guías clínicas, se le pauta tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico y ticagrelor. Este tratamiento debe mantenerse durante 12 meses como mínimo. Dada la situación económica del paciente, percibiendo una prestación por desempleo de 402 € hasta 2 meses antes de su ingreso, decide no tomar el ticagrelor por su alto precio, y sufre un nuevo episodio de infarto agudo de miocardio 7 días después del alta. En este segundo ingreso se procede a realizar intervencionismo coronario percutáneo sobre una reoclusión trombótica de la misma arteria tratada en el ingreso anterior. Su evolución fue favorable. Considerando la economía del paciente, se decide tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico y clopidogrel, a pesar de que las guías clínicas actuales recomiendan el uso de los nuevos antiagregantes².

Por lo tanto, este caso nos debe hacer reflexionar sobre que la industria biomédica y nuestros responsables políticos tendrán que aprender un lenguaje común para que ningún paciente vuelva a ser una "víctima".

Contribuciones de autoría

Todos los autores han realizado conjuntamente y a partes iguales la argumentación y la redacción de la carta.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit.* 2011;25:333-8.
2. Ferrero JL, Roura G, Gómez-Hospital JA, et al. Antiagregación oral en el intervencionismo coronario percutáneo: fármacos disponibles y duración de la terapia oral. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2013;13:16-23.
3. Ortún V. El impacto de los medicamentos en el bienestar. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 (Supl 1):111-7.

4. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182-9.

Alberto Domínguez-Rodríguez^{a,b,*}, Corabel Méndez-Vargas^a, Alejandro Sánchez-Grande^a, Pablo Avanzas^c y Pedro Abreu-González^{b,d}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Sta. Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^b Instituto Universitario de Tecnologías Biomédicas, Sta. Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^d Departamento de Fisiología, Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrvdg@hotmail.com

(A. Domínguez-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.007>

La «desatención» a las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que no tienen «seguro»: injusta e ineficiente



The “neglect” of people infected with the human immunodeficiency virus who do not have “insurance”: unfair and inefficient

Sra. Directora:

Del análisis de los resultados producidos por la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012¹ a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que carecen de la condición de asegurados, se deduce que los responsables político-sanitarios que han tomado la decisión de expulsar del sistema sanitario a estos pacientes, además de tener poca humanidad, tienen un escaso conocimiento de lo que es la eficiencia en sanidad y más aún en salud pública. Poca humanidad, porque es inhumano retirar el acceso a la asistencia sanitaria y a la financiación de un tratamiento a un paciente que puede morir en un plazo de unos años si no se medica; tan inhumano como sería no atender a alguien que acude a urgencias con una hemorragia que le causará la muerte en unas horas si no se opera. Y además, es poco eficiente al menos por dos motivos. Primero porque cuando una persona con VIH recibe tratamiento, la probabilidad de que transmita la infección desciende mucho², hasta el punto de que a las parejas heterosexuales que se plantean tener hijos se les puede recomendar, en determinadas circunstancias, no utilizar el preservativo en lugar de recurrir a métodos de fecundación artificial³. Por el contrario, si una persona con VIH no recibe tratamiento, el riesgo de que pueda transmitir la infección aumenta considerablemente. Dependiendo del grado de supresión de la carga viral y del número de parejas sexuales que tengan las personas no diagnosticadas, la transmisión de la infección es entre tres y siete veces mayor que la de las personas que reciben tratamiento⁴. Y con la expulsión de determinados pacientes residentes en España de lo que hasta ahora ha sido el Sistema Nacional de Salud, estamos aumentando el número de personas sin tratamiento. ¿Han calculado nuestros políticos el “ahorro” que va a suponer dejar de financiar el tratamiento de un hombre

homosexual con VIH que trabaje en prostitución y que tenga cinco o seis relaciones sexuales al día sin preservativo?⁵ En segundo lugar, un paciente diagnosticado tardíamente o que está diagnosticado precozmente pero no puede beneficiarse del tratamiento porque carece de tarjeta sanitaria, va a tener una evolución mucho peor que si recibiera tratamiento. Y esa peor evolución supondrá, entre otras consecuencias, un gasto por paciente 4,5 veces mayor⁶ que si se hubiera tratado en el momento adecuado. Escaso ahorro va a suponer eliminar un tratamiento antirretroviral, si eso se traduce en la aparición de patologías graves, que esta vez sí, serán atendidas como urgencias y generarán ingresos hospitalarios que producirán un gasto considerable. Y lo que es más importante, un sufrimiento innecesario.

Dejar de diagnosticar y tratar a personas con VIH que viven entre nosotros es ineficiente y, lo que es más importante, inhumano. Tan inhumano como dejar de atender a cualquier paciente que lo necesite. Es imprescindible que los responsables políticos consulten con quienes conocen los temas sobre los que tienen que legislar, para poder elaborar unas leyes más justas. Afortunadamente, algunas comunidades autónomas han rectificado el error del ministerio⁷.

Contribuciones de autoría

I. Alastrué Loscos y M. Giner Valero concibieron la idea, elaboraron el primer borrador del manuscrito y revisaron la versión final. J. Navas Cutanda realizó la búsqueda bibliográfica, revisó el borrador y elaboró la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.