

## Accesibilidad a los datos de investigación en salud pública: eficiencia y reproducibilidad versus confidencialidad



### Access to public health research data: efficiency and reproducibility versus confidentiality

Sra. Directora:

La presente carta plantea una reflexión sobre un tema que consideramos de interés en la investigación en salud pública: la propiedad y el acceso a los datos de investigación. ¿A quién pertenecen los datos de una investigación en salud pública? ¿A los investigadores o a las entidades financiadoras? Y si éstas son públicas, ¿deberían garantizar el libre acceso a dichos datos? El debate afecta a tres factores de gran importancia en la investigación científica: la eficiencia de recursos, la reproducibilidad de la investigación y la confidencialidad de los datos.

Sin duda, los datos de cualquier investigación podrían ser útiles a otros profesionales no vinculados directamente en dicha investigación. Así, el acceso abierto a dichos datos haría posible su utilización alternativa, que redundaría en una mayor eficiencia de la inversión realizada para su obtención. Si dicha inversión proviene de fuentes públicas, la eficiencia, uno de los principios básicos de actuación de la administración, debería invitar a facilitar el libre acceso a los datos.

En segundo lugar, la reproducibilidad de la investigación es actualmente un controvertido tema de debate en la comunidad científica, al cual la salud pública no debería ser ajena. Según se ha publicado<sup>1</sup>, un 65% de los estudios médicos se han demostrado inconsistentes tras una reproducción independiente de sus resultados, mientras que sólo el 7% fue completamente reproducible. Bajo estas últimas condiciones, las publicaciones científicas se convierten más en un acto de fe que en ciencia, ya que la reproducibilidad es uno de los principios fundamentales de esta última. Revistas como *Nature*<sup>2</sup>, instituciones como los National Institutes of Health<sup>3</sup> y programas de investigación como el H2O2<sup>4</sup> promueven iniciativas para mejorar la reproducibilidad de sus trabajos, que contemplan el acceso a los datos de sus investigaciones. Seguramente GACETA SANITARIA también debería sumarse a este tipo de iniciativa. En otras áreas de la investigación, como la estadística, es habitual que las publicaciones se acompañen de rutinas (incluso de los datos) para que los lectores reproduzcan sus resultados. ¿No debería cundir esta iniciativa en el ámbito de la salud pública?

Sin duda, la difusión de estos bancos de datos entraña problemas de confidencialidad e incluso de consentimiento por parte de los individuos que integran el estudio. Sin embargo, la confidencialidad podría preservarse mediante el uso de herramientas de anonimización adecuadas y la inclusión de cláusulas específicas en el correspondiente consentimiento informado. Este tipo de cuestiones, en principio, no debería ser un impedimento general al acceso

libre a los datos por parte de terceros, y así contribuiría a la transparencia de los estudios.

En nuestra opinión, el libre acceso a los datos de investigación debería ser un derecho cuando éstos han sido financiados públicamente. De hecho, abogamos por que dicho acceso, cuando concluya la correspondiente investigación, debería ser valorado explícitamente por las agencias financiadoras. Esperamos que esta carta ayude a cambiar la tendencia actual de la investigación en salud pública en pos de la eficiencia y la reproducibilidad de los recursos, aunque, obviamente, preservando la confidencialidad de los datos.

### Contribuciones de autoría

Ambos autores han contribuido de igual manera al desarrollo de la idea original, la elaboración, la discusión y la aprobación de la versión final del manuscrito. El autor para la correspondencia en nombre del resto de las personas firmantes garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; que ninguna información relevante ha sido omitida; y que todas las discrepancias entre autores han sido adecuadamente resueltas y descritas.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Prinz F, Schlange T, Asadullah K. Believe it or not: how much can we rely on published data on potential drug targets? *Nat Rev Drug Discov.* 2011;10:712.
2. Nature Publishing Group. Announcement: reducing our irreproducibility. *Nature.* 2013;496:398.
3. Collins FS, Tabak, Policy LA. NIH plans to enhance reproducibility. *Nature.* 2014;505:612-3.
4. European Commission. Commission launches pilot to open up publicly funded research data. (Consultado el 10/4/2015.) Disponible en: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-1257\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-1257_en.htm).

Miguel A. Martínez-Beneito<sup>a,b,\*</sup> y Óscar Zurriaga<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> *Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Valencia, España*

<sup>b</sup> *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España*

<sup>c</sup> *Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martinez\\_mig@gva.es](mailto:martinez_mig@gva.es) (M.A. Martínez-Beneito).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.010>

## Pacientes frequentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios



### Frequent users of hospital emergency departments

Sra. Directora:

Desde hace décadas, los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han consolidado como una de las más empleadas puer-

tas de acceso al sistema sanitario español, por diversas razones<sup>1</sup>. Según datos del último barómetro sanitario publicado, el 28% de la población reconoce haber solicitado en alguna ocasión atención sanitaria urgente, sobre todo por su accesibilidad y porque en el hospital hay más medios y resuelven mejor<sup>2</sup>.

La frecuentación a los SUH es un fenómeno mal definido, no existe una definición unánime y la evidencia es limitada. Se entiende que un/a paciente es frequentador/a en un nivel asistencial cuando lo hace por encima de la media. En el entorno

**Tabla 1**

Relación del nivel de complejidad del hospital con el perfil de los/las pacientes estratificados/as por sexo y edad

	No frecuentadores/as (1 vez) n (%)	Frecuentadores/as (2-9 veces) n (%)	Hiperfrecuentadores/as (≥10 veces) n (%)	p
<i>Hombres</i>				
Nivel I N = 110.958	41.104 (27,0)	67.880 (61,2)	1.974 (1,8)	<0,001
Nivel II N = 247.795	105.873 (42,7)	135.082 (54,5)	6.839 (2,8)	
Nivel III N = 252.165	109.059 (43,2)	135.729 (53,8)	7.377 (2,9)	
<i>Mujeres</i>				
Nivel I N = 183.622	62.079 (33,8)	117.706 (64,1)	3.837 (2,1)	<0,001
Nivel II N = 333.782	137.321 (41,1)	187.850 (56,3)	8.611 (2,6)	
Nivel III N = 296.408	134.376 (45,3)	154.083 (52,0)	7.949 (2,7)	
<i>Edad 14-64 años</i>				
Nivel I N = 204.494	81.191 (39,7)	119.306 (58,3)	3.997 (2,0)	<0,001
Nivel II N = 374.111	162.156 (43,4)	202.881 (54,2)	9.074 (2,4)	
Nivel III N = 332.716	151.124 (45,4)	173.138 (52,0)	8.454 (2,6)	
<i>Edad ≥65 años</i>				
Nivel I N = 90.086	21.992 (24,4)	66.280 (73,6)	1.814 (2,0)	<0,001
Nivel II N = 207.466	81.038 (39,0)	120.052 (57,9)	6.376 (3,1)	
Nivel III N = 215.857	92.311 (42,8)	116.674 (54,0)	6.872 (3,2)	

de urgencias se ha definido cuando acude entre 2 y 12 veces al año<sup>3</sup>. Recientemente se habla de superfrecuentadores/as o hiperfrecuentadores/as cuando acumulan al menos 10 visitas al SUH en 1 año<sup>4</sup>. Cualquier punto de corte resulta arbitrario. Hay quien prefiere hablar de conducta hiperfrecuentadora<sup>5</sup>.

En la Comunidad de Madrid se ha realizado un estudio de corte transversal multicéntrico en el cual se han registrado el número de pacientes (y sus atenciones) que acudieron al SUH en 2013 solo una vez, de dos a nueve veces (frecuentadores/as, pues la media de asistencia en los servicios de urgencias se sitúa entre 1 y 2), y diez o más veces (hiperfrecuentadores/as). Los datos fueron ofrecidos por los servicios de admisión de cada centro y los hospitales se clasificaron, según su nivel de complejidad, en:

- Hospitales de nivel I (baja): Henares, Suereste, Infanta Cristina y Tajo.
- Hospitales de nivel II (intermedia): Getafe, Rey Juan Carlos, Severo Ochoa, Príncipe de Asturias, Fundación Alcorcón, Fuenlabrada, Infanta Sofía e Infanta Leonor.
- Hospitales de nivel III (alta): 12 de Octubre, Puerta de Hierro-Majadahonda, La Princesa, Gregorio Marañón, Clínico San Carlos.

Se registraron 1.387.480 atenciones a 838.317 pacientes, con una proporción de 1,65 atenciones por paciente. Visitaron el SUH una sola vez 575.056 (68,5%) pacientes, acaparando el 44,4% de atenciones: 260.589 (31,1%) pacientes frecuentadores/as con 776.314 (55,9%) atenciones y 2672 (0,4%) hiperfrecuentadores/as con 36.110 (2,6%) atenciones. La relación del nivel de la complejidad del hospital con el perfil de los/as pacientes estratificados/as por sexo y edad se muestra en la [tabla 1](#). Tanto en los hombres como en las mujeres, así como en las edades de 14-64 años y ≥65 años, se observa el mismo perfil: los hospitales de menor complejidad (nivel I) acaparan más pacientes frecuentadores/as, y a medida que aumenta el nivel de complejidad (hospitales de nivel II y III) aumenta el perfil de hiperfrecuentadores/as.

Con esta carta queremos poner de manifiesto que los SUH están fidelizando pacientes frecuentadores/as, probablemente con características diferentes según su nivel de complejidad. La hiperfrecuentación parece ser un fenómeno poco habitual en nuestra muestra, de magnitud similar a la descrita en los Estados Unidos<sup>4</sup>, pero lleva asociado un alto gasto sanitario.

Resultaría de gran interés conocer el perfil de los/as pacientes que frecuentan los SUH, en especial de aquellas personas fidelizadas o hiperfrecuentadoras, con la intención de adecuar mejor los recursos sanitarios empleados, optimizar el circuito asistencial y mejorar los resultados.

#### Contribuciones de autoría

J.M. Aguilar Mulet y C. Fernández Alonso han contribuido en el diseño, la recogida de datos, la redacción del trabajo y la aprobación del manuscrito. M.E. Fuentes Ferrer ha contribuido en el análisis de los resultados y la aprobación del manuscrito. J.J. González Armentgol ha contribuido en el diseño y la aprobación del manuscrito.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

1. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac Sanit. 2006;20:91-100.
2. Barómetro sanitario. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

3. Locker TE, Baston S, Mason SM, et al. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J.* 2007;24:398–401.
4. Vinton DT, Capp R, Rooks SP, et al. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J.* 2014;31:526–32.
5. Santos Martín MD, Lumberras García G, Álvarez Martín E, et al. Los hiperfrecuentadores y la conducta hiperfrecuentadora. *Emergencias.* 1998;10:411–6.

Juan Mariano Aguilar Mulet<sup>a</sup>,  
Cesáreo Fernández Alonso<sup>b,\*</sup>,  
Manuel Enrique Fuentes Ferrer<sup>c</sup>  
y Juan Jorge González Armengol<sup>d</sup>

- <sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de la Princesa, Madrid, España  
<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España  
<sup>c</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España  
<sup>d</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [cesareofa@hotmail.com](mailto:cesareofa@hotmail.com) (C. Fernández Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.013>

## Emulando a Plutarco, «la doctora no solo ha de ser una buena profesional, sino que también ha de parecerlo»



### Paraphrasing Plutarch, «female physicians must not only be good professionals, they must be seen to be so»

Sra. Directora:

Tras leer las *Las desigualdades de género en la ciencia: Gaceta Sanitaria da un paso adelante*, las autoras muestran su satisfacción por la política adoptada y querrían compartir con el/la lector/a algunas ideas a fin de promover la reflexión sobre aspectos sociales que influyen en la profesión.

Si bien el número de médicas está aumentando, la desigualdad sigue presente<sup>1,2</sup>. Las mujeres suelen concentrarse en ciertas especialidades, trabajan más a tiempo parcial, tienen salarios más bajos, se dedican menos a investigación y a docencia, y su presencia en esferas altas de liderazgo es reducida<sup>3</sup>.

Uno de los factores a los que obviamente se atribuye la responsabilidad de estas diferencias es la maternidad<sup>2</sup>. Un informe del Royal College of Physicians<sup>1</sup> polemizó sobre el «problema de la feminización» en medicina, enfatizando el impacto negativo que las bajas maternales y las reducciones horarias tendrían sobre el sistema de salud, sin tener en cuenta los aspectos positivos que brinda la diversidad de género.

Diversos estudios han reconocido diferencias globales en la práctica médica entre hombres y mujeres<sup>2,4,5</sup>. Estas tienden a realizar entrevistas más holísticas, resaltando aspectos de prevención, y suelen emplear un estilo de comunicación más empático<sup>2</sup>. Probablemente estos aspectos también sean los causantes de que, en conjunto, las médicas inviertan más tiempo por paciente y consulta, lo que resulta en una *ratio* de visitas menor que la de sus colegas varones, lo que según el baremo actual se traduce en una menor eficiencia<sup>2,4,5</sup>.

Estos son algunos ejemplos de las barreras sociales e ideológicas que limitan la promoción de la mujer en su ámbito de trabajo, lo que se conoce con la metáfora de «techo de cristal» (*ceiling glass*), en donde el invisible techo de cristal impide alcanzar la meta.

Probablemente la expectativa de rol desempeñe un papel muy influyente en la carrera profesional de las mujeres. Así, los empleadores suelen regirse por estereotipos globales y no personales; por ejemplo, escogerían una mujer para un puesto de pediatría (por su rol de madre) y tenderían a escoger un hombre para la gestión (por su rol de líder)<sup>4</sup>.

Pero la sociedad también tiene sus estereotipos en cuanto al rol de la mujer. Así, en relación con el estilo de comunicación, los pacientes prefieren médicos más empáticos y con un estilo de comunicación abierto frente a un estilo dominante, que sin embargo es aceptado en el varón y criticado en la mujer<sup>5</sup>.

Otro estudio que evalúa la relación de los médicos y médicas con el resto del equipo médico encuentra que las mujeres suelen tener más interrupciones durante su jornada laboral, están sujetas a mayor control y tienen menor disposición de su tiempo en comparación con sus colegas varones<sup>2</sup>.

En definitiva, el estudio de los factores sociales de las mujeres médicas es importante para conocer mejor su situación y garantizar que las diferencias antes mencionadas se deban a una elección personal y no al «techo de cristal». La eliminación de barreras y de prejuicios fomentará un ámbito de trabajo con mayor diversidad y que se traducirá en beneficios en diferentes niveles.

### Financiación

Ninguna.

### Contribuciones de autoría

S. Laxe fue la redactora del manuscrito, y M. Sainz y B. Castaño revisaron y ayudaron en la síntesis de ideas para ajustar el texto a las características del formato de carta.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Women and medicine. The future. Summary of findings from Royal College of Physicians research. June 2009. (Consultado el 25/5/2015.) Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/women-and-medicine-summary.pdf>.
2. Jefferson L, Bloor K, Spilsbury K. Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants. *J R Soc Med.* 2015;108:184–91.
3. Lo Sasso AT, Richards MR, Chou CF, et al. The \$16,819 pay gap for newly trained physicians: the unexplained trend of men earning more than women. *Health Aff (Millwood).* 2011;30:193–201.
4. Tomer G, Xanthakos S, Kim S, et al. Perceptions of gender equality in work-life balance, salary, promotion, and harassment: results of the NASPGHAN Task Force Survey. *Litman and Laurie N. Fishman. JPGN.* 2015;60:481–5.
5. Schmid Mast M, Hall JA, Roter DL. Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Educ Couns.* 2007;68:16–22.

Sara Laxe\*, María Sainz y Beatriz Castaño-Monsalve

Departamento de Daño Cerebral, Institut Guttmann, Badalona (Barcelona), España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [slaxe@guttmann.com](mailto:slaxe@guttmann.com) (S. Laxe).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.001>