



www.kovacs.org

Presidente

D. Ignacio Ayerdi  
Director General  
Philips Cuidado de la Salud  
Royal Philips Electronics  
C/ María de Portugal 1  
28050 Madrid  
España

Madrid, 10 de febrero de 2011

Estimado Sr. Ayerdi:

Acabo de ver su intervención en la tertulia que "sanitaria 2000.TV" emitió el pasado 26 de enero, y quiero felicitarle por el interés que expresó por impulsar la evaluación de las tecnologías sanitarias, y fomentar su uso apropiado.

Además, siendo usted un representante cualificado de una compañía reputada que ha desarrollado tecnologías de indudable valor sanitario, estoy convencido de que su declaración es sincera. Por eso, el motivo esencial de esta carta es invitarle a concretar su interés participando en el debate sobre las medidas adecuadas para mejorar el proceso de adopción de las innovaciones sanitarias y reducir su uso inapropiado en la sanidad española, que recoge la página Web [www.adopcioninnovacionessanitarias.es](http://www.adopcioninnovacionessanitarias.es). Esa página muestra las recomendaciones ya elaboradas por los expertos y hace posible que quienes declaren sus eventuales conflictos de interés, las debatan de manera rigurosa y transparente. Con la misma transparencia, esa página Web muestra la correspondencia relevante para ese debate, incluyendo esta invitación pública. Para participar en el debate, le bastará registrarse en el foro vinculado a esa misma página.

Estoy seguro de que sus aportaciones a ese debate serán especialmente valoradas, pues hasta ahora han sido llamativamente escasas las contribuciones transparentes e intelectualmente rigurosas de representantes de la industria, como estoy convencido de que serán las tuyas, a pesar del relevante papel que juega la industria en el desarrollo y adopción de las nuevas tecnologías sanitarias, lo legítimo que resulta su participación en esos procesos, siempre y cuando sus prácticas sean las adecuadas, y la importancia que su labor ha tenido en la mejora del tratamiento de muchas afecciones.

Por otra parte, quisiera pedirle dónde está disponible en nuestro país la tecnología de 1mSv que citaba usted en la tertulia, dado que en las comunicaciones científicas a las que he tenido acceso sólo he oído mencionarla como "en proceso de desarrollo". De hecho, aunque estoy plenamente de acuerdo en que las estrategias de radioprotección están consiguiendo que las dosis a las que se está exponiendo a los pacientes sean cada vez menores, por lo que sé (J Cardiovasc Comput Tomogr 2010;4(6):365-74), incluso contando con eso, las dosis a las que en realidad los pacientes están siendo sometidos son mayores.



Lamento no haber estado presente en el programa de "sanitaria 2000.tv" en el que comentó usted las dudas que parecían haberle generado algunas de mis declaraciones, pues de haber sido así habría podido aportarle las referencias de los estudios que las resuelven y usted decía no haber podido encontrar. En todo caso le adjunto algunas de ellas por si en el futuro le resultan útiles.

Quedando a su disposición y a la espera de apreciar sus aportaciones al debate sobre el proceso de adopción de las tecnologías sanitarias en la sanidad española, aprovecho la ocasión para expresarle el testimonio de mi consideración más distinguida. Con un cordial saludo,

---

Francisco M. Kovacs

- Con relación al escasísimo valor añadido que aporta la coronariografía por TC: Health Technol Assess.2006;10:1-41, Med Clin (Barc) 2007;128:344-51, JAMA 2006;296:403-411. Este último sin duda lo resultará familiar pues, aunque sus resultados no respaldan el uso habitual de esa tecnología, fue un estudio financiado por Philips y uno de sus autores recibió honorarios de su compañía por participar en él.
- Con relación a los verdaderos riesgos asociados con el uso de esa tecnología: JAMA 2007;298:317-323.
- Por otra parte; sus comentarios parecían confundir “coste” y “precio” de la coronariografía por TC. Para estimar su precio, que fue el dato que cité, me limité a indagarlo en cuatro servicios de radiología de tres comunidades autónomas, preguntando por el coste de la prueba para un paciente privado. Obviamente, eso no tiene por qué corresponder a su “coste”, ni al precio pactado por una compañía de aseguramiento, especialmente con un hospital de su propiedad. Sin embargo, entenderá que es el valor relevante para los pacientes.
- Con relación al porcentaje de uso inapropiado de las distintas tecnologías sanitarias, la bibliografía es tan abundante que sólo le envío datos de una pequeña selección de los estudios más “clásicos” o pertinentes, ordenados cronológicamente: JAMA 1987;258:2533-2537, JAMA 1988;260:505-509, Lancet 1990;335:1317-1320, JAMA 1993;269:753-760, JAMA 1993;269(6):761-5, JAMA 1993;269(6):766-9, JAMA 1993;269:2398-2402, Heart 1997;77:9-24, Heart 1998;81:470-477, N Engl J Med 2001;344:645-654, Int J Cardiol 2001;78(3): 213-21, N Engl J Med 2003;348(26):2635-45.
- Con relación al coste que supone el uso inapropiado de las tecnologías sanitarias y su influencia en el incremento del gasto sanitario. También aquí la bibliografía es abundante, pero probablemente le interese Health Aff (Millwood) 2003 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W3-537-51. Por cierto, suele ser frecuente que los representantes de la industria asuman que su facturación representa el único coste que representa para un sistema sanitario la aplicación de una tecnología sanitaria. Entiendo que ese sea el aspecto que resulta prioritario para sus intereses particulares, y por lo tanto genere la tendencia a considerarlo aisladamente y no necesariamente refleje un deseo consciente de tergiversar los costes que las tecnologías suponen para el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, las tecnologías obviamente también generan también costes adicionales de personal, instalaciones, organización, etc. De hecho, el 30% es sólo una estimación conservadora, que un reciente informe de la OMS (que seguramente usted conocerá), elevaba al 40%.