

SUMARIO

Editorial	3
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA	
La hospitalización domiciliar es igual de efectiva que la tradicional y acorta los ingresos	6
La percepción de los médicos generales sobre sus propios conocimientos concuerda poco con los conocimientos reales	7
EFFECTIVIDAD: TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, EFECTOS ADVERSOS	
La elección de medicamentos antihipertensivos debe hacerse por su coste, efectos secundarios y la comorbilidad de los pacientes	8
La erradicación de la infección por H. Pylori no es eficaz en pacientes con dispepsia funcional	9
Los pacientes ancianos no están bien representados en los ensayos clínicos de oncología	10
La combinación de loperamida y simeticona reduce la duración y los síntomas de la diarrea aguda en adultos	11
CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA	
La tasa de cesáreas puede ser reducida mediante intervenciones organizativas	12
Algunos tipos de seguro muestran mayor calidad en la atención a los ancianos con infarto de miocardio. Relevancia de las preguntas y rigor de las respuestas	14
El paciente también contribuye a la mejora del Sistema Sanitario	15
Demasiadas vías muertas: Dos de cada cinco vías de acceso venoso en urgencias hospitalarias son innecesarias	16
EVALUACIÓN ECONÓMICA, COSTES, PRODUCTIVIDAD	
La vacunación neumocócica en los pacientes ancianos con EPOC reduce la morbi-mortalidad por neumonía y puede ahorrar costes sanitarios directos	17
Racionalidad en la selección terapéutica para la subfertilidad	18
Análisis Coste-Utilidad de tres alternativas de tratamiento quimioterápico en cáncer de mama metastásico resistente a los antracíclicos. Y de cómo ayudar a la toma de decisiones clínicas	19
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	
La tasa de ingresos hospitalarios no es un buen indicador de la calidad de los servicios de atención primaria	20,21
Una importante proporción de la hospitalización infantil podría evitarse con un tratamiento ambulatorio efectivo	22
GESTIÓN: INSTRUMENTOS Y MÉTODOS	
Una adecuada planificación del alta con seguimiento protocolizado en el domicilio reduce los reingresos	23
Mínimo uso de los indicadores de validez de las pruebas diagnósticas en la práctica clínica	25
Los sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas son efectivos para mejorar diversos aspectos de la práctica médica	26
POLÍTICA SANITARIA	
Los sistemas capitativos mixtos se extienden como forma de pago a los médicos en Estados Unidos	27
Efectos adversos del exceso de oferta de atención médica	28
¿Existe relación entre gasto sanitario y resultados en salud?	29
POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA	
Las personas con mayores ingresos tienen mejor salud y su percepción subjetiva de la misma es mejor que la de los individuos con menores recursos	30
La prevención secundaria de enfermedades coronarias es más eficiente que la prevención primaria	31
Humanismo y medicina. Patogenia del síndrome de Hermógenes. Descripción del síndrome de Adriano	32
LOS INFORMES DE LAS AGENCIAS DE EVALUACIÓN	
Algunas pruebas menos costosas que la polisomnografía completa parecen prometedoras en el cribado de la apnea del sueño	33
INVESTIGACIONES QUE HICIERON HISTORIA	
Las bases para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria	34
NOTAS DE GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA	
Bases de datos : Eco-Salud OCDE 99 y EXPENDATA 1999	36

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA (GCS)

Editores

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
Juan del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal
Ricard Meneu de Guillerna, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
Jaume Puig i Junoy, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra

Oficina editorial

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

Imprime

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

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud.

GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

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

Consejo de redacción

Enrique Bernal (Teruel)
Xavier Bonfill (Barcelona)
Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
José Cuervo Argudín (Barcelona)
Cristina Espinosa (Barcelona)
Jordi Gol (Madrid)
Beatriz Gonzalez López-Valcárcel (Las Palmas)
Ildefonso Hernández (Alicante)
Albert Jovell (Barcelona)
Jaime Latour (Alicante)
José Martín Martín (Granada)
Vicente Ortún Rubio (Barcelona)
Salvador Peiró (Valencia)
M^a José Rabanaque (Zaragoza)
José Ramón Repullo (Madrid)
Fernando Rodríguez Artalejo (Vitoria)
Laura Pellisé (Madrid)

CONSEJO EDITORIAL

Ricard Abizanda (Castellón)
Javier Aguiló (Valencia)
Jordi Alonso (Barcelona)
Paloma Alonso (Madrid)
Alejandro Arana (Barcelona)
Andoni Arcelay (Vitoria)
Joan Josep Artells (Barcelona)
José Asua (Vitoria)
Adolfo Benages Martínez (Valencia)
Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
Lluís Bohigas (Barcelona)
Bonaventura Bolívar (Barcelona)
Francisco Bolumar (Alacant)
Juan Cabasés Hita (Pamplona)
Jesus Caramés (La Coruña)

Carmen Casanova (Valencia)
Enrique Castellón (Madrid)
Xavier Castells (Barcelona)
Jordi Colomer (Barcelona)
José Conde (Madrid)
Lena Ferrus (Barcelona)
Fernando García Benavides (Barcelona)
Joan Gené Badia (Barcelona)
Juan Gérvas (Madrid)
Luis Gómez (Zaragoza)
Jokin de Irala Estévez (Pamplona)
Susana Lorenzo (Madrid)
Javier Marión (Zaragoza)
Juan Antonio Marques (Toledo)
José Joaquín Mira Solves (Alicante)
Javier Moliner (Zaragoza)
Pere Monràs (Barcelona)
Jaume Monteis (Barcelona)
Carles Murillo (Barcelona)
Pere Ibern Regàs (Barcelona)
Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
Olga Pané (Barcelona)
Pedro Parra (Murcia)
Josep Manel Pomar (Mallorca)
Eduard Portella (Barcelona)
Octavi Quintana (Madrid)
Enrique Regidor (Madrid)
Marisol Rodríguez (Barcelona)
Pere Roura (Barcelona)
Montse Rué (Barcelona)
Ana Sainz (Madrid)
Pedro Saturno (Murcia)
Pedro Serrano (Las Palmas)
Serapio Severiano (Madrid)
Ramón Sopena (Valencia)
Bernardo Valdivieso (Valencia)
Juan Ventura (Asturias)

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
Annals of Internal Medicine
Atención Primaria
Australian Medical Journal
British Medical Journal (BMJ)
Canadian Medical Association Journal
Circulation
Cochrane Library
Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria
Epidemiology
European Journal of Public Health

Gaceta Sanitaria
Health Affairs
Health Economics
Health Services Research
International Journal on Quality in Health Care
Joint Commission Journal on Quality Improvement
Journal of American Medical Association (JAMA)
Journal of Clinical Epidemiology
Journal of Epidemiology & Community Health
Journal of Health Economics
Journal of Public Health Medicine
Lancet

Medical Care
Medical Care Review
Medical Decision Making
Medicina Clínica (Barcelona)
New England Journal of Medicine
Pediatrics
Revista Española de Salud Pública
Revista de Administración Sanitaria
Revista de Calidad Asistencial
Social Science & Medicine

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

La ética en la medicina clínica gestionada

Jesús Millán Núñez-Cortés

Catedrático de Medicina (Medicina Interna)

Director Médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

QUE la utilización de los recursos sanitarios puestos a nuestra disposición deba llevarse a cabo con unas normas éticas, es una afirmación que está fuera de toda duda. Fundamentalmente son dos los motivos para hacerlo así: por una parte, la propia necesidad de considerar que la profesión médica debe obedecer a una ética singular; por otra, la obligación de ser conscientes de que estamos utilizando unos recursos limitados, lo que requiere unos ciertos criterios para su uso. Los recursos disponibles han crecido, pero lo han hecho –hasta cierto punto esto es lógico– a un ritmo menor de lo que se ha incrementado la demanda de servicios sanitarios. Ello obliga a gestionar los recursos humanos, materiales, de formación (docencia) y de investigación en el área sanitaria, de acuerdo con algunos criterios, que deberían ser bien reconocidos por todos, precisamente para no perder la unidad de criterio y dar satisfacción a algunos de los principios éticos fundamentales, particularmente el de justicia.

Estamos obligados a justificar moralmente nuestras actuaciones como médicos. Nuestra actividad diaria en cualquier puesto de la organización sanitaria, y mucho más en las instituciones hospitalarias por las características y particularidades que les son propias, deben mantener unos criterios de ética médica. ¿Cómo hacerlo en un escenario con múltiples influencias, gran variabilidad, y sometido a un gran nivel de "exigencia" por parte de la población? Quizás fuera procedente acordar algunas facetas de nuestra actividad –pocas, pero trascendentes– que, al considerarlas, podrían ser la expresión de que asumimos y fortalecemos nuestros principios éticos tradicionales. Si "hacemos las cosas bien", si nuestras actuaciones están "indicadas" desde el punto de vista científico, mantendremos los principios de no maleficencia y de beneficencia. Si respetamos la elección de opciones a cargo del paciente, respetaremos, simultáneamente, el principio de autonomía. Y si, finalmente, tomamos en consideración los hechos socioeconómicos, pondremos las bases para garantizar el principio de justicia.

Las cosas no pueden ser contempladas, por tanto, de una manera independiente. Individualizar lo ético, lo científico y lo económico es un lenguaje irreal y sin fundamento. Quizás no exista lo uno sin lo otro, en medicina clínica. Lo mismo que no tiene sentido asumir que algo carente de base científica es ético, es difícil pensar que pueda ser ética una decisión que se aleje de la justicia y de la equidad, al no tener en consideración los aspectos socioeconómicos de nuestras decisiones, porque cuando se toman unas estamos condicionando las siguientes decisiones o las simultáneas habida cuenta de que los recursos no son ilimitados para todo el que los reclame. Una buena práctica médica debiera combinar los tres aspectos, si se pretende que sea catalogada como moralmente correcta. Hay que

buscar la conjugación de lo científicamente correcto, con lo económicamente correcto, y con lo éticamente correcto.

Quizás el término "ética de la gestión clínica" debiera ser definido por tres características: una toma de decisiones clínicas basadas en evidencias científicas, una eficiente utilización de los recursos, y una asistencia de calidad. En los hospitales, instituciones complejas donde las haya, por su triple misión (se asiste, se enseña y se investiga) y porque las decisiones fundamentales las toman los propios profesionales, es precisa una ética en la gestión asistencial y, por este motivo, todos los profesionales deberán disponer de estrategias o herramientas que les permitan conocer si sus decisiones se adaptan a criterios éticos. Si las cosas son como se señala en los párrafos precedentes, la actuación del médico clínico que quiera actuar acorde con la ética, debería fundamentarse en razones científicas (evidencias), económicas (eficiencia) y de calidad.

La medicina basada en la evidencia representa, hoy día, una forma de plantear la toma de decisiones médicas, integrando dos componentes: la experiencia clínica individual y las mejores evidencias de la investigación sobre un problema. La unión de ambos componentes es, en cierto modo, la única que permite justificar una decisión, desde el punto de vista científico. Es verdad que tienen más valor aquellas actitudes o decisiones que se encuentran más contrastadas en el mundo científico, en comparación con la simple experiencia u opinión personal, pero no excluye un juicio clínico individualizado, ni la propia consideración de los deseos del enfermo. Por tanto, una medicina basada en las evidencias científicas forma parte de los fundamentos mismos del ejercicio profesional acorde con criterios éticos. Los diferentes niveles de evidencia científica podrían condicionar nuestras actuaciones, transformándolas en correctas o incorrectas.

Por otra parte, hemos de escoger la mejor de todas las alternativas posibles (por ejemplo en el diagnóstico o en el tratamiento de una enfermedad). Habrá que tender a las medidas más eficaces y más efectivas; aquello que nos permita alcanzar el objetivo deseado, minimizando –además– el empleo de recursos, esto es, siendo eficientes. Pero cabe resaltar que el concepto eficiencia encierra algo más. No sólo se trata de obtener una actividad o alcanzar un objetivo con el menor gasto posible (lo cual sería ya de por sí una muestra de ética) sino de hacerlo con una calidad adecuada. En este sentido quizás no se podría considerar como ética una actividad o decisión clínica que no buscara la eficiencia. También el clínico tiene referentes para realizar una valoración económica de sus decisiones. Podrá recurrir a analizar la relación coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio de sus actuaciones, para justificar su coste en función de los resultados obtenidos, pero –en todo caso– no puede ser ajeno a esto.

Por último, el profesional buscará la calidad. Al médico le gusta hacer bien las cosas y, si es posible, hacerlas de una forma "excelente". La excelencia se transforma, así, en un rasgo básico de la ética médica. Lo que comenzó siendo un "control de calidad" de lo ofertado, se derivó a la "garantía de calidad" de lo suministrado, y con posterioridad a la "evaluación de la calidad" de lo realizado. Más aún, los conceptos más recientes de "calidad total" o "mejora (continua) de la calidad" reflejan el interés por alcanzar la excelencia en la asistencia médica. Distintas herramientas (modelos TQM, TQC, EFQM, etc.) permiten evaluar (incluso autoevaluar) la calidad de los procesos llevados a cabo y de los resultados obtenidos.

En el ámbito de la asistencia bien hecha, de la buena práctica de la medicina, se sitúa el concepto de atención médica óptima, como la relación de la calidad obtenida con respecto de la cantidad de recursos y cuidados utilizados, el coste económico de los mismos, y la ponderación de los beneficios y los riesgos de su aplicación. Algunos criterios desarrollados más recientemente permiten comparar la calidad óptima con la calidad "lógica" de nuestras actuaciones, y así el criterio de "suficiencia" nos permite valorar si lo realizado es lo lógico y suficiente, aun cuando se pudieran realizar bastantes más cosas.

Con frecuencia, los elementos que, siendo ajenos a uno mismo, son capaces de condicionar el comportamiento médico, se pueden agru-

par en: factores relacionados con la satisfacción del usuario, las evidencias y el conocimiento científico, el consenso y las relaciones con los profesionales, y las directrices de las instituciones. Pero, adicionalmente, hemos de tener en cuenta la dimensión moral de nuestras decisiones; y para esto el profesional precisa de un cierto armazón conceptual que le otorgue a su criterio una autoridad moral, y que le evite la incertidumbre de pensar qué actitud es la más correcta. Para hacer frente a esto, la evidencia científica, la eficiencia económica y la evaluación de la calidad le aportan herramientas que le garantizan, en gran parte, que sus decisiones se ajustan a los principios éticos.

En esta situación, la toma de decisiones clínicas se apoya en tres criterios que son indisolublemente complementarios para llegar a una actuación médica conforme a la moral. El médico deberá comportarse como científico, buscando la actuación óptima y el máximo beneficio del enfermo. Por otra parte, deberá actuar como gestor de unos recursos, buscando una gestión eficaz, efectiva y eficiente de los mismos, y el beneficio social. Y deberá actuar buscando la satisfacción personal profesional y la del enfermo, buscando la calidad en lo realizado. ¿Cómo hacerlo? A su alcance tiene herramientas con las que justificar sus decisiones. La medicina basada en la evidencia, la valoración económica de tales decisiones y la evaluación de la calidad de lo realizado le pueden servir como poderosos argumentos.

“Evidencias” y “governabilidad clínica”

Juan del Llano Señarís

Fundación Gaspar Casal

¿Cómo conozco lo que pienso hasta que haya leído lo que he escrito? E.M. Forster

La prestación de servicios sanitarios financiados solidariamente a través de impuestos generales, genera riqueza, emplea a muchas personas y, sobre todo, pretende restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento. La medicina moderna se caracteriza por su fuerte innovación tecnológica. Actualmente, se produce un masivo empleo de procedimientos nuevos que consumen un elevado volumen de recursos, no siendo siempre su uso ni racional ni supeditado a la demostración de efectividad. A menudo, existe una alta variabilidad geográfica y poblacional con tasas nada despreciables de utilización inapropiada.

En la práctica clínica suele haber un conflicto entre las convicciones del clínico y las dudas de los “metodólogos” en la evaluación de procedimientos y prácticas médicas y quirúrgicas. Se necesita medir, monitorizar y valorar las tecnologías nuevas antes de que empiecen a usarse masivamente. La impaciencia y el deseo de abordar nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento por parte de muchos especialistas abocados a manejar situaciones urgentes y complicadas, choca con el necesario tiempo, sosiego y reflexión que exige toda evaluación sistemática dirigida a la búsqueda de “evidencias” relevantes y pertinentes.

En la atención sanitaria surgen dilemas éticos procedentes tanto de la incertidumbre del propio “conocimiento médico” y del uso eficiente de los recursos disponibles que siempre serán escasos ante una demanda exigente e ilimitada. Además, hay que considerar de manera realista el hecho económico: la constatación de que los retornos no crecen (aumento de la esperanza de vida ajustada por calidad de vida o libre de incapacidad) al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario.

No cabe duda que el esfuerzo presupuestario público destinado a la sanidad española genera externalidades positivas e inversiones que mejoran el desarrollo social y el bienestar de la población, si bien, persisten tensiones en el sector, como la atención de las necesidades de atención socio-sanitarias crecientes e insuficientemente cubiertas, las nuevas perspectivas de los pacientes, el manejo de la variabilidad de la práctica clínica y las lagunas existentes en el campo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La eficiencia social pasa por producir al menor coste social, aquellos bienes y servicios que más valora la sociedad. La racionalización de servicios no debe quedar exclusivamente en el ámbito de decisión del médico. Es, sobre todo, una cuestión de ética, además de incluir la formalización de procesos que valoren los costes y el impacto en salud de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Por tanto, estamos ante la necesidad de establecer prioridades, lo que supone difíciles elecciones y dilemas sociales. Se necesita pensar en cómo, más que en qué, racional de la mejor forma posible. En este debate deben participar médicos, pacientes, bioéticos, economistas, sociólogos, decisores... y existen argumentos éticos y experiencias que apuntan al rol apropiado del análisis coste-efectividad a la hora de arrojar luz a tan delicado tema (1). Nadie duda que priorizar y racionalizar serán tareas ineludibles en el futuro inmedia-

to. Su negación, y el todo para todos y gratis en el momento de uso, ocasionará mermas en la calidad asistencial, por la masificación del proceso asistencial, e intolerables listas de espera que casi nunca son equitativas. Aproximaciones racionales que dirijan el debate y lo hagan informado y comprensible incluyen la realización de evaluaciones no sólo de la efectividad clínica sino también de análisis de evaluación económica y sobre todo, participación pública, mucha participación ordenada y sistematizada, evitando tentaciones demagógicas.

Por tanto, es importante empezar midiendo los progresos en los conocimientos de las “evidencias”, conocer en qué se avanza (aquello que tenga impacto/beneficio probado sobre la salud), y poder desechar lo que no funciona, si no queremos seguir dando palos de ciego. Así, los abordajes basados en las “evidencias”, además de moda, tienen calado y pueden potenciar desarrollos prácticos como la “governabilidad clínica”. Su formalización es la guía de buena práctica entendida como el conjunto de normas que modernizan la autorregulación profesional, extienden la formación continua, se aplican localmente, contribuyen a acercar los niveles asistenciales y mejoran la comunicación y el respeto entre gestores y clínicos. Son un marco de trabajo dirigido a obtener un nivel óptimo de calidad asistencial y los mejores estándares en la prestación de los servicios, que recuperen la confianza del público hacia los profesionales y las instituciones sanitarias. Lo que guía la “governabilidad clínica” puede resumirse en cinco puntos:

1. Empuja la innovación e implanta una práctica clínica basada en la evidencia.
2. Genera responsabilidad, transferencia de riesgos y rendición de “cuentas”/“outcomes”.
3. Coordina los esfuerzos en la consecución de mejoras en la calidad de los servicios sanitarios.
4. Pretende disminuir las actuaciones médicas erróneas y de baja calidad.
5. Adquiere relevancia el trabajo en equipo y la colaboración de distintos profesionales, de distintas especialidades, disciplinas y niveles asistenciales.

Para que florezca la “governabilidad clínica” se requiere tiempo pues estamos ante un cambio cultural que sólo prenderá en organizaciones abiertas y participativas donde la formación, la investigación y el compartir ideas sean metas irrenunciables.

El equilibrio entre lo deseable y lo posible en la gestión clínica y sanitaria está en gastar bien, mejorando la productividad y la eficiencia (el trabajo bien hecho y a tiempo) y, por otro lado, dar una adecuada respuesta a imperativos morales tan arraigados en la población como la universalidad de la asistencia sanitaria y la equidad en el reparto de servicios entre las diferentes clases sociales.

(1) Ubel, P.A. Pricing life: Why it's time for health care rationing. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 2000.

La hospitalización domiciliaria es igual de efectiva que la tradicional y acorta los ingresos

Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Jones J, Parker G. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ* 1999; 319:1542-1546.

Objetivo

Comparar la efectividad de la atención a los pacientes en un programa de hospitalización a domicilio en relación a la atención hospitalaria.

Diseño

Ensayo clínico pragmático randomizado y controlado.

Participantes

199 pacientes consecutivos de Leicester (Reino Unido) derivados para hospitalización a domicilio por su médico de familia y que cumplían los criterios de inclusión en el estudio. Seis de los 102 pacientes randomizados para hospitalización domiciliaria rechazaron el ingreso, y lo mismo hicieron 23 de los 97 asignados para hospitalización tradicional.

Principales medidas de resultado

Se valoraron tanto la mortalidad así como los cambios en el estado de salud (Índice de Barthel, Sicknes impact Profiles 68, Euro-Quol, Philadelphia geriatric morale escale) a

las dos semanas y a los tres meses después de la randomización. Los principales indicadores de proceso fueron: inputs a los servicios, destinos de las altas, índices de readmisión, duración del ingreso inicial y número total de los días que ha recibido cuidados.

Resultados

El grupo de hospitalización a domicilio y el de hospitalización tradicional no mostraban diferencias significativas en cuanto a nivel de salud (valores medios de "sickness impact profiles" eran 29 y 30 respectivamente a las dos semanas, y 24, 26 a los 3 meses) grado de dependencia (puntuaciones de Barthel de 15 y 14 a las dos semanas y 16 en ambos grupos a los 3 meses). A los tres meses de seguimiento, 26 (25%) de los asignados a hospitalización a domicilio habían muerto, en comparación con 30 (31%) de los de hospitalización tradicional (riesgo relativo 0,82 (95% intervalo de confianza de 0,52 a 1,28). El grupo de hospitalización a domicilio recibió menos días de tratamiento que el de hospitalización tradicional, tanto en el ingreso inicial

(8 días de media frente a 14,5 días ($p = 0,026$) como en la duración total del cuidado a los tres meses (media 9 días versus 16 días, $p = 0,031$)

Conclusiones

Los programas de atención a domicilio ofrecen cuidados de salud tan efectivos como los de hospitalización tradicional, sin presentar diferencias significativas en cuanto al estado de salud. Sin embargo, la hospitalización domiciliaria supuso duraciones más cortas de los ingresos (un 45%), sin que esto implicara un mayor grado de reingresos hospitalarios. Para los pacientes que cumplen los criterios de admisión, la hospitalización domiciliaria puede ser una alternativa efectiva y aceptable a la hospitalización tradicional.

Fuentes de financiación: no constan.

Comentario

Una revisión sistemática Cochrane realizada en 1997 indicaba que había pocas evidencias sobre la hospitalización a domicilio ya que todos los ensayos clínicos que se habían realizado eran demasiado pequeños y no alcanzaban la potencia suficiente. El presente estudio, posterior a la revisión, es muy interesante ya que es el primero que aborda el tema de la hospitalización a domicilio como una alternativa real a la tradicional y no simplemente como un sistema de acortamiento de estancias hospitalarias, como venían haciendo los ensayos clínicos realizados con anterioridad. (1,2,3) Un aspecto interesante a destacar es que en este trabajo los tributarios de ingreso eran remitidos por sus médicos de familia a un organismo que valoraba la indicación y los asignaba aleatoriamente al hospital o a la hospitalización a domicilio. Otro aspecto a señalar es que la hospitalización domiciliaria no estaba vinculada al hospital,

sino que los pacientes eran seguidos por su médico de familia junto a un equipo multidisciplinario de apoyo que incluía: enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores de salud y trabajadores de enlace cultural.

Desafortunadamente este trabajo tampoco pudo conseguir una muestra de tamaño suficiente para apoyar decididamente la hospitalización domiciliaria frente a la tradicional. Sin embargo sus conclusiones son esperanzadoras y animan a que otros investigadores sigan profundizando en este campo. Del mismo modo es imprescindible que se valoren los aspectos económicos de esta alternativa a la hospitalización tradicional antes de recomendar su aplicación dentro de nuestro sistema sanitario.

Joan Gené Badia

(1) Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Punsford J, Darlow MA. Randomised controlled trial comparing effectability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *BMJ* 1998; 316:1796-1801.

(2) Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care I: three month follow up of health outcomes. *BMJ* 1998; 316:1786-1791.

(3) Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care II: cost minimization analysis. *BMJ* 1998; 316:1791-1796.

La percepción de los médicos generales sobre sus propios conocimientos concuerda poco con los conocimientos reales

Tracey J, Aroll B, Barham PH, Richmond D. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 1997; 315:1426-1428.

Objetivo

Determinar la exactitud de los conocimientos autopercebidos por los médicos generales.

Tipo de estudio

Estudio analítico transversal que correlaciona los conocimientos autopercebidos con los conocimientos reales.

Pacientes

Se analiza una muestra de 100 médicos generales de Nueva Zelanda seleccionados aleatoriamente.

Variables

Variables generales (edad, sexo, colegiación, tiempo de ejercicio y año de colegiación), conocimientos autopercebidos sobre 20 patologías y puntuación en conocimientos reales sobre patología tiroidea y diabetes mellitus.

Instrumentos de medida

Conocimientos autopercebidos: Escala de diferencial semántico de 9 puntos sobre 20 problemas de salud. Los extremos de la escala son "gran desconocimiento" y "conocimiento exhaustivo".

Conocimientos reales: Tras el análisis del

cuestionario anterior se seleccionaron la patología tiroidea y la diabetes mellitus no insulín-dependiente para la evaluación de los conocimientos reales. Se elaboraron sendos cuestionarios con 50 ítems verdadero/falso (1/0) para la patología tiroidea y de 45 ítems para la diabetes, que fueron remitidos por correo a los participantes.

Análisis de datos

Para valorar la relación entre la puntuación en conocimientos autopercebidos y conocimientos reales se utilizó la correlación de Pearson. La consistencia interna de los cuestionarios de patología tiroidea y diabetes mellitus fue medida mediante el coeficiente de Cronbach.

Resultados

El 73% de los médicos seleccionados contestaron al cuestionario de conocimientos autopercebidos. La puntuación media global fue de 6.46 (SD1.1, moda = 4). La puntuación media de conocimientos autopercebidos sobre la patología tiroidea fue de 6.06 (SD 1.7; rango 2-9) y sobre la diabetes de 6.85 (SD 1.7, rango 1-8).

67 médicos completaron el test de conoci-

mientos reales sobre patología tiroidea, obteniendo una puntuación media de 34.2 (SD 4.61, rango 21-44, moda 33), siendo la correlación con la puntuación de conocimientos autopercebidos de 0.195. 56 médicos completaron el test de conocimientos reales sobre diabetes, siendo la puntuación media de 33.9 y la correlación con los conocimientos autopercebidos de 0.117.

Conclusión

El presente artículo muestra una percepción errónea de los médicos generales sobre sus propios conocimientos. Si este fenómeno es común y ocurre en otros ámbitos, los principios de planificación de la formación en base a las necesidades mostradas por los médicos y la selección de actividades formativas según la autopercepción de cada uno sobre sus conocimientos, pueden estar contribuyendo a que falle todo el sistema de formación.

Fuente de financiación: New Zealand Lottery Grants Board.

Dirección para correspondencia: Dr. Tracey: j.tracey@auckland.ac.nz

Comentario

El "aprendizaje autodirigido" (*self directed learning*) surge en Estados Unidos y Canadá en la década de los 80, como método de formación médica continuada (FMC), basándose en la mayor efectividad de los programas de formación de adultos cuando éstos seleccionaban sus necesidades de formación. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen la concordancia entre los conocimientos autopercebidos y los conocimientos reales. El presente artículo analiza la correlación entre los conocimientos autopercebidos y reales en dos patologías concretas, encontrando una baja correlación. Si bien existen otros estudios con resultados contrarios —realizados con diferente metodología (1,2)— los hallazgos de este estudio coinciden con los de otros autores (3) que utilizan una metodología semejante. Aunque estos resultados pueden variar según la formación de los médicos, es

importante a la hora de planificar los programas de FMC tener en cuenta que la elección libre del médico de sus necesidades formativas, en ocasiones no se ajusta a sus necesidades reales o a las del sistema sanitario. Por todo ello, sería interesante la combinación de las necesidades autopercebidas con las necesidades del sistema sanitario mediante técnicas de "quality improvement", auditorías, etc.; ya que una selección errónea de las necesidades de formación, unida a la diferente efectividad de las distintas estrategias educacionales, (4) condicionará que el rendimiento obtenido de la formación médica no sea el adecuado.

Victoria Gosalbes Soler

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia

(1) Robling M, Kinnerley P, Houston H, Houriban M, Cohen D, Hale J. An exploration of GPs' use of MRI: a critical incident study. *Fam Pract* 1998; 15: 236-43.

(2) Edwards A, Robling M, Jones J, Pill R, Wilkinson C. BRIDGE Study Team. Women's perception of breast cancer risk. *Fam Pract* 1996; 12:340.

(3) Jansen J, Tan L, Van der Vleuten C, Van Lujik SJ, Rethans J, Grof R. Assessment of competence in technical skills of general practitioners. *Med Educ* 1995; 29:247-53.

(4) Oxman A, Thomson MA, Davis D, Haynes B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153:1423-1431.

La elección de medicamentos antihipertensivos debe hacerse por su coste, efectos secundarios y la comorbilidad de los pacientes

Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T, Dahlöf B, Lanke J, Schersten B et al, for the STOP-Hypertension-2 study group. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999; 354:1751-1756.

Problema

La medicación antihipertensiva, en particular diuréticos, betabloqueantes y calcioantagonistas (CA), ha demostrado frente a placebo que reduce la morbimortalidad cardiovascular, especialmente los ictus. Sin embargo, la información sobre su eficacia comparativa era muy escasa, y las evidencias sobre la utilidad de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) en los pacientes ancianos eran muy limitadas.

Objetivo

Comparar los efectos de la terapia "convencional" y más antigua (diuréticos y betabloqueantes) de los nuevos medicamentos antihipertensivos (IECAs y CA) sobre la morbimortalidad cardiovascular en pacientes ancianos.

Tipo de estudio

Ensayo clínico randomizado, sin enmascaramiento del tratamiento (similar a la práctica clínica).

Sujetos de estudio

6614 pacientes de 70-84 años con hipertensión arterial (presión arterial sistólica >180

mm Hg, diastólica >105 mm Hg, o ambas) reclutados en 312 centros de salud de Suecia. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de tratamiento. El primero formado por 2213 sujetos recibió antihipertensivos convencionales (atenolol 50 mg, metoprolol 50 mg, pindolol 50 mg, o hidroclorotiazida 25 mg más amilorida 2,5 mg, al día); el segundo formado por 2205 sujetos recibió IECAs (enalapril 10 mg o lisinopril 10 mg, al día), y el tercero formado por 2196 pacientes recibió CA (felodipino 2,5 mg o isradipino 2,5 mg, al día). La selección de medicamentos dentro de cada grupo no fue randomizada.

Variables de resultado

La variable principal de valoración (VPV) fue la combinación de ictus fatal, infarto de miocardio fatal y otros eventos cardiovasculares fatales. El análisis se realizó por intención de tratar.

Resultados

La presión arterial descendió de forma similar en los tres grupos. La VPV ocurrió en 221 de 2213 pacientes en terapia convencional (19,8 eventos por 1000 pacientes-año) y en 438 de

los 4401 tratados con los medicamentos más nuevos (19,8 eventos por 1000 personas-año; riesgo relativo (RR) 0,99, con intervalo de confianza (IC) 95% de 0,84 a 1,16; $p = 0,89$). El conjunto de ictus fatales y no fatales, infartos de miocardio fatales y no fatales y otra mortalidad cardiovascular ocurrió en 460 pacientes tomando medicamentos convencionales y en 887 tomando los fármacos más nuevos (RR: 0,96; IC 95% RR: 0,86-1,08; $p = 0,49$).

Conclusiones

Los antihipertensivos antiguos (diuréticos y betabloqueantes) y los más modernos (IECAs y CA) tienen una eficacia similar en la prevención de la morbimortalidad cardiovascular. Su eficacia está relacionada con el grado de descenso de la presión arterial.

Dirección para correspondencia: Prof. L. Hansson, Department of Public Health and Social Sciences, University of Uppsala, PO Box 609, 75125 Uppsala, Sweden.

Comentario

Desde un punto de vista metodológico y sustantivo, hay cuatro aspectos del estudio que nos parecen especialmente relevantes:

1. El estudio no incluyó un grupo tratado con placebo por razones éticas.

2. Al final del estudio, casi la mitad de los pacientes estaba recibiendo dos o más medicamentos. Además, solo 2/3 de los pacientes estaban tomando la medicación que se les prescribió inicialmente. Por ello, es especialmente relevante que los datos se

hayan analizado según el principio de intención de tratar. Sin embargo, no es posible saber qué parte de los resultados en cada grupo de intervención se deben al medicamento inicialmente prescrito y qué parte a los medicamentos administrados posteriormente.

3. El estudio fue diseñado para evaluar la eficacia comparativa de la terapia convencional frente a los nuevos antihipertensivos. Por ello, no es posible hacer inferencias sobre medicamentos concretos.

4. Ya que los antihipertensivos antiguos y los más modernos tienen una eficacia similar, la elección del medicamento (en el seno de protocolos clínicos o ante un paciente concreto) depende de otros factores, como el coste, los efectos secundarios y la comorbilidad de los pacientes.

Fernando Rodríguez Artalejo
Departamento de Medicina Preventiva
y Salud Pública
Universidad del País Vasco

La erradicación de la infección por *H. Pylori* no es eficaz en pacientes con dispepsia funcional

Greenberg PD, Cello JP. Lack of effect of treatment for *Helicobacter pylori* on symptoms of nonulcer dyspepsia. *Archives of Internal Medicine* 1999; 159(19):2283-2288.

Introducción

La dispepsia es una enfermedad muy frecuente la cual tiene una causa no orgánica en la mayoría de los casos. Su patogénesis no está claramente establecida. Algunos estudios han sugerido que la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es una de las causas de la dispepsia funcional. Otros estudios han mostrado una mayor prevalencia de esta infección en pacientes con dispepsia funcional que en controles asintomáticos. Además, algunos ensayos sobre la erradicación de *H. pylori* en pacientes con dispepsia funcional han demostrado una mejora en los síntomas después del tratamiento, mientras que otros no han demostrado una respuesta beneficiosa.

El manejo óptimo de la dispepsia tampoco está libre de controversia. Ahora bien, dado que la erradicación de la infección en pacientes con úlcera duodenal reduce las recurrencias y mejora los síntomas, es posible que la erradicación de la infección en pacientes con dispepsia funcional también mejore los síntomas. El objetivo del estudio es determinar si la infección por *H. pylori* es una causa de la dispepsia funcional.

Sujetos y métodos

Un total de 100 pacientes con dispepsia no ulcerosa e infección por *H. pylori*, en los que previamente había fracasado el tratamiento empírico con anti- H_2 , fueron incluidos en un ensayo controlado y aleatorizado. Mediante historia clínica o endoscopia fueron excluidos los pacientes con úlcera péptica, esofagitis, enfermedad hepatobiliar, colon irritable o reflujo. La infección por *H. pylori* fue determinada por biopsia y examen his-

tológico. Los pacientes incluidos fueron aleatorizados a doble ciego a un tratamiento de 14 días de omeprazol (20 mg, dos veces al día) y claritromicina (500 mg, 3 veces al día), o placebo.

Los síntomas fueron evaluados a través de una escala visual analógica al inicio del estudio y 1, 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. La escala cubría un total de 11 síntomas, 5 de ellos relativos a la dispepsia, valorados en una escala de 0 a 100. El seguimiento con endoscopia y biopsia se hizo 4 semanas después del tratamiento. El cumplimiento se midió contando las tabletas.

Resultados

Después de 1 año, el cambio en los síntomas de dispepsia fue de -24 (IC 95%: -69 a 21) en el grupo con omeprazol y claritromicina, y de -24,2 en el grupo placebo (IC 95%: -70 a 21,6). Además, los pacientes con infección por *H. pylori* persistente mostraron una mayor mejoría en los síntomas, aunque no significativa, que aquellos que consiguieron la erradicación a los 1, 3, 6 y 12 meses respectivamente.

Los pacientes con infección por *H. pylori* persistente demostraron una mejor respuesta clínica -estadísticamente no significativa- que aquellos que no erradicaron. Once de los 50 pacientes del grupo tratamiento dijeron tener efectos adversos moderados (náuseas, fatigas, dolor abdominal, dolor de cabeza, etc.), mientras que sólo 2 del grupo placebo dijeron tener náuseas. El cumplimiento del tratamiento en el grupo experimental fue del 95%, comparado con el 99,5% del grupo control.

Conclusiones

Los pacientes con dispepsia funcional no deben ser tratados sistemáticamente por *H. pylori*, ya que esta infección no es la causa de esta condición en la mayoría de los pacientes. No se han podido identificar aquellos grupos de pacientes que respondieron a la terapia erradicadora. En cambio, los pacientes con úlcera demuestran la curación de la úlcera y la mejora de los síntomas después de erradicar la infección.

Los estudios existentes hasta el momento muestran resultados dispares, si bien revisiones recientes han mostrado problemas metodológicos. Una estrategia de manejo comúnmente utilizada es la de cribar a los pacientes con dispepsia. Los pacientes *H. pylori* positivos son tratados y seguidos clínicamente, y a aquellos con dispepsia persistente después del tratamiento se les hace una endoscopia. Esta estrategia sólo sería beneficiosa para aquellos pacientes con úlcera (20% de los pacientes con dispepsia). Es decir, sólo 1 de cada 5 pacientes sería tratado de manera adecuada, dejando aparte los posibles efectos negativos del tratamiento antibiótico y de las resistencias bacterianas. Hace falta más investigación para clarificar el tratamiento efectivo y coste-efectivo de los pacientes con dispepsia.

Fuentes de financiación: Este estudio fue parcialmente financiado por una beca de Abbott Laboratories, Abbott Park, Ill. El omeprazol y el placebo correspondiente fueron provistos por Astra Pharmaceuticals, Wayne, Pa.

Dirección para correspondencia: Paul D. Greenberg, MD, Merck-Medco Managed Care, LLC, 100 Parsons Pond Dr, Franklin Lakes, NJ 07417.

Comentario

La dispepsia es una enfermedad muy común, con una prevalencia entre el 26% en Estados Unidos y el 41% en Inglaterra. Este problema es responsable de 2 de cada 5 visitas al médico de atención primaria. De estos casos, el 50% corresponde a dispepsia funcional, resultando en importantes costes, directamente relacionados con las visitas al médico, pruebas y fármacos, así como costes laborales.

Este estudio muestra la ausencia de beneficio al erradicar la infección por *H. pylori* en pacientes con dispepsia. Estos resultados vienen a confirmar los de estudios similares cuyos resultados se han hecho públicos recientemente (1) (2), mientras que contradicen otros (3) (4). De hecho, la estrategia de erradicación del *H. pylori* se hace especialmente interesante en atención primaria, ya que es en este nivel asistencial donde la mayoría de pacientes son vistos, y donde los médicos tratan los pacientes con síntomas de dispepsia sin endoscopia y sin conocer la existencia de desórdenes orgánicos. El principal problema del tratamiento empírico con antibiótico

es el de las resistencias bacterianas (5).

Así como está clara la eficacia y eficiencia del tratamiento erradicador de la infección por *H. pylori* asociada a úlcera duodenal frente a otras estrategias de manejo, el reto está ahora en el manejo óptimo de la dispepsia. Desgraciadamente, la estrategia de manejo no está clara: no parece adecuada la realización de complejas pruebas diagnósticas, así como tampoco la endoscopia inicial indiscriminadamente. Si lo mejor es el tratamiento empírico ¿con qué fármaco debe hacerse? La elección entre fármacos procinéticos, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos, fármacos protectores de la mucosa, antihistamínicos- H_2 o antibióticos, dependerá de estudios que analicen su eficacia y eficiencia a corto y largo plazo en términos de control de síntomas, calidad de vida y costes de estas terapias.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia

Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, Barcelona

(1) Talley NJ, Vakili N, Ballard D, Fennerty MB. Absence of benefit of eradicating *Helicobacter pylori* in patients with nonulcer dyspepsia. *NEJM* 1999; 341(15):1106-11.

(2) Blum AL, Talley NJ, O'Morain C, Veldhuyzen van Zanten S, Labenz J, Stolte M, et al. Lack of effect of treating *Helicobacter pylori* infection in patients with nonulcer dyspepsia. *NEJM* 1998; 339(26):1875-81.

(3) Jaakkimainen RL, Boyle E, Tudiver F. Is *Helicobacter pylori* associated with non-ulcer dyspepsia and will eradication improve symptoms? A meta-analysis. *BMJ* 1999; 319:1040-44.

(4) McColl K, Murray L, El-Omar E, Dickson A, El-Nujumi A, Wirz A, et al. Symptomatic benefit from eradicating *Helicobacter pylori* infection in patients with nonulcer dyspepsia. *NEJM* 1998; 339(26):1869-74.

(5) Górvas J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. *Economía y Salud. Boletín informativo* 1999; 35. Informe técnico 3.

Los pacientes ancianos no están bien representados en los ensayos clínicos de oncología

Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, et al. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med* 1999; 341:2061-2067.

Objetivo

En los ensayos clínicos existe poca representación de mujeres y negros, por lo que su reclutamiento ha sido promovido activamente. Existe menos información sobre el grado de participación de los ancianos. ¿Están bien representados los ancianos en los ensayos clínicos realizados en el área de oncología?

Tipo de estudio

Estudio observacional retrospectivo. Comparación de la proporción de pacientes de 65 años o mayores que participaron en ensayos clínicos de oncología con la proporción de pacientes de la misma edad en la población general de pacientes con cáncer.

Pacientes

16.396 pacientes reclutados consecutivamente en 164 ensayos clínicos del Southwest Oncology Group (SWOG) en Estados Unidos, desde 1993 hasta 1996. La informa-

ción sobre el porcentaje estimado de pacientes con cáncer en la población general se calculó a partir del censo de Estados Unidos de 1990 y de una revisión de tres registros de pacientes con cáncer, desde 1992 a 1994.

Medida de los resultados

Las variables registradas fueron el sexo, la raza (blancos o negros), la edad de 65 años o mayor. En el análisis se incluyeron quince tipos diferentes de cáncer.

Resultados

La proporción media de mujeres y negros enrolados en los ensayos clínicos del SWOG fue similar o igual que la proporción estimada en la población de Estados Unidos de pacientes con cáncer (mujeres, 41% y 43%; negros 10% y 10%, respectivamente). Por el contrario, hubo una baja representación de los pacientes de 65 años de edad o mayores (25% frente a 63%, $P < 0,001$) en todos los

tipos de cáncer, excepto en linfomas. La baja representación fue particularmente importante en ensayos del tratamiento del cáncer de mama (9% frente a 49%, $P < 0,001$). Los resultados fueron similares cuando se analizaron los datos de los pacientes de 70 años o mayores, cuando se eliminaron del análisis 15 ensayos que excluían a los pacientes ancianos. Tampoco hubo diferencias en función del tipo de práctica oncológica.

Conclusiones

Existe una baja representación de pacientes de 65 años de edad o mayores en los estudios del tratamiento del cáncer. Deberían aclararse las razones de este hecho y adoptarse sistemas para corregir este problema.

Fuente de financiación: en parte por el National Cancer Institute.

Dirección para la correspondencia: Southwest Oncology Group, Operations Office, 4980 Omicron Dr., San Antonio, TX 78245-3217.

Comentario

Una de las principales limitaciones de los ensayos clínicos es que, con frecuencia, los pacientes incluidos en los mismos no son representativos de los pacientes de la población general. Por ello, podría ocurrir que unas determinadas conclusiones, válidas para pacientes estudiados, no lo fueran para todos los pacientes que posteriormente podrían beneficiarse de los tratamientos.

Aunque el estudio se ha realizado en estados Unidos, es probable que en España ocurra lo mismo (¿podría realizarse un estudio similar en España, teniendo en cuenta nuestros sistemas de información sanitaria?). Tanto las autoridades reguladoras americanas como las europeas están insistiendo en la necesidad de que los ensayos clínicos incluyan grupos de población "minoritarios". El caso de los ancianos es especialmente importante en el área de oncología: globalmente, un 60% de todos los cánceres aparecen en personas de 65 años o mayores (1). Además, generalmente, la mortalidad en el cáncer tiende a

elevarse a medida que la edad es superior (2). Aunque existen algunos estudios que señalan cómo la edad puede condicionar los efectos farmacológicos y la toxicidad de determinados tratamientos, se trata de un tema controvertido. Como señalan los autores del estudio, sería necesario incluir más pacientes ancianos en los ensayos clínicos en Fase II y III para evaluar la toxicidad, los efectos farmacológicos de la quimioterapia y estudiar la potencial interacción entre quimioterapia y edad, ya que la edad suele ser una variable pronóstica independiente.

Con frecuencia se afirma que los pacientes de los ensayos clínicos no son representativos debido a los estrictos criterios de inclusión establecidos de los protocolos. No parece, sin embargo, que esta explicación sea suficiente. Muchas veces, los clínicos, los pacientes o sus familias dan por hecho que los pacientes ancianos no tolerarán la quimioterapia o piensan que esta no es tan beneficiosa como en los pacientes más jóvenes.

Desde el punto de vista de la gestión sanitaria podrían hacerse dos reflexiones: 1) los ensayos clínicos deben incluir a aquellos grupos de pacientes que posteriormente se beneficiarán de los tratamientos. Si esto no es posible, será necesario promover estudios específicos que demuestren los beneficios farmacológicos en esos colectivos; y 2) aunque el proceso de evaluación de fármacos aún presente algunas deficiencias metodológicas, sería deseable que otras intervenciones de nuestro sistema sanitario se sometiesen a un proceso de evaluación rigurosa y sistemática, similar al de los medicamentos.

José Antonio Sacristán

Departamento de Investigación Clínica, Lilly

(1) Yancik R: Cancer burden in the aged. *Cancer* 1997; 80(7):1273-1283.

(2) Balducci L, Lyman GH: Cancer in the elderly: Epidemiologic and clinical implications. *Clin Geriatr Med* 1997; 13:1-14.

La combinación de loperamida y simeticona reduce la duración y los síntomas de la diarrea aguda en adultos

Kaplan MA, Prior MJ, Ash RR, McKonly KI, Helzner EC, Nelson EB. Loperamide-Simethicone vs Loperamide alone, and placebo in the treatment of acute diarrhea with gas-related abdominal discomfort. *Arch Fam Med* 1999; 8:243-248.

Problema

En los pacientes adultos con diarrea aguda y meteorismo, ¿la loperamida combinada con simeticona es más eficaz que los fármacos por separado o el placebo para reducir la duración de la diarrea y los síntomas de malestar abdominal?

Tipo de Estudio

Ensayo clínico aleatorio y doble ciego con seguimiento de 72 horas desde el inicio del tratamiento.

Lugar

Clínica de atención primaria en Acapulco, Méjico.

Pacientes

493 pacientes, entre 18 y 63 años, 51% de mujeres, con síntomas de diarrea aguda inespecífica de menos de 48 horas de evolución y malestar abdominal por meteorismo. Se excluyeron los que requerían ingreso hospitalario, rehidratación parenteral, antibióticos, con fiebre >38,6 °C, pérdidas hemáticas,

hipotensión ortostática, incapacidad para tomar la medicación o líquidos orales, comorbilidad importante, alergia a los fármacos a estudio, embarazadas, madres lactantes y mujeres con molestias perimenstruales, así como las personas con uso reciente de antibióticos, de fármacos que afectan a la motilidad digestiva, antiadiarreicos, antiflatulentos y analgésicos. Las pérdidas de seguimiento fueron del 8%.

Intervención

Los pacientes fueron aleatorizados a ambos fármacos combinados (124), loperamida (123), simeticona (123) o placebo (123).

Medidas de resultado

Tiempo hasta la última deposición diarreica y tiempo hasta la desaparición del malestar abdominal, además de otros resultados secundarios.

Resultados

El tiempo medio hasta la última deposición diarreica fue de 10 horas con la terapia com-

binada, frente a 23h para la loperamida, 33h para la simeticona y 39h para el placebo ($p<0,01$). El tiempo hasta la desaparición del malestar abdominal fue de 12h para la terapia combinada, 42h para la loperamida, 21h para la simeticona y 48h para el placebo ($p<0,001$). Los síntomas subjetivos también fueron significativamente más cortos en el grupo combinado. No se hallaron efectos adversos graves y los efectos adversos menores fueron similares en los 4 grupos.

Conclusiones

La combinación de loperamida y simeticona es más eficaz que el placebo o cualquiera de los fármacos por separado para reducir la duración y sintomatología en la diarrea aguda en adultos.

Fuente de financiación: McNeil Consumer Healthcare, compañía de Johnson & Johnson fabricante del fármaco evaluado.

Dirección correspondencia: Dr. M.A. Kaplan. McNeil Consumer Healthcare, 7050 Camp Hill Road, Fort Washington, PA 19034, EE.UU. e-mail: mkaplan@mccus.jnj.com

Comentario

Aunque la diarrea aguda es habitualmente autolimitada, se trata de un problema de salud muy frecuente, que puede causar importante malestar y requerir algunos días para la recuperación, aspecto que la convierte en un problema de interés en salud pública. La loperamida, un agonista periférico de los receptores opiáceos, es una especialidad de venta sin receta en muchos países cuya eficacia y seguridad esta demostrada en diversos ensayos clínicos. En este trabajo, la combinación con simeticona se mostró más efectiva que la loperamida sola en la reducción de los síntomas y, con ello, aumenta el arsenal terapéutico para tratar este molesto cuadro.

Entre las limitaciones a tener en cuenta hay que señalar la necesidad de diferenciar con claridad las diarreas bacterianas (diarreas

agudas con sangre, moco o fiebre), en las que se han relatado raros casos de megacolon tóxico y enteritis necrotizante asociados al uso de loperamida y que suelen requerir antibióticos, la no recomendación del fármaco en lactantes y niños pequeños y, en este estudio, la exclusión de personas menores de 18 años, mayores de 63 y con problemas concomitantes más o menos serios, aspecto que limita la generalización de los resultados a muchos grupos de pacientes.

Desde otro punto de vista, cabe señalar que este estudio (que contó con un fuerte apoyo por parte del fabricante del producto: todos los autores trabajan en alguna división de Johnson & Johnson, que además diseñó, realizó, analizó y financió el estudio) resalta la posibilidad de desarrollar ensayos clínicos bien realizados en atención primaria, medio

donde es habitual encontrar estudios de las características metodológicas del trabajo comentado, máxime cuando en nuestro entorno existen –cada vez más– excelentes epidemiólogos que pueden suplir las tareas metodológicas asumidas por la industria en este trabajo.

Finalmente, señalar que, dados los buenos resultados del tratamiento y los graves problemas de resistencias bacterianas, se debería intentar reducir al mínimo la terapia antibiótica en aquellas diarreas sin indicación clara, una fórmula obvia de proteger al resto de nuestros pacientes.

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

La tasa de cesáreas puede ser reducida mediante intervenciones organizativas

Gregory KD, Hackmeyer P, Gold L, Johnson AI, Platt LD. Using the Continuous Quality Improvement Process to safely lower the cesarean section rate. *Jt Comm J Qual Improv* 1999; 25:619-629.

Problema

¿Es posible reducir las tasas de cesárea de un hospital sin incrementar los riesgos materno-fetales?

Diseño

Estudio observacional prospectivo, que incluye un periodo basal (9 meses), de intervención (5 años) y postintervención (1 año, 1998).

Entorno

Hospital Cedars Sinai Medical Center (CSMC) de California. Se trata de un hospital terciario, sin ánimo de lucro y con filiación académica que cuenta con 109 obstetras.

Población y método

El estudio incluyó a 38541 partos y empleó como base de seguimiento la información materno-infantil recogida en las bases de datos clínico-administrativas.

Intervenciones

En 1993, se estableció un grupo de trabajo con objeto de reducir la tasa de cesáreas y se emprendieron y monitorizaron 4 intervenciones en 2 años. En 1995, el hospital se vinculó a un proyecto cooperativo con otras 27 organizaciones,

iniciándose 13 nuevas intervenciones que, en conjunto, incluían mesas redondas, grupos focales, juegos de rol, folletos divulgativos, cambios en los protocolos (uso de oxitocina sintética a altas dosis), definición de distocia, análisis del parto vaginal tras cesárea previa (PVTC), monitorización y devolución de información al personal médico y de enfermería, formación de grupos de trabajo y otros. Las áreas priorizadas fueron la reducción de cesáreas en los casos de distocia o fallo en la progresión y la indicación de cesárea por cesárea previa.

Medidas de resultado

Porcentaje de cesáreas y medidas de calidad (complicaciones maternas: ruptura uterina, parto vaginal instrumental; y neonatales: ruptura de clavícula, lesiones del plexo braquial, hemorragia cerebral).

Resultados

Las tasas de cesárea descendieron del 26,0% (basal) al 20,5% (1997). Durante el periodo postintervención, las tasas de cesáreas repuntaron hasta el 23,5%. No hubo incrementos –estadística o clínicamente significativos– en complicaciones neonatales ni maternas. La reducción de

cesáreas no se asoció a un incremento en los partos vaginales instrumentales, que descendieron del 9,2% al 7,5% ni en rupturas uterinas (0,79%, sin cambios significativos en el periodo). Estratificados por indicación, descendió la proporción de cesáreas realizadas por distocia, mientras que no se modificó significativamente las cesáreas tras cesárea previa (si bien el número de ensayos PVTC se incrementaron significativamente desde el 64,5% al 73,3%) y aumentó el porcentaje de cesáreas en presentación de nalgas y sufrimiento fetal.

Conclusiones

Las intervenciones organizativas pueden reducir el porcentaje de cesáreas sin incrementar los efectos adversos, aunque probablemente se requiere la continuidad para mantener los logros.

Fuentes de financiación: no constan

Correspondencia: Kimberly D. Gregory, Cedars Sinai Medical Center, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal Fetal Medicine, 8700 Beverly Boulevard, Suite 1740, Los Angeles, CA 90048. e-mail: gregory@cshs.org

Comentario

La experiencia del proyecto cooperativo (<http://www.ih.org/collaboratives/>) que, parcialmente, se recoge en este trabajo es más que interesante. Las acciones coordinadas consisten en la alianza de 20 a 40 organizaciones (en este caso, participaron 20 hospitales –3 de ellos alcanzaron tasas inferiores al 15%–, 3 consorcios, 2 HMOs, 2 aseguradoras y un grupo médico), que trabajan conjuntamente durante 6 a 8 meses, para mejorar un área específica. Bajo la guía de un panel de expertos, los miembros del equipo estudian, evalúan e implementan los últimos conocimientos disponibles, útiles para producir una mejora rápida en sus organizaciones, aunque cada organización establece sus propios objetivos de mejora y decide las acciones a desarrollar. Entre tanto, la obstetricia española viene recibiendo críticas de la OMS por ignorar sus directrices que, más allá de las elevadas (y todavía crecientes) tasas de cesáreas (el objetivo OMS-2000 era reducirlas al 15%), incluyen la realización rutinaria de diversos procedimientos discutibles (rasurado de genitales, uso de enemas, episiotomías, monitorización electrónica fetal en ausencia de riesgo) y las limitaciones a la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

El problema no es la falta de evidencia. Buena parte de la evidencia requerida por la práctica obstétrica es de alta calidad y fácil. Ensayos clínicos controlados en medicina perinatal se han realizado desde 1922, cuando Johnston y Sidall compararon la tasa de infecciones entre mujeres según hubieran sido rasuradas y no encontraron beneficios que justificaran la práctica. Hace más de 20 años Ian Chalmers inició la labor de registrar los ensayos en este campo y, actualmente, son miles los incluidos y sintetizados en más de 600 revisiones sistemáticas de periódica actualización y disponibles en formato electrónico en la actual Cochrane Pregnancy and Childbirth Database, o en la Cochrane Library (<http://www.update-software.com>).

El problema es cómo convertir evidencia en práctica clínica. Ni la diseminación pasiva de los resultados de investigación, ni su síntesis en guías de práctica, aun soportadas por respetados revisores, han demostrado efectos importantes (1).

Los obstetras parecen hallarse en un dilema en el que las crecientes tasas de cesáreas se ven –por ellos mismos– como una expresión de medicina defensiva antes que como un beneficio para los pacientes y romper el círculo vicioso requiere de

algo más que información. Los componentes más citados en las estrategias de reducción son el compromiso de la administración y los departamentos hospitalarios, la educación a los pacientes y profesionales, la monitorización periódica y difusión de información de un modo no amenazante o culpabilizador, cambios en el entorno y pautas clínicas, y un refuerzo (empowerment) colectivo. Este trabajo, y algunos otros (2), tienen como principal virtud demostrar que, en la práctica y en entornos más conflictivos que el español respecto a las reclamaciones, es posible reducir de modo seguro las tasas de cesárea.

Julián Librero

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321:1306-11

(2) Myers SA, Gleicher NA. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Engl J Med*; 1988; 319:755-779.



Economía de la Salud y Gestión Sanitaria

MÁSTER · 12^a edición

- Un programa pensado para los **profesionales** de la gestión sanitaria atendiendo a una triple visión: política sanitaria, gestión de centros y gestión clínica. Tratado con perspectiva científica, fundamentalmente desde la disciplina de la Economía.
- El enfoque prima tanto la adquisición de un instrumental conceptual y analítico correcto como el desarrollo práctico que permita a los participantes interpretar y **aportar soluciones** adecuadas a los problemas sanitarios.
- El programa prepara a los participantes **para liderar el cambio cultural** en el sector sanitario. La ejecutoria y calidad de sus antiguos alumnos así lo atestiguan.

Dirección: Vicente Ortún.

Profesores responsables de área: Oriol Amat, Joan Artells, Pere Ibern, Guillem López Casasnovas, Carles Murillo, Vicente Ortún, Salvador Peiró, José Luis Pinto, Jaume Puig, Marisol Rodríguez, Joan Rovira, Montserrat Rué, Emilia Sánchez, Andreu Segura, Xavier Triadó y profesores invitados.

Módulos: economía, estadística I, política y gestión sanitarias, epidemiología, economía de la salud, evaluación económica, financiación y organización sanitarias, gestión aplicada, contabilidad y finanzas, recursos humanos y marketing, estadística II, gestión clínica y tesina.

Duración: 530 horas en dos años académicos de octubre a junio el primer año y de septiembre a diciembre el segundo (una semana al mes, en horario intensivo). Presentación de la tesina: septiembre del segundo curso.

Inicio:
5 de octubre de 2000

Balmes, 132
08008 Barcelona
Tel. 93 542 18 00
Fax. 93 542 18 08
www.upf.es/idec
Correo electrónico: idec@upf.es



INSTITUT D'EDUCACIÓ
CONTÍNUA
UNIVERSITAT POMPEU FABRA



Algunos tipos de seguro muestran mayor calidad en la atención a los ancianos con infarto de miocardio. Relevancia de las preguntas y rigor de las respuestas

Soumerai SB, McLaughlin TL, Gurwitz JH, Pearson S, Christiansen CL, Borbas C et al. Timeliness and Quality of Care for Elderly Patients with Acute Myocardial Infarction under Health Maintenance Organization vs Fee-for Service Insurance. *Arch Intern Med* 1999; 159(27):2013-2020.

Problema

La calidad de los cuidados prestados a los pacientes ancianos con infarto agudo de miocardio (IAM) ¿es diferente en las aseguradoras tipo Health Maintenance Organizations (HMO) que en las aseguradoras de pago por acto (FFS)?

Material y métodos

Revisión retrospectiva (audit) de 2304 registros médicos de pacientes con IAM que ingresaron en 20 hospitales urbanos de Minnesota entre octubre de 1992 y julio de 1993, y julio de 1995 y abril de 1996.

Principales resultados medidos

Uso de transporte sanitario de emergencia,

retraso en el comienzo del tratamiento, tiempo que pasa hasta la realización del ECG, uso de aspirina, trombolíticos o b-bloqueantes; tiempo entre la entrada en la puerta de urgencias y la administración del trombolítico.

Resultados del estudio

El retraso en la instauración de tratamientos y la realización de ECG fue semejante para ambos tipos de proveedor. Sin embargo, el 56% de los pacientes de HMO utilizaron transporte de urgencia frente al 51% de los pacientes en aseguradoras de FFS ($p = 0.02$); esta diferencia fue mayor en los pacientes que tuvieron el infarto durante la noche (60% vs 52%; $p = 0.02$). También existió diferencia a favor de la HMO en el uso de

aspirina (88% vs 83%, $p = 0.03$). La regresión logística controlando variables demográficas y clínicas encontró resultados semejantes.

Financiación: Grant AG14474 del National Institute on Aging, Bethesda. Grant HS07357 de la Agency for Health Care Policy and Research, Rockville; Healthcare Education and Research Foundation, St Paul, Minn; Harvard Pilgrim Health Care Foundation, Boston, Mass.

Correspondencia: Stephen B. Soumerai, ScD. Department of Ambulatory Care and Prevention, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care, 126 Brookline Ave. Suite 200, Boston, MA 02215 (e-mail: ssoumerai@hms.harvard.edu)

Comentario

A priori, considerar la hipótesis de que el tipo de aseguramiento FFS podría mejorar el uso de aspirina, trombolíticos, b-bloqueantes o trombolíticos no parecía plausible debido a que la utilización de guías de práctica terapéutica es uno de los valores más consolidados en el desarrollo de las HMO, en particular de las de modelo *staff* (1). En todo caso, si se desea evaluar esta posibilidad, probablemente no se debería seleccionar para el estudio una parte de la cohorte procedente de un estudio interestatal en el que se analiza el cumplimiento de las guías de práctica propuestas a nivel nacional (este es el caso del estudio que se presenta). Por otra parte, a pesar de resultar minucioso, el trabajo adolece de las limitaciones de todo estudio retrospectivo en el que se analiza el estado de exposición o los efectos mediante sistemas de información con datos secundarios (2): se desconoce, por ejemplo, si se registra la información de los fallecidos en la puerta de urgencias y la de aquellos que no llegaron al hospital porque fallecieron en el domicilio. Además, las especificidades de los distintos

modelos de HMO no han sido analizadas en el estudio y, sin duda, constituyen un elemento clave en la evaluación de los incentivos organizativos de las HMO con respecto a los modelos FFS. La cohorte analizada está compuesta por un 27% de pacientes asegurados en una HMO; de estos el 30% responden al *staff-group model* y el 59% al *network model* (el 11% restante a varios otros pequeños planes de aseguramiento HMO). Las diferencias encontradas en la proporción de pacientes que utilizaron vehículos de emergencia revela la importancia de esta hipótesis: el 63% de los pacientes de un HMO *staff-group model* fueron transportados en ambulancia frente al 55% de los pacientes asegurados en un modelo HMO *network*.

En Estados Unidos existe una importante discusión sobre las ventajas e inconvenientes del aseguramiento en sistemas tipo HMO –hasta cierto punto, similares a las compañías españolas con cuadros cerrados de médicos– y el sistema tradicional de pago por acto seguido de reembolso. En términos de calidad técnica –aunque no necesariamente

de satisfacción– el debate parece ir decantándose a favor de los primeros, especialmente por el intenso uso de guías de práctica en los sistemas de pre-pago y capitación. Aunque en España el debate político sobre sistemas sanitarios es muy diferente –la alternativa de pago por acto (FFS) aquí no es relevante–, la posibilidad de importar algunos comportamientos e incentivos para mejorar la calidad y reducir costes de las HMO es un tema de interés que –más allá de las grandes decisiones sobre tipos de sistema– podría contribuir a mejorar la calidad de la atención en muchas patologías frecuentes.

Enrique Bernal Delgado

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Navarro RP, Cahill JA The US Health Care System and the development of managed care in Navarro RP Managed Care Pharmacy Practice. Maryland: ASPEN Publishers, Inc Gaithersburg, 1999.

(2) Norell S. Diseño de estudios epidemiológicos. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1994.

El paciente también contribuye a la mejora del Sistema Sanitario

Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care? *Health Expectations* 1998; 1:37-49.

Problema

¿De qué forma puede participar el paciente en la mejora de la asistencia sanitaria? ¿Son igualmente efectivas estas diferentes formas de participación?

Métodos

Los autores realizan una interesante descripción de la evidencia existente sobre las formas en las que un paciente participa activamente en la mejora del sistema sanitario. Para ello, Wensing y Grol se basan en una revisión sistemática de los artículos publicados en revistas recogidas en el Medline desde enero de 1980 hasta junio de 1997 y en una selección de 27 revistas médicas específicas.

Resultados

Tras el análisis de la información recogida describen 7 formas de participación:

1. Al tomar decisiones sobre dónde solicitar servicios médicos los pacientes hacen un uso responsable de su capacidad de elección de centro o de especialista. Esta capacidad de elección tiene como consecuencia una mayor satisfacción en el paciente y un incremento en la calidad asistencial. Sin embargo, al mismo tiempo encuentran que los pacientes no siempre toman decisiones racionales, que los clínicos no ven con buenos ojos estas iniciativas, que se trata de un procedimiento costoso y que este tipo de intervenciones solo tienen sentido si existe capacidad de elección real.
2. Facilitando al clínico información sobre hábitos de vida y preferencias personales para que pueda atenderle con mayor efectividad. La idea es sencilla: cuanta más información disponga el médico de su paciente en mejores condiciones

estará para desarrollar sus habilidades clínicas. Si bien este tipo de iniciativas suponen mejoras considerables en el reconocimiento de los hábitos y necesidades del paciente e incrementa su satisfacción, no existe evidencia de que mejore su estado de salud.

3. Participando con el clínico en la adopción de la estrategia terapéutica idónea. Este tipo de intervenciones, muy variadas en la literatura, se basan en la idea de que el paciente desea tomar sus propias decisiones sobre el tipo de tratamiento a seguir, lo que no está tan claro sobre todo en procesos severos. Mientras que para algunos pacientes saber que pueden participar activamente en la toma de decisión junto con el médico reduce su ansiedad, aumenta su responsabilidad y cumplimiento terapéutico, para otros las evidencias apuntan a que prefieren que sea el médico quien tome las decisiones por ellos. Además, existen dudas sobre que esta medida beneficie a su salud o a su calidad de vida. Tampoco parece fácil saber cómo entrenar a los médicos para informar a los pacientes.

4. Declarando sus preferencias por cada tratamiento específico mediante el cálculo de utilidades, lo que teóricamente ayuda al paciente a decidirse por un curso de acción determinado. Los inconvenientes de esta estrategia residen en la dificultad del cálculo para cada una de las opciones que se le presentan al paciente, las dudas de que el paciente adopte siempre decisiones racionales y, sobre todo, que entienda la lógica de esta estrategia.

5. Participando en actividades de educación sanitaria. La idea general es que un paciente

bien informado será siempre más responsable y capaz de cuidar de su propia salud adoptando estilos de vida saludables. Las evidencias a este respecto son dudosas, el coste de los programas educativos alto y no siempre existen materiales específicos para cada proceso de enfermedad.

6. Evaluando los cuidados recibidos. Es práctica común en todos los sistemas que el paciente valore mediante cuestionarios el grado de satisfacción que experimenta con los cuidados recibidos. Pese a lo extendido de esta medida existe la duda de que los resultados de estos procesos afecten en alguna medida a las decisiones de los clínicos o de los responsables de las instituciones o que tengan alguna traducción en planes específicos de mejora.

7. Realizando sugerencias y reclamaciones. Los autores destacan que las reclamaciones de los pacientes no siempre reflejan una mala praxis y que no hay datos sobre su utilidad real para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Conclusiones

Aunque la identificación de las necesidades y preferencias del paciente es considerada como un aspecto fundamental de la asistencia sanitaria la investigación sobre este punto requiere de un mayor esfuerzo para no basarse en suposiciones sino en evidencias.

Financiación: No existe conflicto de intereses.

Dirección para correspondencia: Dr Michel Wensing, Centre for Quality of Care Research (WOK), University of Nijmegen, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, Holanda.

Comentario

Los 90 se caracterizaron por un cambio en el papel del paciente pasando de ser pasivo a tornarse en activo. Las "Cartas del Paciente" de los países del norte de Europa, la obligatoriedad legal de obtener consentimiento informado al paciente y por contar con sus preferencias a la hora de decidir un curso clínico, o los cambios en los sistemas sanitarios ampliando las facilidades de elección de centro o médico, se asientan en políticas concretas y en la hipótesis de que de esta forma se incrementa la calidad asistencial. Sin embargo, aunque intuitivamente se vean apropiadas estas medidas, un análisis crítico de las evi-

dencias sobre estas cuestiones parece, al menos, recomendable.

Así por ejemplo, sería interesante analizar el coste y la utilidad de los métodos para conocer las preferencias del paciente ya que, en ocasiones, no sólo son costosos sino que luego no tienen consecuencia alguna en la mejora de la calidad ya que los datos que se obtienen se ignoran. Existen dudas, también, sobre si estas medidas reducen la autonomía del médico y, por tanto, pueden tener consecuencias negativas inesperadas. Por otro lado, se ha planteado que no todos los pacientes desean tomar decisiones críticas y algunas dudas sobre si las decisiones del paciente son

racionales y van encaminadas a proteger o incrementar su salud. A la vez, existen datos que sugieren que algunos pacientes pueden demandar cuidados o atenciones médicas innecesarias, por lo que el gasto sanitario podría incrementarse, con efectos perversos en la salud de estas personas. Por último, aunque el efecto de una competencia regulada entre proveedores se espera se traduzca en mayor calidad y satisfacción en el paciente podría tener también otras consecuencias que merece la pena analizar con detalle.

José Joaquín Mira
Universidad Miguel Hernández

Demasiadas vías muertas: Dos de cada cinco vías de acceso venoso en urgencias hospitalarias son innecesarias

Velasco Díaz L, Fernández González B, García Ríos S, Hernández del Corro E. Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:89-90.

Problemas

¿A qué porcentaje de pacientes se les practica un acceso venoso en urgencias?
¿qué porcentaje de estos es innecesario?
¿cuál es su coste?

Diseño

Revisión retrospectiva de historias clínicas.

Entorno

Servicio de Urgencias (SU) de un hospital comarcal del INSALUD en Asturias que atendió 24.673 urgencias en 1997.

Métodos

Revisión retrospectiva (audit) de una muestra aleatoria de 1.113 historias de urgencias en la que se valoró la presencia de

accesos venosos, si se habían utilizado y el coste de las vías, incluyendo materiales y tiempo de enfermería.

Resultados

En el 18,5% de las visitas a urgencias se practicó un acceso venoso. El 57,5% de los pacientes con vías venosas fueron ingresados, un 38,5% dados de alta y el 8% trasladados a otros centros. En el 41,6% la vía no fue utilizada y en el 10,4% los revisores acordaron que existía una vía alternativa razonable. El 61% de los pacientes con vía no usada fueron ingresados. Extrapolando los resultados de la muestra a las visitas de todo el año, el hospital gastó 1.714.000 pesetas en accesos venosos en urgencias.

Conclusiones

Gran parte de los accesos venosos periféricos en Urgencias se utilizan innecesariamente.

Financiación: No consta.

Correspondencia: Dr. L. Velasco Díaz. Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Polígono de Riaño s/n. 33920 Langreo (Asturias). E-mail: lvdiaz@ingterbook.net

Comentario

El trabajo comentado es muy novedoso en el panorama español y, hasta cierto punto, coincide con los de otros entornos, que han señalado un 35% de vías innecesarias en sala de hospitalización en Estados Unidos (1). En términos generales, el trabajo cuantifica algo que, hasta el momento, sólo era intuido: existe un exceso de intensidad terapéutica (y diagnóstica, aspecto no tratado en este trabajo) en los servicios hospitalarios de urgencias.

La excesiva intensidad terapéutica en estos servicios es origen de gastos innecesarios, aumento de las cargas de trabajo, molestias y riesgos para los pacientes (riesgos posiblemente mínimos, pero con un agregado no despreciable dada la frecuencia del procedimiento) y, posiblemente, tiene el efecto paradójico de atraer a los usuarios que acaban por creer en la necesidad de realizar análisis, radiografías y utilizar vías para cualquier cosa, con la consiguiente mayor "confianza" en el hospital —donde se hace todo— que en la atención primaria (2).

Respecto a la metodología, hay que comentar que posiblemente el uso o no de la vía no sea un criterio "fino" para valorar su adecuación. De hecho, un determinado porcentaje de pacientes habrá recibido medicación innecesaria a través de la vía, mientras que en otros casos, la situación del paciente aconsejaba adoptar esta medida aunque posteriormente no se empleara. Igualmente, también existe uso innecesario por defecto (pacientes que hubieran necesitado la vía y no se aplicó) que conviene no olvidar, para no ver sólo una parte del problema. Con todo, la medida utilizada es lo suficientemente sugestiva de uso innecesario como para ser utilizada en trabajos que sólo buscan estimar —más o menos groseramente— la proporción de uso inadecuado de esta práctica.

Las soluciones a este exceso de intensidad terapéutica (y diagnóstica) —más allá de las apelaciones a la sobrecarga asistencial—, están al alcance de los centros hospitalarios si se tiene interés en su corrección. El audit de procedimientos, como el

realizado por los autores, es un primer paso. El desarrollo de criterios o guías para el uso de las vías venosas (o cualquier otro procedimiento) es el segundo. La monitorización de su aplicación y de los efectos sobre los pacientes el tercero.

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Lederle FA, Parenti CM, Berskow LC, Ellinson KJ. The idle intravenous catheter. *Ann Intern Med* 1992; 116:737-738.

(2) Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validación de un instrumento de evaluación de la adecuación de las visitas a urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73:465-79.

La vacunación neumocócica en los pacientes ancianos con EPOC reduce la morbi-mortalidad por neumonía y puede ahorrar costes sanitarios directos

Nichol KL, Baken L, Wuorenma J, Nelson A. The Health and Economic Benefits Associated with Pneumococcal Vaccination of Elderly Persons with Chronic Lung Disease. *Arch Intern Med* 1999; 159:2437-42.

Problema

¿Cuáles son los efectos económicos y sobre el estado de salud de la vacuna neumocócica?

Diseño

Estudio retrospectivo de cohorte.

Pacientes

Todos los integrantes mayores de 65 años diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) atendidos por HMO que atiende a 250.000 personas en un área urbana norteamericana. Los resultados correspondieron a 1898 ancianos con EPOC evaluados tras un periodo de 2 años, después de introducir un programa de vacunación antineumocócica. Las variables de estudio fueron la hospitalización debida a neumonía o gripe, la mortalidad general y los costes por hospitalización. Utilizando datos administrativos se compararon estos resultados entre los pacientes vacunados y los no vacunados usando un modelo multivariado

para controlar las características demográficas y de salud de los sujetos al comienzo del estudio.

También se estudiaron los potenciales beneficios añadidos de la vacunación antigripal y la vacuna neumocócica durante los 2 periodos estacionales de gripe incluidos en el estudio.

Resultados

La vacuna antineumocócica se asoció de forma significativa con menor riesgo de hospitalización por neumonía y gripe (riesgo relativo 0.57, IC 95% 0.38-0.84; $P = .005$) y para la mortalidad (riesgo relativo 0.71, IC 95% 0.56-0.91; $P = .008$). La tasa de hospitalizaciones de causa no neumocócica fue similar en los 2 grupos de vacunados y no vacunados (riesgo relativo 0.91, IC 95% 0.77-1.07; $P = .24$). Durante las temporadas de gripe los beneficios de la vacunación antigripal y neumocócica se sumaron (riesgo relativo 0.28, IC 95% 0.14-0.58; $P < .001$) para el número de hospitalizaciones por neumonía y

gripe en aquellos individuos que recibieron ambas vacunas comparados con los que no recibieron ninguna, y también para la mortalidad con un OR ajustado de 0.18 (IC 95% 0.11-0.31; $P < .001$). Los autores calculan el coste neto de la vacunación en este tipo de pacientes como la diferencia entre el coste bruto (coste de la vacuna y del tratamiento de los efectos secundarios) menos el coste de las hospitalizaciones evitadas. Los resultados indican un ahorro medio de 294\$ (de 1999) por persona en 2 años, si bien este ahorro desciende hasta ser casi insignificante (21\$ en dos años) en la hipótesis menos favorable.

Conclusiones

La vacunación antineumocócica en ancianos con EPOC se asoció con menos hospitalizaciones por neumonía, menos muertes de cualquier causa y un cierto ahorro en los costes por cuidados médicos directos.

Fuente de financiación: No consta.

Comentario

En España se estima que uno de cada 5 varones de 65 años sufre enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), patología que causa 3.226 ingresos al año y casi 25.000 estancias (1), siendo el estreptococo pneumoniae (neumococo) el microorganismo más frecuente aislado, hallándose en más de la mitad de las bacteriemias extrahospitalarias de origen respiratorio (2). La mortalidad total de las infecciones respiratorias por neumococo oscila entre el 18% y el 26.7% (3). Esta elevada mortalidad se debe principalmente a que la población más susceptible de infección respiratoria neumocócica es la anciana. Además dada la elevada participación del neumococo en el grupo de pacientes con EPOC se plantea como necesaria la utilización de dicha vacuna en todos los pacientes mayores de 65 años con esta enfermedad de base.

La incertidumbre respecto a los posibles beneficios de la vacunación antineumocócica es el principal motivo de los bajos índices de

inmunización. Aunque distintos estudios, incluidos ensayos clínicos, estudios de cohorte y de casos y controles, han documentado la efectividad de la vacuna neumocócica para prevenir la bacteriemia y la meningitis neumocócica no había datos concluyentes respecto a la reducción de la aparición de la neumonía neumocócica en pacientes de riesgo (4).

A pesar de la debilidad del diseño de un estudio retrospectivo de cohortes, no es un ensayo clínico aleatorio, en el que no se puede asegurar ajustar adecuadamente los factores de confusión, las tasas similares de hospitalización por causa no neumónica sugiere que el método de ajuste fue adecuado. Por tanto y según los resultados de este estudio parece razonable recomendarla a los sujetos mayores de 65 años con EPOC por ser el mejor medio para prevenir las infecciones neumocócicas y sus complicaciones ahorrando costes por hospitalizaciones evitables. Dado el diseño del estudio, sus resultados no son ge-

neralizables a otros grupos de edad o de riesgo.

Jesús López Arrieta

Colaboración Cochrane

Servicio de Geriátría. Hospital de Cantoblanco.

(1) Uriz Ayestarán J. Bacteriemia en paciente broncópata. *Rev Clin Esp* 1997; 197:(monográfico) 5:50-3.

(2) Royo García G. Bacteriemia extrahospitalaria de origen respiratorio. *Rev Clin Esp* 1997; 197:(monográfico) 5:32-3.

(3) Matas L, Martí C, Morera MA, Vilamala A, Corcoy F. Bacteriemia en 13 hospitales generales en la provincia de Barcelona. Estudio prospectivo de 1.674 episodios. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13:345-55.

(4) Centers for Disease Control and Prevention of pneumococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Wkly Rep* 1997; 46 (RR-8):1-24.

Racionalidad en la selección terapéutica para la subfertilidad

Goverde, AJ, McDonnell, JM, Vermeiden, JPW, Schats, R, Rutten, FFH, Schoemaker, J. Intrauterine insemination or in-vitro fertilisation in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2000; 355:13-18.

Objetivo

Comparar la efectividad y la relación coste-efectividad de la inseminación intrauterina (con y sin estimulación ovárica) y de la fertilización in vitro (FIV).

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado con tres grupos de intervención.

Pacientes e intervenciones

258 parejas con subfertilidad idiopática (al menos 3 años de duración) o subfertilidad masculina (al menos 1 año de duración); distribuidas en tres grupos que recibían intervención terapéutica diferente: 86 parejas recibieron sólo inseminación intrauterina, 85 parejas recibieron inseminación intrauterina e hiperestimulación ovárica, y 87 parejas FIV. Para cada uno de los tres grupos el tratamiento se prolongó hasta un máximo de seis ciclos. Fueron excluidas las parejas con desórdenes del ciclo, endometriosis no tratada, oclusión tubárica bilateral y trastornos espermáticos: menos de 1 millón de espermios

móviles en la muestra de semen tras procesado y centrifugación, más de 20% de espermios con anticuerpos o más del 50% de los espermios no presentan acrosoma. El resultado a determinar fue el embarazo acompañado de, al menos, un nacido vivo post-tratamiento.

Resultados

La tasa de embarazos obtenida por ciclo terapéutico fue superior para el grupo de FIV que para los dos grupos de inseminación intrauterina (12.2% vs. 7.4% y 8.7%, respectivamente), sin embargo, la tasa acumulativa de embarazos no mostró diferencias estadísticas entre los tres grupos. Las parejas que recibían FIV mostraron una tasa de abandono de tratamiento, antes de culminar los seis ciclos terapéuticos, superior a la de los grupos de inseminación (42% de abandonos en FIV, frente al 15% y 16% respectivamente). La inseminación intrauterina resultó más coste-efectiva que la FIV (coste por embarazo con, al menos, un nacido vivo 4511-5710 dólares americanos para la inseminación

frente a los 14.679 dólares americanos para FIV).

Conclusiones

Las parejas afectas de subfertilidad de origen idiopático o masculino deberían ser informadas de que la inseminación intrauterina ofrece la misma probabilidad de lograr gestaciones con recién nacido vivo que la FIV; siendo, además, un procedimiento más coste-efectivo. Además la inseminación intrauterina sin estimulación ovárica conlleva menos riesgos para la salud que la inseminación tras estimulación y la FIV; por lo que debe constituir la primera opción terapéutica.

Fuentes de financiación: Estudio parcialmente financiado por el "Health Insurance Executive Board", Amstelveen, Netherlands.

Dirección para correspondencia: Dr. Angelique J Goverde, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam, Netherlands (e-mail: aj.goverde@azvu.nl)

Comentario

La subfertilidad constituye una necesidad relativa de salud, que no es percibida como tal por los distintos estratos sociales (1). Por ello numerosas organizaciones sanitarias ponen límites a su financiación. Sin embargo, a pesar de estas cuestiones, se observa una tendencia a generalizar la utilización de técnicas específicas (inyección intracitoplasmática o ICSI, entre otras) que parecen ser más efectivas en situaciones clínicas concretas (subfertilidad masculina); sin reparar en los criterios de seguridad (efectos adversos) y coste-efectividad. Este hecho limita la eficiencia y vulnera el principio de equidad.

La indicación inicial de la FIV fue el tratamiento de la infertilidad secundaria a ausencia, malformación o daño irreparable de las trompas de Falopio. Durante la última década las indicaciones de FIV se han ampliado hacia otras causas de infertilidad: de origen desconocido, de origen masculino, endometriosis, defectos ovulatorios e inmunitaria, para los que no existe evidencia de efectivi-

dad. En la actualidad aproximadamente la mitad de las indicaciones de FIV no se deben a trastornos tubáricos, tanto en España como en otros países, a pesar del limitado conocimiento disponible sobre su efectividad y seguridad fuera de este contexto.

La mayoría de los informes publicados sobre los resultados de la FIV en el tratamiento de la infertilidad (2,3), se basan en estudios de muestras pequeñas no aleatorizados, con diferentes diseños y protocolos terapéuticos, sobre una variedad de diagnósticos, que centran su atención sobre diferentes tipos de medidas de resultados. Los datos de seguimiento una vez que se alcanza el embarazo, son escasos. Lo mismo ocurre con las posibles consecuencias, a largo plazo, sobre la salud de la mujer y del nacido.

La evidencia disponible justifica el empleo de la FIV en el tratamiento de la infertilidad ocasionada por daño, oclusión o ausencia de trompas de Falopio. Para cualquier otra indi-

cación la evidencia disponible no demuestra que la FIV sea más efectiva que cualquier otro tratamiento convencional o incluso el no recibir ningún tratamiento. A esta misma conclusión llega el estudio que se comenta, incorporando, además, parámetros de coste-efectividad que son de ayuda para la toma de decisiones clínicas y de gestión (financiación de servicios basada en la evidencia).

Pedro Serrano Aguilar

Servicio Canario de Salud

(1) Silverio MM, Hemmink E. Practice of in vitro fertilization: a case study from Finland. *Soc Sci Med* 1996; 42(7):975-83.

(2) Jarrell JF, Label R, Goeree R, Milner R, Collins J. In vitro fertilization and embryo transfer. A randomized controlled trial. *The Online Journal of Current Clinical Trials*, Document N. 73, 1993 July.

(3) Soliman S, Daya S, Collins J, Jarrell J. A randomized trial of in vitro fertilization versus conventional treatment for infertility. *Fertility and Sterility*, 1993; 59(6):1239-44.

Análisis Coste-Utilidad de tres alternativas de tratamiento quimioterápico en cáncer de mama metastásico resistente a los antracíclicos. Y de cómo ayudar a la toma de decisiones clínicas

Leung PP, Tannock IF, Oza AM, Puodziunas A, Dranitsaris G. Cost-Utility Analysis of Chemotherapy using Paclitaxel, Docetaxel, or Vinorelbine for patients with Anthracycline-resistant Breast Cancer. *J Clin Oncol.* 1999; 10(17):3082-3090.

Objetivo

Facilitar información basada en criterios de efectividad, calidad de vida y coste para el proceso de toma de decisión sobre cuál de los 3 citostáticos aceptados indicar para tratar a pacientes con cáncer de mama metastásico que han desarrollado resistencia a antracíclicos. Los citostáticos son vinorelbina, paclitaxel y docetaxel.

Diseño

Análisis coste-utilidad de las tres alternativas de tratamiento por medio de la construcción de un modelo de decisión, según modelos de Markov, con la aplicación informática DATA v 2.6.7 (Tree-Age Software S.A., Williamstown, MA-USA) en el que se generan tres nodos de decisión iniciales que son la muerte tóxica, la limitación del tratamiento por toxicidad y la tasa de respuesta al tratamiento.

Pacientes

Se seleccionaron 88 pacientes con cáncer de mama metastásico resistente a antracíclicos y que recibieron tratamiento con los nuevos agentes: paclitaxel (n = 34), docetaxel (n = 29) o vinorelbina (n = 25) entre 1996 y 1997.

Medida de la efectividad

Las probabilidades de los resultados para cada

Comentario

A pesar de los avances en la detección del cáncer de mama, éste sigue siendo una de las principales causas de muerte entre las mujeres en los países desarrollados. Del total de cánceres de mama diagnosticados una importante proporción desarrolla metástasis, y hoy por hoy, el cáncer de mama metastásico es incurable.

Los antracíclicos, doxorubicina y epirubicina, son considerados el tratamiento de primera elección para el cáncer de mama metastásico pero ciertos pacientes desarrollan resistencia a estos fármacos. El desarrollo de resistencia a antracíclicos es un factor de mal pronóstico, con una supervivencia inferior a un año. Recientemente se ha aprobado como tratamiento paliativo para este tipo de cáncer la administración en monoterapia de vinorelbina o paclitaxel o docetaxel. Los ensayos en fase II y III realizados han demostrado que estos tratamientos tienen escaso impacto en la supervivencia global pero parecen tener beneficio en la supervivencia libre de enfermedad y en la calidad de vida.

La decisión de realizar un análisis coste-utilidad para ayudar a la toma de decisiones sobre qué tratamiento elegir se fundamenta en que existen

uno de los tratamientos y nodos de decisión iniciales se obtienen de 3 ensayos clínicos fase III publicados.

Cálculo de costes

Revisión de las historias clínicas de los pacientes para cuantificar la utilización de recursos a los que se les aplica el coste de las pruebas de estimado por cada departamento o la tarifa establecida por el hospital: coste de fármacos, de estancia en hospital de día, de pruebas de laboratorio, de manejo de los efectos adversos y honorarios médicos.

Cálculo de utilidades

Las utilidades se han medido con la técnica de equivalencias temporales (Time trade-off). Se ha encuestado a 25 pacientes con cáncer de mama (11 metastásicos), para tener la percepción de los pacientes y a 25 profesionales del servicio de oncología, voluntarios sanos, que representan la perspectiva social. La encuesta se ha realizado presentando a cada uno los beneficios e inconvenientes de los tratamientos de forma visual y verbal.

Resultados

Ni las utilidades medidas ni la supervivencia reflejada en los resultados de los ensayos clínicos

pequeñas diferencias en cuanto a supervivencia entre las terapias, que las ventajas y desventajas de su administración y efectos secundarios también son parecidas, si bien se constata que existe una diferencia importante en cuanto al coste. Se trata de medir las opciones en términos de utilidad como la percibe el paciente, integrando cantidad de vida y calidad y ponderar los años de vida ganados según la calidad de esa vida. Las unidades que se obtienen son años de vida ajustados por calidad (AVAC).

La metodología de cálculo de las preferencias (1) para calcular los AVAC se mide en una escala de intervalos en la cual la muerte es 0 y el estado de plena salud es 1. Los métodos de cálculo son numerosos entre ellos el aquí utilizado, las equivalencias temporales o el juego estándar o bien se puede realizar de forma indirecta con la aplicación de sistemas de estados de salud ya elaborados como Quality of Well Being (QWB), Health Utilities (HU) y EuroQol (EQ5D).

Dos mensajes para reflexionar, uno el hecho de que la falta de una metodología bien definida para calcular las utilidades hace que dependiendo del método de medición los resultados puedan

difieren significativamente entre los grupos comparados, por ello la supervivencia (días) libre de enfermedad ajustada a calidad tampoco (vinorelbina 38,0; paclitaxel 37,2; docetaxel 33,6). Si bien en cuanto a costes, el tratamiento con vinorelbina resulta la opción menos costosa 2.177 euros (3.259 can \$) frente a las otras dos que suponen 4.034 euros (6.039 can \$) con paclitaxel y 6.740 euros (10.090 can \$) con docetaxel. Por tanto la ratio coste-utilidad es favorable al tratamiento con vinorelbina, decisión dominada por el coste inferior de este tratamiento frente a las otras opciones.

Conclusiones

El tratamiento quimioterápico paliativo con vinorelbina en pacientes con cáncer de mama metastásico resistente a los antracíclicos resulta más ventajoso desde el punto de vista económico y con similar supervivencia ajustada a calidad de vida que las otras opciones. (1 euro = 1,497 dólares canadienses).

Fuentes de financiación: Beca de formación no restringida de Glaxo-Wellcome Canada S.A.

Dirección para correspondencia: Pauline Paulina Leung, Pharm D. Department of Pharmaceutical Services. Ontario Cancer Institute. Princess Margaret Hospital. 610 University Ave, Toronto, Ontario, Canadá. M56, 2M9.

variar. Aunque en el estudio analizado no sea el caso ya que la decisión del análisis está dominada por el bajo coste. Y el otro mensaje, sobre la prudencia de extrapolar datos económicos (2) generados en otros países ya que los costes corresponden por un lado, a la manera de utilizar los recursos, que es particular de cada organización; y por otra, a la variación en la unidad de precios relativos de los recursos entre países.

Pilar Astier Peña

S.º de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital de Navarra
Fundación Institut d'Investigació en Serveis de Salut. Valencia

(1) Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL; Torrance GW. *Methods for economic of health care programmes.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.

(2) Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Guía de Evaluación Económica en el Sector Sanitario. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Dpto. de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria, 1999.

La tasa de ingresos hospitalarios no es un buen indicador de la calidad de los servicios de atención primaria

Guifrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319: 94-8.

Objetivo

El estudio analiza si es adecuado utilizar las tasas de ingresos hospitalarios como medidas de la calidad de la atención primaria, debido a la posibilidad de que su variabilidad esté afectada en un alto grado por factores no controlables por los servicios de atención primaria.

Método

Se analiza el impacto de tres de estos factores externos, como son las características socioeconómicas y el nivel de salud de la población y la existencia de servicios de atención hospitalaria en el área de referencia, sobre tres de los indicadores propuestos para evaluar las actuaciones de la atención primaria en el Reino Unido, las tasas de ingreso hospitalario por asma, diabetes y epilepsia. Este análisis se realiza mediante regresiones múltiples con los datos de población, ingresos hospitalarios y recursos hospitalarios de 90 áreas sanitarias de atención

primaria (family health services authorities) del Reino Unido para los periodos 1989-90 a 1994-95.

Resultados

Muestran como el 45% de la variación en las tasas de ingreso (estandarizadas por edad y sexo) por asma, el 33% de las de diabetes y el 55% de las de epilepsia es explicada por las características socioeconómicas y el nivel de salud de la población de referencia y los servicios hospitalarios de cada una de las áreas sanitarias. Asimismo, sí muestra que las tasas de ingreso no son estables durante el período estudiado dado que si se ordenan las áreas sanitarias según este indicador, existe un alto grado de variabilidad interanual, existiendo un 31% y un 11% de áreas que varían en el ranking más de 10 y más de 20 posiciones respectivamente (analizando los periodos 1993/4 y 1994/5). También se muestra que existen variaciones en este ranking de áreas sanitarias según si se tiene en

cuenta la variabilidad producida por los factores externos estudiados o no.

Conclusiones

Los indicadores de actividad que se quieran utilizar para evaluar la calidad de un servicio, en este caso el de atención primaria, tienen que estar relacionados con aspectos del cuidado sobre los cuales el servicio evaluado pueda influir. Factores fuera de este ámbito de influencia (características socioeconómicas, nivel de salud y nivel de recursos hospitalarios) tienen un claro impacto en las tasas de ingresos hospitalarios y este hecho tiene que ser tomado en cuenta a la hora de utilizar éstas como indicadores de actividad.

Fuente de financiación; Department of Health, U.K. Dirección para correspondencia: M.Roland. National Primary Care Research and Development Centre. Williamson Building, University of Manchester, Oxford Road, Manchester M13 9PL. m.roland@man.ac.uk

Comentario

La búsqueda de indicadores que reflejen adecuadamente el nivel de calidad de las actuaciones de la atención primaria es uno de los objetivos de los sistemas de salud de los países de nuestro entorno y por tanto del Sistema Nacional de Salud (NHS) inglés. Un documento del propio NHS (1) proponía el uso de las tasas de ingresos hospitalarios como indicador de la calidad de la atención primaria. Este argumento se basa en la idea que los ingresos hospitalarios, especialmente los que se producen por enfermedades crónicas como a las que se refiere el primer artículo (asma, diabetes y epilepsia), pueden reducirse debido a una buena actuación del nivel de atención primaria en la prevención de la enfermedad o en el control de los episodios graves.

Los dos estudios presentados rebaten la idea de utilizar las tasas de ingreso como medida de calidad de la actuación de la atención primaria sobre la base de que los posibles indicadores de calidad tienen que estar relacionados con aspectos que puedan ser modificables por el nivel de atención primaria. Según ambos estudios la variabilidad en este indicador es debida principalmente a aspectos socioeconómicos de la población atendida, niveles de salud de la misma y otros factores como la oferta de recursos hospitalarios, por lo que rechazan el uso de este indicador a menos que se introduzcan medidas para corregir el sesgo producido por las distintas características de la población atendida (estandarización de las tasas). Surge aquí la cuestión central: ¿Qué

tasa es la correcta? Podemos ajustar los resultados por factores como los analizados en estos trabajos –características clínicas, socioeconómicas, de nivel de salud, etc.– pero siempre nos quedará un importante "residual" por explicar. Atribuir las tasas más elevadas a una inadecuada gestión de los procesos por parte de la Atención Primaria supone ignorar gran parte de lo "aprehendido" en 30 años de análisis de las VPM sobre la importante discrecionalidad presente en las decisiones de ingreso.

Por otra parte, para utilizar las tasas de ingresos como indicadores sería exigible tener evidencia clara de que "menos (hospitalizaciones) es más (calidad)". Y la asociación entre tasas superiores de ingreso y menor adecuación dista de estar inequívocamente

La tasa de ingresos hospitalarios no es un buen indicador de la calidad de los servicios de atención primaria (y 2)

Reid F, Cook D, Majeed A. Explaining variation in hospital admission rates between general practices: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319:98-103.

Objetivo

Cuantificar la variabilidad al nivel de centros de atención primaria de las tasas de ingreso hospitalarios y evaluar qué parte de esta puede ser explicada por factores relativos a los pacientes, a los hospitales y a los centros de atención primaria.

Tipo de análisis

Estudio de datos de panel mediante análisis multivariante.

Ámbito

Los datos están referidos a 133 centros de atención primaria de las autoridades sanitarias de Merton, Sutton y Wandsworth (sur de Londres) en abril de 1996.

Variables

Las variables estudiadas son la edad, el sexo y las características sociodemográficas de los pacientes de 209.136 ingresos hospitalarios producidas durante los años 1995 y 1996 en el área de estudio. También se incluyen en el análisis variables referidas a los centros de atención primaria como la variable que refleja los porcentajes de derivación de cada centro a cada uno de los 6 principales hospitales de la región estudiada. Del total de 133

centros de atención primaria se excluyeron 13 del estudio debido a ser de nueva creación o al haber sufrido grandes fluctuaciones en el número de pacientes registrados durante el periodo analizado.

Las tasas de ingresos hospitalarios referidas a cada centro de atención primaria son calculadas según el número de ingresos por cada 100 pacientes registrados. Estas tasas son calculadas para todos los procesos, para los ingresos urgentes y para los ingresos programados.

Resultados

El análisis de las tasas de ingresos hospitalarios muestra que existe una alta variabilidad entre centros de atención primaria (1ª decila 13.4; 9ª decila 23.5) y que esta variabilidad no se reduce significativamente cuando estandarizamos las tasas por sexo y edad.

Los factores relativos a las características de los pacientes son los que aportan más a la explicación de esta variabilidad. Tres factores, la proporción de pacientes con enfermedades crónicas, la proporción de trabajadores no cualificados y la proporción de pacientes que cambiaron de residencia en el último año, explican el 45%, el 42% y el 25% de la variabilidad de las tasas de ingreso por todos

los procesos, por procesos urgentes y por procesos programados respectivamente.

Las variables referentes a las características de los centros de atención primaria tienen poca significación en la variabilidad de las tasas de ingreso.

Conclusiones

Las tasas de ingreso hospitalario muestran una alta variabilidad entre los centros de atención primaria, siendo el principal factor de ésta las características de los pacientes, no teniendo gran importancia en la explicación de la variabilidad las características de los centros de atención primaria.

Por los resultados del estudio se deduce que para efectuar una correcta comparación entre las tasas de ingresos hospitalarios de distintos centros de atención primaria es necesario realizar una estandarización por las características de los pacientes.

Fuente de financiación: Autoridades sanitarias de Merton, Sutton y Wandsworth (Reino Unido).

Dirección para correspondencia: F D A Reid. Department of Public Health Sciences, St George's Hospital Medical School, London. SW 17 0RE. freid@sghms.ac.uk

Comentario

establecida. Otro aspecto a considerar es el tipo de patologías seleccionadas como indicadores. En los procesos crónicos los pacientes adquieren un conocimiento de su enfermedad muy superior al que disponen sobre otras enfermedades, lo que reduce la asimetría de información con el médico y aumenta el papel del enfermo en las decisiones de asistencia. En estos casos es más verosímil que existan "estilos de práctica del paciente", menos modulables por los profesionales sanitarios.

A nivel local, un estudio en la provincia de Zaragoza (2) realizado respecto a qué indicadores los profesionales sanitarios consideran más adecuados para la evaluación de la actuación de la atención primaria, muestra que éstos se decantan principalmente por indica-

dores que reflejan el nivel de servicios ofrecidos (producto alcanzado en la cartera de servicios; coberturas alcanzadas en la cartera de servicios) mientras que la evaluación de la calidad de los servicios la dejan a la valoración de los pacientes (indicador satisfacción de los usuarios).

Las medidas de evaluación de las actuaciones del nivel asistencial de atención primaria, como las de otros niveles, tienen que conseguir un equilibrio entre lo que se puede medir (como las tasas de ingreso) y lo que esas medidas tienen que reflejar, como el grado de acceso a los cuidados y la calidad ofrecida. Estas evaluaciones solo serán efectivas si motivan a los profesionales sanitarios y esto solo se puede dar si los profesionales

tienen la posibilidad de modificarlas a través de sus actuaciones (3).

Ramón Sabés Figuera

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra Barcelona

(1) NHS Executive. The new NHS: a national framework for assessing performance. London: Department of Health, 1998.

(2) Urbina Pérez O, Marcuello Servos C, Serrano Peris GD, García Latorre FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? *Aten Primaria* 1997; 20:191-194.

(3) Jankowski R. What do hospitals admission rates say about primary care? *BMJ* 1999; 319:67-68.

Una importante proporción de la hospitalización infantil podría evitarse con un tratamiento ambulatorio efectivo

Casanova C, Peiró R, Barba G, Salvador X, Colomer J, Torregrosa MJ. Hospitalización pediátrica evitable en la Comunidad Valenciana y Cataluña. *Gac Sanit* 1998; 12:160-168.

Problema

Algunos procesos de hospitalización de los niños podrían ser tratados satisfactoriamente en régimen ambulatorio.

Tipo de Estudio

Observacional basado en los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Cataluña y la Comunidad Valenciana de los años 93 y 94.

Metodología

Se analizaron los registros de altas por áreas sanitarias de las 2 Comunidades, la población por edad y sexo de cada área se obtuvo del Censo de 1991, el nivel socioeconómico en la Comunidad Valenciana (CV) se definió según la proporción de analfabetos y sin estudios mayores de 10 años y en Cataluña según la renta familiar de los municipios, y la organización sanitaria según la proporción de población atendida por equipos de atención primaria "nuevo modelo". La hospitalización evitable se identificó comparando los códigos del diagnóstico principal del CMBD con los códigos de procesos susceptibles de atención ambulatoria según el listado de diagnósticos del *Ambulatory Care Access Project* (se excluyó la Meningitis por *Haemophilus* por no disponer de vacunas en el periodo de estudio y se incluyó la Gastroenteritis aguda por

causa infecciosa). Se calcularon las tasas de hospitalización pediátrica (TH) para todas las causas, las tasas de hospitalización evitable (THE) por edad y sexo, y la proporción de hospitalización evitable respecto al total de hospitalizaciones. Se compararon las tasas por CCAA y por áreas sanitarias excluyéndose en este caso las áreas donde la codificación de altas del CMBD fue inferior al 95%. Para estudiar las variaciones geográficas se estandarizaron las tasas por grupos de edad por el método directo y se calculó el coeficiente de variación ponderado por población; la correlación lineal simple se utilizó para estudiar la relación entre las tasas de hospitalización por todas las causas y las evitables y entre estas, la situación económica y el modelo de atención primaria.

Resultados

La TH en 1993 y 1994 fue mayor en Cataluña (72,5 y 71,9 por 1000 niños) que en la CV (39,9 y 41,9 por 1000 niños), la THE fue del 8,4 y del 9,0 por 1000 niños en la CV y del 10,8 y 11,1 por 1000 niños en Cataluña. La TH y la THE fue significativamente mayor en los niños y en el grupo de edad de 0 a 4 años. Se identificaron como evitables el 21% de todas las hospitalizaciones en la CV y del 15% en Cataluña, las 5 causas más frecuen-

tes de hospitalización evitable en la CV fueron la gastroenteritis aguda, infecciones ORL, neumonía, infección renal y convulsiones, en Cataluña no entraron las convulsiones y sí el asma y la bronquitis aguda. No se observó correlación entre las THE con la situación socioeconómica, ni con la organización de la atención primaria, pero sí se encontró una fuerte relación entre TH y THE entre las áreas sanitarias de las 2 comunidades.

Conclusiones

La tasa de hospitalización infantil fue más elevada en Cataluña que en la CV. La hospitalización evitable representó el 21% de todas las hospitalizaciones en la CV y el 15% en Cataluña. La THE no se relacionó con la situación socioeconómica ni con las características de la atención primaria pero sí con la TH. Se observaron fuertes variaciones entre las áreas sanitarias.

Fuente de financiación: Fondo Investigación Sanitaria.

Dirección para correspondencia: Carmen Casanova Matutano. Hospital de Sagunto. Servicio de Pediatría. Avda. Ramón y Cajal s/n. 46520 Puerto de Sagunto. Valencia.

Comentario

La identificación de "procesos susceptibles de atención ambulatoria" (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*) como aquellos "para los que la prestación de cuidados ambulatorios efectivos y en el momento adecuado pueden reducir el riesgo de hospitalización" es una aproximación interesante para valorar la utilización de servicios y, tal vez, de la calidad de la atención primaria. Este último aspecto, sin embargo, tiene serias limitaciones, ya que –además del estilo de práctica de los médicos– el nivel donde se realizan los cuidados está condicionado por las preferencias de los pacientes o sus familiares, la competencia de los hospitales con la atención primaria para el tratamiento de algunos procesos, la disponibilidad de camas hospitalarias y la organización y coordinación de la atención primaria con los hospitales, por lo que serían necesarios estudios más específicos sobre el proceso asistencial para identificar

los determinantes de la hospitalización evitable.

El porcentaje de hospitalización evitable según los estudios realizados en España (1) oscila entre el 10% y el 21%, de todas las hospitalizaciones, con importantes variaciones entre áreas geográficas y grupos de edad (más elevada en el grupo de edad de 0-4 años y en los niños), y no se asocia al modelo de atención primaria, ni al nivel socioeconómico. Estos resultados difieren de los encontrados en EEUU (2) donde la hospitalización evitable es más elevada en la población de bajo nivel socioeconómico (analfabetos, desempleados y con renta baja) y –al margen de ilustrar los problemas de un país sin cobertura sanitaria, en especial de atención primaria– también muestra la conveniencia de no trasladar acríticamente los resultados de estudios realizados en países con distinta organización y financiación del sistema.

Los instrumentos o la metodología que utiliza bases de datos clínico-administrativas –en este caso el CMBD– por su accesibilidad y relativo bajo coste, y a pesar de sus limitaciones, son muy útiles para detectar el uso inapropiado de los servicios sanitarios, permitir la comparación entre áreas geográficas y proporcionar información para la implantación de estrategias que mejoren la eficiencia y la calidad de los servicios.

David Oterino de la Fuente

Centro de Salud de Teatinos. Asturias

(1) Lerga I, Peiró R, Guach A, Colomer C. Ingresos hospitalarios infantiles por procesos susceptibles de cuidados ambulatorios. *Aten Primaria* 1995; 16:197-202.

(2) Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Ser* 1995; 25:283-294.

Una adecuada planificación del alta con seguimiento protocolizado en el domicilio reduce los reingresos

Naylor M, Broton D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, Schwartz J. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. JAMA 1999; 287:613-620.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es valorar la efectividad, en términos de reducción de reingresos hospitalarios y su duración, dilación de las mismas, consumo de recursos y costes, etc. de un protocolo que aborda conjuntamente la planificación del alta de pacientes mayores de 65 años con riesgo de resultados insatisfactorios ("poor outcomes"), más el seguimiento en el domicilio de estos mismos pacientes, llevado a cabo por enfermeras especializadas y adiestradas.

Tipo de diseño

Ensayo clínico aleatorio, con seguimiento a las dos, seis, doce y veinticuatro semanas posteriores al alta hospitalaria.

Entorno y participantes

Se realizó en dos hospitales universitarios de Pennsylvania. Los criterios diagnósticos de selección de los pacientes fueron: mayores de 65 años ingresados entre agosto de 1992 y marzo de 1996, por presentar, al menos, una de los diez diagnósticos más frecuentes entre los beneficiarios hospitalizados de Medicaid en 1992 (accidente cerebrovascular, angina, infarto de miocardio, etc.). Otros criterios fueron la posibilidad de ser contactados tras el alta, residir en el área de cobertura de alguno de los dos hospitales, etc.

Tras la selección (ciega) mediante cribaje y consentimiento de los pacientes, fueron asignados aleatoriamente a los grupos control y de intervención. La intervención se realizó durante la estancia y a lo largo de las cuatro semanas posteriores al alta.

Principales medidas de resultado

Se midieron los reingresos, el tiempo transcurrido

hasta la primera readmisión, las visitas relacionadas con cuidados agudos tras el alta, status funcional, depresión, costes y satisfacción de los pacientes.

Análisis

La recopilación de información y el análisis se realizaron siguiendo el principio de "intención de tratar". Se utilizaron pruebas ji cuadrado, test t y Wilcoxon en función del tipo de variables que se deseaba comparar, así como la construcción de curvas de supervivencia y la construcción final de un modelo multivariante para la estimación de riesgos ajustados.

Resultados

Finalmente entraron en el estudio 363 pacientes, de los que 177 pertenecían al grupo de intervención y 186 al grupo control, completando el ensayo el 70% y el 74% respectivamente. Inicialmente no se encontraron diferencias relevantes entre uno y otro grupo para las variables estudiadas socio-demográficas, estado basal de salud, DRGs, tipo de admisión, etc.

Tras la intervención se observó, sin embargo, que el grupo control presentaba significativamente más readmisiones (37,1% vs 20,3%) a lo largo de las 24 semanas posteriores al alta que el de intervención RR = 1,8 (CI 1,3-1,7); siendo menor el porcentaje de readmisiones múltiples en este último grupo (14,5% vs 6,2%; p = 0,01). El tiempo medio de hospitalización por paciente en las readmisiones también fue significativamente diferente, siendo de 4,09 días en el grupo control y 1,53 en el de intervención.

Así mismo, el grupo de intervención mostró una

mayor distancia en el tiempo transcurrido entre el alta y la primera readmisión (log rank $\chi^2 = 11,1$; p < 0,001) para el conjunto de causas, tanto antes como tras ajustar por variables significativas del modelo. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos al examinar las visitas por cuidados agudos tras el alta, status funcional, depresión y satisfacción del paciente.

Respecto a los costes a las 24 semanas post-alta (calculados teniendo en cuenta las visitas por cuidados agudos a la consulta del médico o a urgencias, las visitas domiciliarias de enfermería —siempre especializada en el grupo de intervención—, rehabilitación, terapia ocupacional, trabajadores sociales, ayuda domiciliaria, etc; siempre según las tarifas estipuladas por Medicare) fueron prácticamente el doble en el grupo control (1,2 millones de dólares vs 0,6) que en el de intervención.

Conclusiones

Los autores, a la vista de los resultados obtenidos (reducción de los reingresos y de la duración de su estancia, dilación de la readmisión, disminución de costes, etc.), resaltan los beneficios que reportaría la generalización de protocolos de este tipo, que afectan tanto al alta como a la atención domiciliaria, y pueden ser llevados a cabo por personal de enfermería especializado y adiestrado.

Fuentes de financiación: National Institute for Nursing Research of the National Institutes of Health (R01-NR02095).

Correspondencia: Mary D Naylor, PhD. University of Pennsylvania. School of Nursing. 420 Guardian Dr, Philadelphia, PA 19104.

Comentario

La repercusión que ejercen tanto la estructura demográfica de la población —y más concretamente su envejecimiento— como los cambios sociales sobre los recursos asistenciales y el gasto sanitario es una evidencia suficientemente contrastada. Se ha estimado que entre un 15% y un 40% de las camas hospitalarias están bloqueadas por pacientes (bed-blockers) que podían ser dados de alta a su domicilio o hacia niveles asistenciales de menor coste, en un alto porcentaje mayores de 65 años. No es de extrañar, pues, el interés que han despertado las iniciativas tendentes a evitar o minimizar la hospitalización tradicional mediante fórmulas organizativas que van desde la hospitalización a domicilio a la cirugía sin ingreso, pasando por la planificación del alta. Por otra parte, hay numerosos estudios que han verificado que los resultados clínicos de estas alternativas son mejores o, cuanto menos, similares a los de la hospitalización tradicional (1) así como, en algunos casos, más coste-eficientes.

La planificación precoz del alta, en general, supone la búsqueda activa y desde el mismo momento del ingreso, de alternativas (en este caso el propio domicilio de los pacientes) a la hospitalización que permiten, en general, una reducción importante de estancias innecesarias.

El presente estudio se centra fundamentalmente, además de la planificación del alta, en los beneficios de un seguimiento protocolizado de los pacientes por *personal especializado en geriatría y adiestrado*, obteniendo resultados muy positivos en lo que respecta a una reducción en el porcentaje de readmisiones, un retraso de las mismas, y con una menor duración de la estancia, a lo que se suma una disminución de costes. El hecho de que se trate de un ensayo aleatorio con grupo control ya de por sí confiere consistencia a sus resultados, que por otra parte coinciden con los hallazgos de otros estudios de diseño semejante (2). A de tenor de estas experiencias sería razonable en-

sayar intervenciones similares adaptadas a las características de nuestro entorno, especialmente en aquellos hospitales o servicios donde se observe una elevada presencia de estancias inadecuadas por problemas de planificación del alta.

Manuel Marín

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) Shepperd S, Hardwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. BMJ 1998; 316:1786-1791.

(2) Townsend J, Piper M, Frank AO, Dyer S, North WR, Meade TW. Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital scheme: a randomized controlled trial. BMJ 1998; 297:544-547.

MASTER DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (MADS)

*“Formando a los gestores de hoy
para ser los líderes de mañana”*

9º PROMOCIÓN

- ✓ **Comienzo:** Octubre 2000
- ✓ **Sesiones informativas:** 17 y 26 de mayo, 9 y 23 de junio, 7 de julio, 8 y 7 de septiembre, 6 de octubre, 18,00 horas. C/ Rey Juan III, 4 - 28008 Madrid
- ✓ **Información e inscripción:** Servicio de Atención permanente: 91 559 20 00 (Sra. María Alcocer) • icai_mads@comillas.com
- ✓ **Becas:** Fundación Gaspar Casal
Teléfono: 91 401 62 19 • 91 401 52 99 • fgcasal@seiriba.es
- ✓ **Más información sobre el MADS:** www.icai.com • mads21.com
- ✓ **Programa afiliado a la European Healthcare Management Association**

FUNDACION



PARA LA INVESTIGACIÓN Y
EL DESARROLLO DE LA SALUD



Mínimo uso de los indicadores de validez de las pruebas diagnósticas en la práctica clínica

Reid MC, Lane DA, Feinstein AR. Academic calculations versus clinical judgments: practicing physicians' use of quantitative measures of test accuracy. *Am J Med* 1998; 104(4):374-80.

Problema

En la práctica médica ¿es habitual la utilización de métodos cuantitativos para evaluar la precisión de una prueba diagnóstica? ¿Cuáles son las dificultades para su uso?

Tipo de estudio

Estudio transversal mediante encuesta telefónica.

Sujetos de estudio

Muestra aleatoria, estratificada por especialidad, de la base de datos de la *American Medical Association*. En total fueron encuestados 300 médicos (50 de cada una de las siguientes especialidades: medicina familiar, medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y subespecialidades médicas).

Método

Cada médico recibió 3 semanas antes de la encuesta una carta describiendo las características del estudio y una aclaración sobre la duración de la encuesta (10 minutos). Se for-

mularon preguntas sobre la frecuencia de aplicación de la sensibilidad, especificidad, cociente de probabilidad, curvas ROC y teorema de Bayes, las razones por las cuales no se utilizaban y si se recurría a otras estrategias alternativas para evaluar la precisión de un test diagnóstico.

Resultados

El 2,7% de los médicos aplicaban Bayes, con un rango entre 0 y 10% por especialidad, siendo los internistas los que más lo utilizaban (10 vs 1,2% $p < 0,05$). El 1% utilizaba curvas ROC y menos del 1% (2 médicos) el cociente de probabilidad. Las principales razones de no utilización declaradas fueron la poca practicidad del método y la falta de información (ya sea porque la prueba diagnóstica no había sido evaluada o porque no se disponía de los datos) para el Bayes; también se nombraron la incomodidad de realizar el cálculo y el insuficiente entrenamiento; el 97% refería la falta de familiaridad con las curvas ROC y con los cocientes de probabilidad.

Conclusiones

La mayoría de los médicos no utilizan de manera formal en su práctica clínica habitual los indicadores de validez de las pruebas diagnósticas. Si bien el 70% de los participantes referían algún tipo de entrenamiento en estas herramientas, el nivel del mismo no parece suficiente. La información disponible sobre las pruebas diagnósticas no es en general la adecuada para el espectro de pacientes vistos con mayor frecuencia por los profesionales.

Fuentes de financiación: no constan.

Dirección para correspondencia: M. Carrington Reid MD, Clinical Epidemiology Unit, VA Connecticut Healthcare System (111GIM), 950 Campbell Avenue, West Haven, Connecticut 06516.

Comentario

La necesidad de reducir el nivel de incertidumbre diagnóstica es una tarea que se vincula a la posibilidad de aplicar una óptima decisión terapéutica. Con la cada vez mayor disponibilidad de pruebas diagnósticas es bastante frecuente observar enfoques poco selectivos, y como consecuencia una menor probabilidad previa de enfermedad y un bajo valor de las pruebas solicitadas (1). Algunas investigaciones muestran que de las diez pruebas diagnósticas habitualmente más indicadas en pacientes hospitalizados, un 40% son repetidas aunque no sean necesarias (2). También existe evidencia de subutilización de ciertas pruebas (3). El aporte de esta investigación en el análisis de las causas que estarían explicando la no aplicación en la práctica médica de herramientas cuantita-

tivas de probada utilidad, puede implicar un primer escalón en el abordaje del problema: la necesidad de mayor entrenamiento, la definición de índices de sensibilidad y especificidad más relacionados con la morbilidad de la consulta médica frecuente, el desarrollo de aplicaciones informáticas, son algunas de las posibles acciones propuestas. Si bien cada contexto institucional puede tener sus peculiaridades, existen aspectos comunes a tener en cuenta: acceso a la información adecuada, conciencia de la importancia de estas herramientas, incentivos para mejorar su uso, entre otros. Aun así, no puede olvidarse que una de las limitaciones más importantes para la aplicación de los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia al uso de pruebas diagnósticas, es la escasez

de literatura de calidad sobre evaluación de las mismas (4).

Marisa Buglioli

Universidad de la República. Uruguay

(1) Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiología Clínica*. Madrid: Masson-Williams & Wilkins, 1998.

(2) Browner WS. Diagnosis dilemma. *Am J Med* 1998; 104:406-07.

(3) Castellví JM, Castells X. Appropriateness of physicians' request of laboratory examination in Primary Health Care: clinical over and under utilization study. *Clin Chem Lab Med* 1999; 37(1):65-69.

(4) Ramos JM, Hernández I. Investigación sobre pruebas diagnósticas en Medicina Clínica. Valoración de la metodología. *Med Clin (Barc)* 1998; 11:129-34.

Los sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas son efectivos para mejorar diversos aspectos de la práctica médica

Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes. A systematic review. JAMA 1998; 280:1339-46.

Problema

¿Los sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas son efectivos para mejorar la adecuación de la práctica médica y los resultados de los pacientes?

Descripción de la intervención

Sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas (SIADC). Se define un SIADC como cualquier software diseñado para ayudar a la toma de decisiones clínicas, mediante la comparación de las características de los pacientes individuales con una base informatizada de conocimientos científicos; con la finalidad de generar recomendaciones específicas para cada paciente.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura. Se buscaron estudios en cualquier lengua, en MEDLINE, EMBASE, International Information Service for the Physics and Engineering Communities (INSPEC), y Science Citation Index, desde 1974 a 1998. Se revisaron también la base de datos Cochrane, libros de congresos y listas de referencia de artículos relevantes, contactando con los autores de los principales estudios para obtener información sobre trabajos no publicados. Cada artículo fue valorado por dos revisores y se incluyó si cumplía los siguientes criterios: 1) Los participantes en el estudio eran profesionales sanitarios, 2) Los resultados valorados

incluían la adecuación de la toma de decisiones clínicas o resultados de los pacientes, 3) El estudio recogía datos de manera prospectiva y tenía grupo control (atención sin SIADC). La calidad metodológica de los artículos seleccionados se valoró por dos revisores, puntuándose en una escala de 10 puntos. Se extrajeron los datos sobre características de los pacientes, ámbito, intervención y resultados. La concordancia entre revisores para las distintas fases de la revisión estuvo entre el 82 y 98 %, y las discordancias se resolvieron por consenso.

Resultados

Se incluyeron 68 estudios. El 87 % de los estudios eran ensayos con asignación aleatoria. Los SIADCs evaluados tenían diversas finalidades: ayudar a dosificar fármacos potencialmente tóxicos (15 estudios, siendo los fármacos más frecuentes warfarina, teofilina, y aminoglicósidos), recordar la realización de actividades preventivas (19 estudios, la mayoría sobre cribado de cáncer y vacunas), ayudar en el diagnóstico (5 estudios, sobre todo dirigidos a dolor precordial y abdominal), apoyar en otros aspectos de la atención médica (29). Casi todos valoraban los efectos sobre la actuación médica, pero sólo 14 medían los efectos en términos de resultados de los pacientes.

La efectividad de los SIADCs para cambiar la práctica médica fue distinta según la finalidad

del sistema, encontrándose efectos beneficiosos en el 60 % de los estudios sobre sistemas para establecer dosis, en el 74 % sobre sistemas para la realización de actividades preventivas, en el 20 % sobre sistemas para ayuda al diagnóstico y en el 73 % sobre sistemas dirigidos a cambiar otros aspectos de la atención médica.

Sólo el 43% de los estudios que medían resultados de los pacientes demostraron un beneficio, aunque la mayor parte de los que no encontraron un efecto positivo tenían un poder estadístico inferior al 80 % para detectar un cambio moderado.

Conclusión

Los SIADCs pueden ser efectivos para mejorar la práctica clínica relacionada con el establecimiento de dosis de fármacos, la realización de actividades preventivas y otros aspectos de la atención, si bien su efectividad está menos clara en el caso de ayuda al diagnóstico.

Fuentes de financiación: Health Evidence Application and Linkage Network (Canadian Network of Centres of Excellence Program).

Dirección para correspondencia: R. Brian Haynes, MD, PhD. Room 3H7, McMaster University Medical Center. 1200 Main St W, Hamilton. Ontario. Canada L8N 3Z5.

Comentario

Este trabajo revisa de manera rigurosa la abundante literatura existente sobre SIADCs. La mayor parte de los estudios incluidos demuestran un efecto beneficioso sobre la práctica clínica, si bien harían falta más estudios para obtener conclusiones sobre el impacto en la salud de los pacientes. Se han publicado anteriormente otras revisiones sistemáticas sobre los SIADCs (1, 2), que mostraron un efecto positivo de los sistemas de recordatorio y los utilizados para establecer dosis de fármacos.

Tomando en consideración la información que aporta esta revisión, y su consistencia con las anteriores, podría afirmarse que en determinados casos la efectividad de los SIADCs para mejorar las decisiones clínicas es incuestionable. El beneficio está especialmente claro en el caso de los sistemas para recordar la realiza-

ción de actividades preventivas en Atención Primaria. En la titulación de dosis de medicamentos potencialmente tóxicos y administrados por vía intravenosa, los SIADCs también aportan un beneficio, al menos en algunas circunstancias. El número de estudios sobre sistemas de ayuda al diagnóstico es pequeño y la mayoría de ellos no demuestra efectividad.

En cualquier caso, el rápido desarrollo de los SIADCs y su evaluación en contextos muy determinados, hacen deseable que cualquier introducción de un sistema de este tipo en un ámbito concreto vaya acompañada de una evaluación de sus efectos. Otros autores (3) han señalado también la necesidad de más información sobre la aceptabilidad por parte de los clínicos y los costes de estos sistemas antes de una proliferación incontrolada de los mismos.

Soledad Márquez Calderón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Granada

(1) Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, et al. The clinical value of computerized information services: a review of 98 randomized clinical trials. Arch Fam Med 1996; 5:271-8.

(2) Shea S, Du Mouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. J Am Med Inform Assoc 1996; 3:399-409.

(3) Weekley J, Smith B. Review: Computer-based clinical decision support systems can improve physician performance in some areas. ACP Journal Club 1999; May/June: 79. Commentary on: Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes. JAMA 1998; 280:1339-46.

Los sistemas capitativos mixtos se extienden como forma de pago a los médicos en Estados Unidos

Robinson James C. Blended payment methods in physician organizations under managed care. JAMA, 1999; 282: 1258-63.

Problema

¿Qué formas de pago están emergiendo en el contexto de las Asociaciones de Práctica Independiente (IPA) que contratan con aseguradoras que aplican las técnicas de *managed care*?

Contexto

Hasta muy recientemente, la mayoría de los médicos ejercía su profesión individual y aisladamente, cobrando por acto médico. Ahora, una minoría creciente trabaja en consultas de multiespecialidades y cobra por salario. Y muchos otros se han agrupado en IPAs donde, aun conservando la propiedad y la responsabilidad sobre su consulta individual, pueden contratar colectivamente con aseguradoras y mutuas, resolver tareas administrativas y de facturación, gestionar la utilización, dar acreditaciones, etc. La evolución de las estructuras organizativas ha ido acompañada de cambios en las formas de retribución a los médicos. La literatura económica sobre incentivos predice que los métodos de pago que combinen elementos del pago por acto y del pago por capitación darán mejores resultados que la retribución basada en cualquiera de los dos métodos por separado. Las IPAs están desarrollando nuevas formas de pago que combinen los objetivos de estímulo de la productividad, control de costes y cooperación clínica.

Diseño y entorno

Estudio de los casos de 7 grandes IPAs de la zona de San Francisco (California), que atendían a 826.000 asegurados de varias mutuas

(HMOs). El estudio se realizó durante el verano y otoño de 1998.

Resultados

Médicos de Atención Primaria: En 6 de las 7 IPAs eran pagados fundamentalmente mediante pago capitativo. Para paliar el problema de la excesiva transferencia de riesgo al médico (cuando éste atrae un número desproporcionadamente alto de pacientes que son grandes utilizadores) y desestimar la derivación a los especialistas, la mayoría de las IPAs habían introducido importantes modificaciones al pago capitativo puro, principalmente, ajustes del capitativo según riesgo (con diferencias de 1 a 3 para grupos de población como recién nacidos, ancianos, embarazadas, etc.) y pago por acto en casos como servicios preventivos, visitas fuera de la consulta, pacientes que hubieran superado un cierto techo de gasto y servicios cuasi-especializados como drenaje de quistes, suturas, etc.

Médicos Especialistas: Inicialmente todas las IPAs estudiadas venían pagando a sus especialistas mediante pago por acto (aunque fuera con descuentos sobre las tarifas usuales), pero en 1998 todas habían pasado a adoptar métodos capitativos mixtos. El pago capitativo incluía dos componentes. Primero, la IPA asignaba a cada departamento de especialidades (28 en total) un presupuesto determinado, el cual se revisaba periódicamente. Después, este presupuesto capitativo se distribuía entre los miembros de cada departamento mediante una variedad de pagos por

acto, capitativos o mezcla de varios de estos métodos. A veces teniendo en cuenta alguna escala de valor relativo de cada acto médico, a veces aplicando tarifas móviles según el número de actos realizados (menor pago por cada acto cuanto mayor el número de actos), a veces sólo para cierto tipo de actos, etc. Cada departamento podía elegir el método de distribución de su capitativo conviviendo, por tanto, dentro de una misma IPA, diferentes métodos de retribución de los especialistas.

Conclusión

Las asociaciones de médicos han ido adoptando métodos de pago cada vez más complejos. La tendencia general para los médicos de atención primaria ha ido hacia el pago capitativo complementado –cada vez más– con elementos ajuste de riesgos o de pago por acto, mientras que en el caso de los especialistas ha ido a la inversa. En cualquier caso, siempre una combinación de métodos en lugar de uno solo. Aunque esta evolución concuerda con la predicción de la literatura económica sobre métodos de pago óptimos, los líderes o gestores de las IPAs no parecían estar familiarizados ni influenciados por esa literatura sino que utilizaban el método de prueba y error.

Fuente de financiación: Centro de Estudios de Gestión Sanitaria de la Universidad de Berkeley y Fundación Robert Wood Johnson.

Dirección para correspondencia: James C. Robinson. University of California, School of Public Health. Berkeley, Ca. 94720, USA.

Comentario

Que la corriente dominante es hacia el pago capitativo mixto está claro; en EE.UU. y en otras partes del mundo. Pero lo que impresiona más de esta búsqueda de la forma de pago óptima es la inusitada variedad de métodos y variantes aplicadas en una zona no más grande que el Área Metropolitana de Barcelona y la tremenda complejidad y coste que se adivina detrás del proceso para llegar a una determinada combinación de formas de pago y no otra. Por un lado, se halla la información necesaria para tomar y monitorizar los acuerdos y por el otro es fácil imaginar la cantidad de horas que se deben invertir en llamadas, faxes, escritos, reuniones y discusiones para elegir a los interlocutores o representantes de cada departamento, preparar los acuerdos, explicarlos a los asociados, revisarlos periódicamente, etc. A partir

de esta reflexión surge una pregunta que, desafortunadamente, no se aborda en el artículo: ¿realmente, merece la pena tanta complejidad? Es decir, ¿el ahorro de costes, la mejora de la eficiencia, el aumento de productividad y otras ventajas (dadas por hecho en el artículo, cuyo objetivo no era estimarlas) compensa el coste administrativo y de tiempo (del que no se habla)?

Aunque lo anterior no es óbice para reconocer la tremenda flexibilidad y capacidad de adaptación que demuestran estas asociaciones de médicos –característica, por otra parte, propia de toda la economía y la sociedad americana– en España ha habido algunas experiencias con métodos de pago mixtos a los médicos, utilizando fórmulas relativamente sencillas, que han dado buenos resultados en términos de productividad y satisfacción de los

profesionales (1, 2) y cuyas virtudes e inconvenientes deberían ser evaluados frente a las formas de pago de gran complejidad.

Marisol Rodríguez

Universidad de Barcelona

(1) Rodríguez M, Rodríguez D, Abásolo I. Los sistemas mixtos de retribución como alternativa al pago por salario y su repercusión sobre la eficiencia del sistema sanitario. En: López Casasnovas G, Rodríguez Palenzuela D, coords. La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Civitas-Fedea, 1997.

(2) Tamborero G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión de Atención Primaria 1997; 3:16-26.

Efectos adversos del exceso de oferta de atención médica

Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281:446-452.

Problema

¿Se puede considerar seriamente que sobrepasar un nivel en la oferta de servicios asistenciales puede generar más daños que beneficios? ¿Cuáles son los mecanismos involucrados en este desequilibrio entre daños y beneficios del exceso de la oferta asistencial?

Tipo de estudio

Síntesis narrativa y cualitativa de estudios sobre el efecto del incremento de oferta en determinadas áreas asistenciales. Reflexión sobre los mecanismos que incrementan el daño producido por ciertas intervenciones. Propuestas de nuevas orientaciones de la investigación sobre los efectos de las intervenciones clínicas y de la toma de decisiones sobre la oferta de servicios.

Contexto

Rápido crecimiento en recursos (médicos especialistas, nuevas tecnologías, nuevos servicios) y gasto sanitario en los EE.UU. de América asociado a pobres resultados relativos sobre el nivel de salud.

Resultados

El trabajo ilustra el crecimiento del 10% anual en la atención médica en el periodo 1975-

1995 en los EE.UU., con incrementos del 300% en gasto de personal médico, del 200% en el número de cardiólogos o del 500% en el número de radiólogos.

En el artículo se comentan algunos de los estudios en los que el impacto global de la introducción de algunas intervenciones clínicas o el incremento de la capacidad de atención médica presentó resultados globales negativos para la salud de la población (angioplastia coronaria, monitorización domiciliar de embarazadas, incremento general de oferta hospitalaria y ambulatoria, y otros).

A continuación, los autores discuten los mecanismos por los que más atención médica se acompaña de efectos adversos relacionados con el incremento en el número de diagnósticos (etiquetado y pseudo-enfermedad), de tratamientos (modificación del umbral de tratamiento, sobre-tratamiento) y de tareas y actos médicos en general (mayor complejidad, más errores). Estos efectos se manifiestan en la población con una mayor prevalencia de enfermedad, una mayor preocupación, sobre-diagnóstico y tratamiento innecesario, más errores médicos y más efectos adversos.

Conclusiones

Existe gran incertidumbre sobre la historia

natural de la enfermedad moderada diagnosticada precozmente en un rápidamente creciente porcentaje de la población. Se desconocen en gran medida los efectos globales de las intervenciones disponibles en este estadio de la enfermedad. No se ha estudiado suficientemente el impacto global del incremento de los recursos asistenciales en determinadas áreas clínicas. Es recomendable el fortalecimiento de la inversión en investigación de servicios sanitarios en dos líneas: impacto global del crecimiento de la oferta de servicios médicos sobre la salud, y efectos adversos y daños de los procedimientos y tecnologías sanitarias. Sugieren a su vez la investigación de la historia natural de enfermedad leve o moderada detectada precozmente gracias a los avances diagnósticos y de los efectos globales de los tratamientos (beneficios y daños).

Fuentes de financiación: Beca de la Fundación Robert Wood Johnson.

Dirección para correspondencia: Elliot S. Fisher, MD, MPH, Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, 7251 Strassenburgh Hall, Hanover, NH 03755-3863.

Comentario

En este original trabajo, los autores hacen una recopilación de estudios sobre el incremento de la oferta de recursos y servicios sanitarios, la tendencia creciente del uso de servicios médicos y el impacto de nuevos procedimientos y tecnologías médicas sobre el diagnóstico y el tratamiento de ciertas patologías muy frecuentes en los EE.UU. de América. El problema se plantea especialmente a partir de niveles de oferta muy elevados, concentrados en determinadas áreas asistenciales críticas de rápido crecimiento en los países más ricos con sistemas sanitarios semejantes al norteamericano. La lectura de estas reflexiones y propuestas desde España y los países de la Unión Europea ha de ser cautelosa y crítica.

Este trabajo llama la atención sobre el enorme impacto que la reciente modificación de los criterios de definición de algunas enfermedades tiene sobre la prevalencia y el ma-

nejo de enfermedades que afectan a una gran proporción de la población (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad). A la vez, los avances en la capacidad diagnóstica (ecografía, TAC, RMN) permiten identificar a numerosas personas portadoras de alteraciones antes ocultas en un enorme reservorio de enfermedad y patología (cáncer de mama, próstata y tiroides, litiasis biliar, patología discal, sinusitis, estenosis vascular). La prevalencia de enfermedad crece debido a estos dos factores: aumento en la capacidad diagnóstica y modificación de los umbrales diagnósticos.

A la vez, la modificación del umbral de tratamiento, que acompaña a muchos avances diagnósticos y terapéuticos, ocasiona la indicación de intervenciones a personas que antes se consideraban no susceptibles de tratamiento. La consiguiente modificación del espectro de pacientes (enfermedad modera-

da, en fase precoz, menos grave) hace que en estos pacientes el equilibrio entre los beneficios del tratamiento y sus riesgos pueda no ser tan favorable como en los pacientes que se encuentran en estadios más avanzados de la enfermedad.

En cualquier caso, el artículo presenta una provocativa llamada de atención a los decisores tanto en el nivel micro de la indicación de intervenciones diagnósticas y terapéuticas concretas, como de aquellos cuyo ámbito de decisión es la capacidad asistencial del propio sistema sanitario (incremento de recursos y oferta de servicios).

Jesús González Enríquez

Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias

¿Existe relación entre gasto sanitario y resultados en salud?

Cremieux PY, Ouellette P, Pilon C. Health care spending as determinant of health outcomes. *Health Economics*, 1999; 8:627-639.

Introducción

Este artículo revisa la relación existente entre gasto sanitario y resultados en mejoras de la salud. En anteriores trabajos, demostrar la relación entre estos dos términos ha demostrado ser problemático, en parte debido a la inherente heterogeneidad en los datos en análisis internacionales. La aparición de evidencias robustas a este respecto queda así limitada, pese a la aplicación de sofisticadas herramientas econométricas.

Datos

Se utiliza un panel de datos obtenido a partir de fuentes diversas. Los datos se centran en diez provincias canadienses en el periodo comprendido entre 1978 y 1992.

Métodos

Los autores examinan los determinantes de cuatro indicadores de salud (tasas de mortalidad infantil masculina y femenina y esperanza de vida masculina y femenina). Se incluyen variables explicativas de tipo económico y sanitario (gasto sanitario per cápita, número de médicos per cápita y PNB per cápita),

de tipo socio-demográfico (densidad poblacional, personas con estudios superiores y niveles de desempleo y de pobreza), de tipo nutricional (consumo familiar de carne a la semana) y variables relacionadas con el estilo de vida (consumo de alcohol y tabaco per cápita).

El método elegido para el análisis de los datos es una regresión Mínimos Cuadrados Generalizados, ajustando la autocorrelación y la heterocedasticidad, e incluyendo dummies regionales.

Resultados y conclusiones

Pese a las pequeñas diferencias entre las provincias en gasto sanitario y resultados en salud, en términos per cápita, existe una fuerte relación entre ambos. El modelo muestra que menor gasto sanitario está significativamente asociado con una menor esperanza de vida y una mayor mortalidad infantil. En concreto, una reducción del gasto sanitario en un 10% está asociado con un incremento en un 0,5% en la tasa de mortalidad infantil masculina y en un 0,4% en la femenina, así

como con una reducción de 6 meses en la esperanza de vida en los varones y 3 meses en las mujeres. Incluso la omisión de datos referidos a estilos de vida y a cuestiones nutricionales podría dar lugar a errores de especificación mayores, pero no cambiarían significativamente los anteriores resultados obtenidos.

Desde el punto de vista de la oferta, el gasto sanitario o el número de médicos disponible determinan de manera significativa los resultados en salud, incluso después de controlar estadísticamente la edad y otros factores socioeconómicos.

Por último, el autor considera que los anteriores trabajos sobre el tema no encontraban una relación clara entre las dos variables probablemente más a causa de la heterogeneidad existente en los datos cuando se realizan comparaciones internacionales que por razones de sesgos derivados de una mala especificación o por la improbable ausencia de una relación clara entre gasto sanitario y resultados en salud.

Comentario

La existencia de una relación directa entre gasto sanitario y mejores indicadores de salud es una presunción que está inserta en el pensamiento colectivo pese a las dificultades encontradas en diversos estudios para su identificación. En efecto, la realidad es que encontrar y cuantificar esta relación parece que se le ha escurrido a los investigadores durante tiempo como un pez que se empeñara en saltar de nuestras manos cuando ya creemos tenerlo atrapado.

El presente trabajo encuentra sugerentes resultados a favor de la existencia de dicha relación. Sin embargo, hemos de ser cautelosos con los resultados. Y ello, en primer lugar, debido a la variedad de fuentes de donde los autores han conseguido sus datos: nada menos que 14. El problema de trabajar con tantas fuentes es que inmediatamente aparecen sospechas acerca de las bondades de las consabidas encuestas y estadísticas.

Si muchas veces tenemos problemas para trabajar con una o con dos, los problemas pueden multiplicarse en un caso así.

Por otro lado, aunque los indicadores que miden el estado de salud de la población son ampliamente utilizados en estudios de este tipo, no cabe duda de que la salud es un concepto multidimensional lo suficientemente amplio (por ejemplo, recuérdese la definición de la OMS) como para darnos cuenta de que al utilizar únicamente dos "proxies" podemos estar olvidando multitud de indicadores alternativos.

Como los mismos autores citan, al realizar comparaciones internacionales existen muchos problemas de heterogeneidad en los datos. Al recoger datos únicamente de provincias canadienses, queda pendiente un estudio con datos de varios países que pueda superar los problemas anteriores y encontrar

una relación significativa entre gasto sanitario y resultados en salud.

Por último, es interesante resaltar la significatividad estadística de las variables nutricionales y de estilo de vida, puesto que la aparición de datos referidos a estas cuestiones no aparecen frecuentemente en este tipo de estudios. Así mismo, un campo interesante de investigación consistiría en desagregar el gasto sanitario global en programas específicos y estudiar sus resultados sobre la salud de la población, o sobre determinados subgrupos de ésta.

En resumen, un interesante artículo que clarifica pero no cierra ni mucho menos las cuestiones a resolver en esta área.

Juan Oliva Moreno
Fundación Gaspar Casal

Las personas con mayores ingresos tienen mejor salud y su percepción subjetiva de la misma es mejor que la de los individuos con menores recursos

Humphries K, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. *Social Science & Medicine* 2000; 50(5):663-671.

Objetivo

Medir la desigualdad en salud en función del ingreso personal para Canadá y su comparación con otros países industrializados, incluido España. De forma simultánea se estudia el fenómeno de la dependencia del estatus (*state-dependent*) a la hora de la autoevaluación de la salud por parte de los individuos.

Metodología

En el trabajo se utiliza la curva de concentración de la enfermedad para estimar la desigualdad en salud en función del ingreso personal. El resultado se mide en términos del llamado índice de concentración (IC). De forma simultánea se estima un modelo de regresión que relaciona una variable subjetiva de la enfermedad con otra más objetiva y con variables dicotómicas que informan sobre el nivel de ingresos, lo que permite analizar la influencia del estatus socioeconómico sobre la auto-percepción del estado de salud.

Datos y definiciones de las variables

Los datos utilizados para el estudio provienen de la Encuesta Nacional sobre la salud de la población de Canadá del año 1994. El estatus socioeconómico es recogido por el ingreso familiar. Para medir el estado de salud se utilizan dos variables alternativas. La primera es el indicador de salud autopercebida (self-assessed health SAH). La segunda es el índice de utilidad de la salud de McMaster (McMaster Health Utility Index HUI). Sin

embargo, a la hora de obtener los distintos resultados la variable relevante es la distribución de la enfermedad en función de los ingresos familiares, motivo por el que se obtienen dos nuevos índices a partir de los ya definidos: el indicador de la autoevaluación de la enfermedad (self-assessed ill-Health SAIH) y la pérdida de la utilidad de la salud (Health Utility Loss) obtenido como uno menos el HUI definido anteriormente (1-HUI)

Resultados

El índice de concentración utilizando la medida de enfermedad más subjetiva (SAIH) es igual a -0,1214, mientras que empleando la variable más objetiva (1-HUI) es igual a -0,0990. La diferencia entre los dos indicadores es igual a 0,0224, pero no es estadísticamente significativa. Respecto a la ecuación que relaciona el SAIH como función de la variable (1-HUI) y de diversas variables dummy que recogen los diferentes escalones de ingresos se observa cómo los coeficientes son significativos y tienen los signos esperados, lo que implica que las personas con mayores ingresos perciben su estado de salud como mejor de lo que realmente es, mientras que aquéllos con menor renta perciben su estado de salud como peor de lo que es. Por último, la comparación internacional muestra que Canadá se sitúa entre los países donde existe una mayor desigualdad, justo entre los Estados Unidos y el Reino Unido que tienen unos índices de concentración iguales a -0,1360 y -0,1148 res-

pectivamente. España presenta una menor desigualdad que Canadá con un IC=-0,0732.

Conclusiones

La principal conclusión del trabajo es que el estatus socioeconómico influye en tanto en el estado de salud como en la autoevaluación que de él hacen los individuos. Esta relación inversa entre renta y enfermedad no es fruto de la pobreza extrema, sino que se mantiene en todos los grupos de renta. Es decir, los más ricos tienen menos enfermedades que los ricos; éstos menos que las clases medias; éstas menos que los pobres; y así sucesivamente. Por otra parte, un mismo estado de salud objetivo es valorado subjetivamente como mejor por los individuos con mayores ingresos y como peor por las personas con menor nivel de renta. Este resultado, implica que la utilización del índice (SAIH), el utilizado en las comparaciones internacionales, sobrestima las desigualdades de salud.

Fuentes de financiación: No se menciona.

Dirección para correspondencia: Karin H. Humphries. Centre for Health Evaluation & Outcome Sciences/Division of Cardiology, 620-1081 Burrard Street, Vancouver, BC V6Z 1Y6, Canada.

Eddy van Doorslaer. Department of Health Policy and Management, Erasmus University, PO Box 1738, 3000 DR, Rotterdam, The Netherlands. (email: vanddoorslaer@econ.bmg.eur.nl)

Comentario

Este artículo sigue la metodología utilizada en otros países para estudiar la relación entre los ingresos personales y el estado de salud (1). Para ello utiliza la curva de concentración de la enfermedad. En dicha curva se representa la frecuencia acumulada de la enfermedad en función de la frecuencia acumulada de la población, ordenada de menor a mayor nivel de renta. De esta forma, si la enfermedad se distribuye por igual entre toda la población, independientemente del nivel de ingresos, la curva coincide con la diagonal y el índice de concentración de la enfermedad es igual a cero. Si por el contrario, son los más pobres los que más enfermedades tienen la curva de concentración de la enfermedad va por encima de la diagonal, el índice de concentración tiene valor negativo y la desigualdad favorece a los individuos de mayor nivel de ingresos.

La utilización de la curva y del índice de concentración de la enfermedad no aporta ninguna novedad a lo ya publicado, salvo su aplicación

al caso concreto de Canadá. Por este motivo, el principal atractivo del trabajo reside en la estimación de la influencia del estatus socioeconómico sobre la percepción que los individuos tienen sobre su estado de salud. En este sentido, la evidencia empírica es contundente al señalar que el nivel de renta condiciona la valoración que los individuos realizan sobre su salud. Motivo por el que la elección de la variable que resume el estado de la salud conduce a distintos valores del índice de concentración (2), ya que cuanto más subjetiva sea ésta mayor será la sobreestimación de las desigualdades en salud. Estos resultados tienen importantes implicaciones para la política sanitaria. Un sistema nacional de salud no elimina las desigualdades existentes en favor de los individuos con mayores ingresos, motivo por el que es necesario tomar medidas activas que permitan reducir el índice de concentración, siendo éste una medida de efectividad de la misma política sanitaria. De hecho, aun eliminando las desigualdades de salud, las diferencias

de ingresos existentes harían que los individuos no reconociesen un eventual éxito de la política sanitaria.

Álvaro Hidalgo Vega

Profesor Titular de Fundamentos del Análisis Económico. UCLM. Fundación Gaspar Casal

(1) Wagstaff A., Paci P. and van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine* 1991; 33:545-557.

Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Economics* 1994; 3:281-291.

(2) Resultados similares se han obtenido para el caso de Suecia. Gerdtam U., Johanneson M., Lundberg L. and Isacson D. A note on validating Wagstaff and van Doorslaer's health measure in the analysis of inequalities in health. *Journal of Health Economics* 1999; 18:117-124.

La prevención secundaria de enfermedades coronarias es más eficiente que la prevención primaria

Goldman L, Coxson P, Hunink MG, Goldman PA, Tosteson AN, Mittleman M, et al. The relative influence of secondary versus primary prevention using the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel II guidelines. *J Am Coll Cardiol* 1999; 34(3):768-76.

Objetivo

Las recomendaciones de cribado y tratamiento de los niveles elevados de colesterol del National Cholesterol Education Program (NCEP) están convirtiéndose en el estándar en los Estados Unidos. Estas recomendaciones incluyen tres componentes: 1) Prevención secundaria (personas que ya tienen una cardiopatía isquémica), 2) Prevención primaria en personas con varios factores de riesgo cardiovascular, y 3) Prevención primaria en personas de bajo riesgo. En cada uno de los tres grupos el objetivo en el nivel de colesterol-LDL a alcanzar es distinto, persiguiéndose niveles más bajos a mayor riesgo previo. Este estudio valora el impacto epidemiológico a largo plazo de los tres componentes mencionados, proyectando el efecto de la implantación de las recomendaciones del NCEP a la población de Estados Unidos.

Sujetos y métodos

Se utilizó una simulación de la población de Estados Unidos, con una edad entre 35 y 84 años, para estimar el potencial de las recomendaciones del NCEP para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades coronarias, y la mortalidad total, en el período 2000-2020. La simulación se realizó a través de un modelo de estados transicionales de

Markov para estimar la evolución de la enfermedad, el riesgo de eventos coronarios y la mortalidad. El modelo se analizó bajo varias asunciones, para evaluar la influencia de parámetros como los distintos niveles de riesgo de la población o el descenso de colesterol deseado. Las medidas de resultado evaluadas fueron el número de infartos, el número de muertes por enfermedades coronarias, los años de vida ganados y los años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs).

Resultados

Si se siguieran las recomendaciones del NCEP en Estados Unidos, del año 2000 al 2020, habría 500 millones de personas-año de tratamiento. De éstos, aproximadamente dos tercios corresponderían a la prevención primaria y un tercio a la prevención secundaria. Sin embargo, un porcentaje muy alto de los beneficios obtenidos en toda la población sería atribuible a la prevención secundaria. Así, del total de infartos de miocardio evitados, la prevención primaria sería responsable de un 40 % (vs. 60 % atribuibles a la prevención secundaria); y del total de AVACs ganados en la población, sólo un 25 % sería atribuible a la prevención primaria (vs. 75 % a la prevención secundaria). Los resultados obtenidos son consistentes entre sexos y grupos de edad.

Discusión

Un programa de salud pública eficaz para la prevención de las enfermedades coronarias a través del descenso del colesterol debe enfatizar la prevención secundaria con dieta y fármacos. La prevención primaria con dieta, sin medir el colesterol, es también atractiva. La política de prevención primaria del NCEP puede ser muy útil y coste-efectiva en pacientes con varios factores de riesgo, pero no sería el componente del programa responsable de la mayor parte del beneficio poblacional. Dado que un alto porcentaje de las enfermedades coronarias ocurre en personas asintomáticas, el desarrollo de estrategias de prevención primaria coste-efectivas debe ser una prioridad de salud pública.

Conclusión

Entre un 60 y un 75% del beneficio epidemiológico poblacional de la reducción del colesterol siguiendo las recomendaciones del NCEP sería atribuible a la prevención secundaria.

Fuentes de financiación: Agency for Health Care Policy and Research.

Dirección para correspondencia: L. Goldman, Department of Medicine, University of California, San Francisco, School of Medicine, 94143-0120, USA. goldman@medicine.ucsf.edu.

Comentario

Aunque las recomendaciones del NCEP para el tratamiento del colesterol han sido ampliamente difundidas, el impacto esperable de su utilización a nivel poblacional no había sido valorado hasta ahora. El enfoque utilizado en este estudio se basa en la proyección de estos efectos en la población adulta de Estados Unidos, comparando qué proporción de los beneficios obtenidos es atribuible a cada componente del programa.

El trabajo tiene el enorme interés de ofrecer una cuantificación del impacto de cada parte; contrastando que la prevención primaria sería responsable de un tercio de los beneficios globales, pero requeriría para ello casi el doble de recursos que la prevención secundaria. Estos resultados están llenos de sentido, dado que a medida que es mayor el riesgo de enfermar, será también mayor el bene-

ficio posible de un tratamiento. En este caso, las personas que ya sufrieron un episodio isquémico tienen un riesgo más alto de sufrir otro (1), y a pesar de ser un grupo poblacional menor que el que podría beneficiarse de la prevención primaria, es el que acumula la mayor parte del beneficio poblacional.

Estos resultados llevan a la conclusión de que la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica es prioritaria. Una vez establecida esta afirmación, el siguiente paso sería preguntarse si la prevención primaria es coste-efectiva. Para responder esta cuestión sería necesario comparar con otras alternativas de empleo de los recursos. En este sentido, el estudio que aquí se presenta no proporciona respuestas, ya que sólo analiza una alternativa, que consiste en hacer al mismo tiempo prevención secundaria y primaria en la población.

Otros autores han reflexionado sobre este tema, considerando que sin prevención primaria, la prevención secundaria podría aumentar la carga sociosanitaria de la enfermedad en la población, y por tanto deberían ser estrategias complementarias (1). En este sentido, no hay que olvidar que la prevención secundaria va ligada a tratamientos no curativos de la enfermedad isquémica.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia
Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, Barcelona

(1) Rodríguez-Artalejo F, Del Rey-Calero J. La prevención de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente (editorial). *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73:441-43.

Humanismo y medicina. Patogenia del síndrome de Hermógenes. Descripción del síndrome de Adriano

Orozco MM. Patogenia del síndrome de Hermógenes. Descripción del síndrome de Adriano. *Acta Médica Colombiana* 1999; 24: 60-65.

Se trata de un artículo de opinión donde el autor reflexiona sobre humanismo y medicina. Ha sido traducido al inglés y publicado en *The Lancet* el pasado mes de noviembre. Encabeza el artículo una cita de Marguerite Yourcenar de su libro *Memorias de Adriano*: "Es difícil seguir siendo emperador ante un médico y también es difícil guardar la calidad de hombre", sigue con Giuseppe Verdi y su ópera *Don Carlos*: "Copiar la verdad puede ser bueno, pero inventarla es mejor, mucho mejor" y acaba con la siguiente reflexión: es más meritorio inventar la verdad que descubrirla. Considera que el científico produce conocimiento con el método y el artista belleza con la imaginación. Ambos dependen de la técnica en buena parte de su quehacer.

Reclama el autor la existencia del síndrome de Hermógenes como: "cualquier clase de padecimiento del paciente que sea ocasionado por una actitud deshumanizada del médico o del sistema de salud ante la enfermedad y el sufrimiento humanos", en referencia a la entrega del emperador Adriano a su médico Hermógenes, como un paciente que sufre y delega el cuidado a su médico. Medita a continuación sobre las características y valores del médico y de su profesión que incluye la predisposición vocacional, dedicación de por vida y costo de su aprendizaje difícilmente valorable por lo que una re-

muneración exigua o tardía tendría como consecuencia la búsqueda de subsistencias más rentables y menos agobiantes, más mercantiles y comerciales. En su opinión estas opciones dañan la calidad de la práctica profesional y descuidan la educación continua, por lo que si la sociedad y el estado no lo comprenden, desaparecerán los verdaderos médicos y se verán reemplazados por técnicos en medicina con lo que la prevalencia del síndrome de Hermógenes se incrementaría muy significativamente. Ello conllevaría, a su parecer, mediocridad productiva, atención despersonalizada y la difusión de la medicina como negocio. Prosigue el autor con la descripción del sórdido sistema de salud que afloraría si los médicos no lideraran el proceso de su ejercicio profesional.

A continuación describe la otra entidad nosológica, el síndrome de Adriano: "dícese de toda actitud prepotente, arrogante o deshumanizada del paciente, sus familiares, sus representantes legales, los responsables de su seguridad social u otros, que pretenda menoscabar injustamente la importancia y calidad del acto médico realizado por un profesional ético y competente, cualquiera que sea su fin o intención". Ante ello el autor apunta a que el médico se adapta a un sistema de salud y una sociedad deshumanizadas o abandona su profesión, por lo que con-

cluye que poco o nada tenemos que cambiar los médicos, pues poco o nada se soluciona con el hecho de que cambiemos. Es el sistema el que tiene que cambiar. Reseña la necesidad de acabar con la intermediación en la salud cuyo objetivo básico sea el lucro empresarial y pretenda disminuir los costos a expensas de una deficiente atención a los enfermos y una pésima remuneración a los médicos. Acaba citando a Bernard Lown: "los médicos necesitamos luchar contra el modelo de la medicina como negocio", que permite que los síndromes de Hermógenes y Adriano aumenten, además de no conocer fronteras ni eximir a los países ricos. Finaliza con otra famosa cita de Arnold Reisman: "los enfermos no son como los consumidores de un supermercado". Pone el ejemplo de un cliente de McDonald que conoce el sabor de la hamburguesa, frente a los enfermos que suelen desconocer el mal que les aflige, a qué médico deben consultar, qué tipo de exámenes precisará para el diagnóstico y de qué manera debe ser enfocado el tratamiento de su condición. Los pacientes tienen que confiar en su médico para determinar sus necesidades e indicar qué servicios requiere. Acaba emplazando a legisladores y gobernantes a que cambien el sistema o asistiremos a la destrucción de la medicina como profesión.

Comentario

El artículo es un lúcido, sincero y bien escrito alegato a las bondades del ejercicio libre de la profesión médica. Categoriza el síndrome de Hermógenes dentro de las enfermedades yatrogénicas. Define al médico como un profesional concienciado y erudito en aspectos técnicos y científicos de su arte que debe conservar su actitud humanista ante la enfermedad, el dolor, la vida y la muerte. Define al técnico en medicina como aquel que igualmente erudito en los aspectos técnicos y científicos se despegó de la actitud humanista y señala que este síndrome se presenta como consecuencia de los prejuicios del paciente o por las debilidades de un sistema de salud que tiende a deteriorar la relación médico-paciente. Establece un paralelismo entre el aumento de la prevalencia del síndrome de Hermógenes con la eclosión del síndrome de Adriano motivada por la práctica deshumanizada de la medicina.

El autor si bien revisa aspectos como los condicionantes externos, reputación, nivel de ingresos, vocación, organización del sistema, etc; la solución a todos los males la deja en manos de legisladores y gobernantes. Aunque se pregunta cómo los médicos han llegado y permitido este grado de deterioro, nunca les atribuye responsabilidad alguna.

Quizá, la gran debilidad de esta reflexión, bellamente escrita y con toques de originalidad y acierto, por ejemplo, en los nombres y las definiciones de los síndromes enunciados, está en la inexistente referencia a las nuevas perspectivas de los pacientes o consumidores en el manejo de la salud y la enfermedad. No menciona la mayor y mejor información disponible a la que tienen acceso los pacientes a partir de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones, además del impacto de los medios de comunicación social sobre la población. El paciente, en muchos casos, ha sabido adaptarse y responder a los cambios tecnológicos, ha dejado de ser un ser pasivo, se piensa mucho sus decisiones y quiere compartirlas de igual a igual con su médico. La experiencia de los pacientes ha de incorporarse a la nueva relación médico-paciente, menos asimétrica, más informada y más participada en las decisiones; además de en el diseño del modelo organizativo del sistema de salud.

Todo lo anterior conlleva reconfiguraciones de la relación médico-paciente, por lo que se precisa también que el médico lidere el proceso y las respuestas, anticipándose a los cambios y siendo crítico con el diagnóstico del estado de las cosas. Debe también propo-

ner activamente mejoras de las condiciones laborales y de clima de trabajo que consigan atenuar la no despreciable prevalencia, en todos los sistemas de salud, de los mencionados síndromes. El médico ha de implicarse en la gestión y no simplemente dejarla de lado por su contenido burocrático. Qué duda cabe que para el clínico cuesta meterse en aquello que no está estrechamente ligado a la atención del paciente. Existen experiencias prácticas (1) de cómo el médico clínico puede jugar un papel clave como gestor de recursos asistenciales. Es más, de no entrar en la gestión perderá parcelas de poder e influencia.

Sólo si se tienen claras las causas del malestar objeto de la reflexión del autor, no confundiendo con los síntomas, se puede proceder a su manejo adecuado, en el que el sentido común ha de desempeñar un importante papel. Sólo cuando nos metemos en harina descubrimos qué hacer a continuación.

Juan del Llano Señarís
Fundación Gaspar Casal

(1) Young A. *The Medical Manager. A practical guide for Clinicians.* BMJ Books, London, 1999.

Algunas pruebas menos costosas que la polisomnografía completa parecen prometedoras en el cribado de la apnea del sueño

Systematic Review of the Literature Regarding the Diagnosis of Sleep Apnea. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 1, December 1998. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. <http://www.ahcpr.gov/clinic/apnea.htm>

Objetivo

Valorar la exactitud de las principales pruebas de cribado y diagnóstico de la apnea del sueño, en comparación con la polisomnografía completa (patrón de oro).

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura, incluyendo los estudios publicados en inglés, alemán, francés, español e italiano, hallados en Medline (1980 a 1998) y Current Contents (1997), utilizando diversas estrategias que siempre incluían el término "sleep apnea syndrome" y lo combinaban con otros. Los criterios de inclusión fueron: 1) Proporcionar resultados de cualquier prueba utilizada para el diagnóstico de apnea del sueño en adultos, 2) Incluir al menos 10 pacientes, 3) Comparar la prueba en cuestión con la polisomnografía completa. Se excluyeron el 20 % de artículos con peores puntuaciones en calidad metodológica.

Descripción de las intervenciones

Se consideraron las siguientes: polisomnografía parcial (con sólo parte de los canales); polisomnografía a tiempo parcial; monitores portátiles; oximetría; pruebas de imagen para identificar anomalías de cabeza y cuello; medidas endoscópicas de la estructura y función

Comentario

El interés creciente por el síndrome de apnea del sueño procede de la alta prevalencia que se ha descrito en la población general (4 % en varones y 2 % en mujeres) y su posible relación con un incremento de la morbilidad (muertes prematuras, enfermedad isquémica cardíaca y cerebrovascular, accidentes de tráfico). Este interés ha ido llevando a la apertura de unidades hospitalarias para el diagnóstico y tratamiento de este síndrome, e incluso a la competencia entre especialidades por un campo de la atención que promete ir en aumento. En la mayor parte de las revisiones bibliográficas se concluye que persisten incertidumbres acerca de los posibles factores de riesgo, la prevalencia real, la magnitud de las consecuencias en términos de morbilidad, y la efectividad de los distintos tratamientos. El diagnóstico y

nasofaríngea y laríngea, y cuestionarios sobre síntomas.

Medición de resultados

Dos investigadores revisaron cada artículo y extrajeron la información. El acuerdo entre ambos fue del 78 %, y las diferencias se resolvieron por consenso.

Los principales resultados valorados en cada prueba fueron: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y coeficientes de correlación con los índices de apnea y apnea-hipoapnea de la polisomnografía completa. Estos índices se definen como el número de episodios de apnea y suma de episodios de apnea e hipoapnea, respectivamente, por hora de sueño.

Principales resultados

Se incluyeron 71 estudios (7.572 pacientes), siendo la mayoría observacionales y series de casos. Existía una variabilidad importante en las definiciones de apnea e hipoapnea, así como en los puntos de corte de estos índices para el diagnóstico de apnea del sueño.

Tres estudios (213 pacientes) eran sobre polisomnografía parcial, dando a esta prueba una sensibilidad entre 82 y 94 %, y una especificidad entre 82 y 100 %. Veinticinco estu-

diarios valoraban aparatos de monitorización portátiles (1.631 pacientes), incluyendo monitores de diversos tipos; por lo que la sensibilidad y especificidad eran muy variables entre los estudios (entre 32 y 100 % para ambas medidas). Se hallaron 12 estudios sobre oximetría (1.784 pacientes), cuya sensibilidad y especificidad medias fueron 87.4 % y 64.9 % respectivamente, aunque con variabilidad entre los estudios. Siete estudios valoraban la polisomnografía a tiempo parcial (505 pacientes), siendo la sensibilidad del 79.5 % y la especificidad del 87 % para un punto de corte de los índices de apnea y apnea-hipoapnea de 10. Los estudios de imagen, medidas endoscópicas, cuestionarios y otras pruebas fueron escasos o demasiado heterogéneos para sacar conclusiones.

diarios valoraban aparatos de monitorización portátiles (1.631 pacientes), incluyendo monitores de diversos tipos; por lo que la sensibilidad y especificidad eran muy variables entre los estudios (entre 32 y 100 % para ambas medidas). Se hallaron 12 estudios sobre oximetría (1.784 pacientes), cuya sensibilidad y especificidad medias fueron 87.4 % y 64.9 % respectivamente, aunque con variabilidad entre los estudios. Siete estudios valoraban la polisomnografía a tiempo parcial (505 pacientes), siendo la sensibilidad del 79.5 % y la especificidad del 87 % para un punto de corte de los índices de apnea y apnea-hipoapnea de 10. Los estudios de imagen, medidas endoscópicas, cuestionarios y otras pruebas fueron escasos o demasiado heterogéneos para sacar conclusiones.

Conclusión

Aunque la evidencia es limitada y se requieren estudios posteriores para una conclusión definitiva, algunas pruebas que requieren menos tiempo de personal que la polisomnografía completa—sobre todo la polisomnografía parcial— pueden tener una sensibilidad y especificidad aceptables para el cribado y diagnóstico de la apnea del sueño.

Fuente de financiación: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

Esta revisión bibliográfica, aun estando limitada por la mediana calidad metodológica de los estudios, apunta algunas alternativas. Sobre todo, la polisomnografía parcial alcanza valores muy aceptables de sensibilidad y especificidad, así como buenos valores predictivos cuando se utiliza en poblaciones previamente seleccionadas.

Soledad Márquez Calderón

Instituto de Investigación en Servicios de Salud

M^a Concepción Maeztu Sardiña

Sección de Neurofisiología. Hospital General Universitario de Murcia

(1) Chervin RD, Murman DL, Malow BA, Totten V. Cost-utility of three approaches to the diagnosis of sleep apnea: polysomnography, home testing, and empirical therapy. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130:496-505.

Las bases para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44:166-203. En: White KL et al. (eds). Investigación en servicios de salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1992.

Objetivos

Describir los métodos que se usaban en 1966 para estimar el grado de calidad de la asistencia sanitaria, y proponer algunas recomendaciones para el futuro.

Introducción

A través de los trabajos de Sheps (1), Peterson (2) y Lerner (3) el autor establece los fines de la evaluación, los problemas de definición, los criterios y patrones, los sistemas de medida, la fiabilidad de las evaluaciones cualitativas y los índices de calidad, así como la necesidad de definición del episodio de atención del paciente y de la utilización de métodos válidos y fiables para la medida y evaluación de la asistencia sanitaria, basados en definiciones y criterios objetivos.

Para establecer una definición de la calidad Donabedian realiza un análisis de las existentes hasta la fecha y establece las alternativas metodológicas y de enfoque para su evaluación en función de las dimensiones y criterios que se elijan entre los múltiples posibles.

Modos de enfocar la evaluación: ¿qué se debe evaluar?

Donabedian considera que la utilización de los resultados de la atención médica como indicadores de calidad (tasas de mortalidad, letalidad, etc.), ofrece ventajas al aportar datos concretos. Sin embargo, le parece difícil determinar si el resultado refleja el aspecto de la asistencia sanitaria que pretendemos evaluar o si influyen en él otros de los factores que determinan la atención médica. Por ello el autor ya recomienda la utilización de estudios comparativos de los resultados en situaciones controladas.

En cuanto a la estructura, considera que aunque puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc.

El autor procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines"; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo.

Considera importante la selección uniforme de aspectos significativos de la atención: cómo se cumplen las tareas en ciertas situaciones clínicas; distinguiendo

entre la evaluación de la atención realmente provista y la capacidad de proporcionarla, planteando ya entonces problemas de variabilidad en la práctica médica y la dificultad de su medida.

Fuentes de información

El enfoque adoptado determina en gran parte los métodos que se usarán para recoger la información requerida. Sin embargo el autor considera que las cuatro fuentes de información más importantes son:

- *Las historias clínicas:* señalando las limitaciones propias de la información que contiene (datos completos, precisos y veraces), y que hace treinta y cuatro años prácticamente solo se utilizaban para evaluar la atención hospitalaria.

- *La observación directa por un colega cualificado:* teniendo en cuenta el efecto Hawthorne—consecuencia de que el médico se sabe observado—la objetividad del observador.

- *Enfoque sociométrico:* cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias expresan con sentido crítico opiniones válidas sobre la capacidad de sus colegas de brindar atención de alta calidad.

- *Método autorreferencial:* al comprobarse que los propios profesionales son bastante perspicaces cuando juzgan la eficiencia de las organizaciones en las que trabajan.

Patrones de medida

La medida depende de los patrones, que deben establecerse en función del fin de la evaluación: 1) patrones empíricos, derivados de la práctica y empleados para comparar la atención médica en un ámbito con la de otro; y 2) patrones normativos: derivados de las fuentes que fijan las normas del conocimiento y la práctica en el sistema de atención médica predominante. El autor considera que cuanto más generales sean los patrones, más dependerá la interpretación del evaluador. Sin embargo, la revisión de la calidad de la asistencia sanitaria debe ser lo más objetiva posible, teniendo en cuenta el mayor número de dimensiones. Así mismo analiza los problemas que presentan las distintas escalas de medición aunque, en opinión del autor, el principal radica en la forma de ponderación de los distintos elementos en el total.

Fiabilidad

El mecanismo principal para lograr un mayor grado de fiabilidad es la especificación detallada de criterios, patrones y procedimientos empleados para evaluar la

atención. Analizando también los problemas derivados de los sesgos de observación.

Validez

Para Donabedian la eficacia de la atención para lograr salud y satisfacción, según la definición de una sociedad o subcultura particular para cada uno de sus miembros, es el elemento fundamental de comprobación de la validez de la calidad de la misma; sin embargo la conformidad de la práctica con los patrones aceptados presenta validez parcial que puede ser más pertinente en algunos casos.

En muchos estudios se trata de analizar la relación entre las propiedades estructurales y la evaluación del proceso de atención, sin que se haya comprobado dicha relación. Aunque considera indudable la relación entre la estructura y el proceso, la complejidad y ambigüedad de las relaciones depende de la gran variedad de factores que intervienen.

Índices de atención médica

La evaluación multidimensional de la atención médica parece ser una empresa costosa, por ello continúan buscándose datos específicos fácilmente mensurables que proporcionen información sobre la calidad de la atención médica; el requisito principal es que se puedan medir con facilidad y que tengan una validez razonable. Aunque la precisión e integridad de la información básica pueden ser dudosas. La búsqueda de formas fáciles de medir un fenómeno tan complejo como la atención médica podría ser un sueño imposible.

Conclusiones

El autor trata de dar una idea de los diversos enfoques y métodos empleados para evaluar la calidad de la atención médica, señalando una serie de aspectos que merecen consideración, por los problemas que se derivan de ellos. Le parece que se dedica un gran esfuerzo a la formulación de criterios y patrones que presuntamente den estabilidad y uniformidad a cualquier juicio emitido sobre la calidad, y sin embargo, este presunto efecto no se ha demostrado empíricamente.

(1) Sheps MC. Approaches to the quality of hospital care. Public Health Reports 1955; 70:877-886.

(2) Peterson L. Evaluation of the quality of medical care. N Engl J Med 1963; 269:1238-1245.

(3) Lerner M, Riedel DC. The teamster study and the quality of medical care. Inquiry 1964; 1:69-80.

Comentario

Releer a Donabedian es siempre recomendable, la actualidad de sus aportaciones a la mejora de la calidad, a pesar del tiempo transcurrido desde que se escribieron sus artículos, es indudable.

Este artículo constituye uno de los hitos en la historia de la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, introduciendo una de las primeras definiciones de *proceso asistencial*, tan en boga en la actualidad en entornos de gestión de calidad total, como un continuo que desagrega en: estructura, proceso y resultado. Aunque el autor se centra casi exclusivamente en

la interacción médico paciente en la evaluación de la asistencia sanitaria, la diferencia estriba en que ahora tenemos en cuenta no solo a los médicos, sino al resto de los actores que intervienen en el mismo (1). Sin embargo, el mismo autor en el artículo más reciente que ha publicado (2) considera que la contribución de la gestión de calidad total a nuestro medio la hace menos autoritaria, más participativa, más humana y probablemente más eficaz que el sistema tradicional. En este sentido contribuirá sin duda ninguna el desarrollo de nuevos sistemas de información que

posibilitará el análisis riguroso de la asistencia sanitaria teniendo en cuenta otros aspectos que podrían llegar a hacer realidad "un sueño imposible" en 1966.

Susana Lorenzo

Fundación Hospital de Alcorcón

(1) Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:245-246.

(2) Donabedian A. El pasado y el futuro a los ochenta años. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:785-787.

BASES DE DATOS: Eco-Salud OCDE 99 y EXPENDATA 1999

Eco-salud OCDE 99

Eco-Salud es la base de datos que contiene la información más completa sobre los sistemas sanitarios de los 29 países miembros de la OCDE. Paralelamente, se suministran datos demográficos, económicos y sociales que complementan a los primeros. La base cubre los años comprendidos entre el período de 1960-1997, incluyendo alguna proyección para 1998.

El programa informático ha sido creado conjuntamente por la OCDE y el CREDES. Su utilización está pensada únicamente para PC en entorno Windows 95/98/NT, ofreciendo la posibilidad de elegir entre cuatro idiomas diferentes: francés, inglés, alemán y español. Su utilización es sencilla y amigable, permitiendo trabajar con los datos y generar gráficos a partir de ellos. Los menús son bastantes completos y permiten que el usuario se familiarice con el funcionamiento del programa de manera rápida y sencilla. Entre las herramientas más útiles destaca la posibilidad de exportar las tablas a otros programas, de esta forma podemos manipular los datos elegidos en Excel o en cualquier hoja de cálculo. Un hecho destacable es la posibilidad de actualizar los datos por internet, lo que permite mantener al día la versión. Del mismo modo, incluye una útil herramienta para realizar mapas a partir de los datos del programa, lo que permite la preparación de transparencias en las que se mezclan de forma perfecta los datos con la región geográfica.

La presentación de los datos se realiza agrupados en 10 capítulos: estado de salud; recursos médicos; utilización de recursos médicos; gasto sanitario y financiamiento; financiamiento y remuneración; seguridad social; mercado farmacéutico; determinantes no médicos de la salud; referencias demográficas; y referencias económicas.

Todos estos datos pueden obtenerse para un país, para un grupo de países o para todos los países miembros de la OCDE, lo que permite su comparación.

Entre los aspectos mejorables de esta edición destaca la traducción al castellano. El problema no radica en el uso del español utilizado en América Latina con vocablos como *estipendio* en lugar de *gasto*, sino en la imprecisión y el poco rigor empleado a la hora de presentar la versión en español. Valga como muestra la elección de las unidades en las que en la versión española se ofrecen dos posibilidades a precios constantes: una utilizando los precios del PIB de 1995 y otra denominada unidades monetarias nacionales de 1995. Sin embargo, en la versión anglosajona se descubre que la segunda corresponde a los precios sanitarios constantes, lo que no está reseñado en la versión en español. Esperemos que estos errores se subsanen en la futura versión que está a punto de aparecer.

El precio de este paquete ronda las 60.000 pesetas el primer año, siendo las renovaciones sensiblemente más baratas al no alcanzar las 15.000 pesetas.

EXPENDATA 1999

Esta base de datos ha sido diseñada principalmente para dar información relativa al Gasto Sanitario en la Comunidad de Madrid, desde sus diferentes vertientes. Sin embargo, también se facilitan datos relacionados con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid (indicadores sanitarios, recursos, actividad asistencial, etc.). Esta nueva base de datos tendrá carácter anual, lo que permitirá recoger información estadística de manera continua de los indicadores demográficos, sanitarios y económicos de la Comunidad de Madrid.

La aplicación informática que incorpora presenta las siguientes funciones: Información de las diferentes variables existentes en la base de datos; tablas y gráficos; mapas, esta opción permite visualizar los datos de una determinada variable según la zonificación sanitaria existente en la Comunidad de Madrid; y, por último, se ofrece también la opción de exportar datos, tablas y gráficos a otros paquetes informáticos.

En EXPENDATA los datos se clasifican en los siguientes capítulos: indicadores de salud; referencias demográficas; recursos sanitarios; gasto sanitario y financiación; datos económicos; y distribución geográfica de los recursos.

Los datos cubren el período 1986-1995, aunque en algunas series su disponibilidad es menor. Este es uno de los aspectos que deberán ampliarse en las futuras ediciones, ya que el desfase temporal parece excesivo. Por ejemplo las tasas de mortalidad estandarizada sólo recogen los años comprendidos entre 1987 y 1991, lo que sin duda no permite realizar ningún tipo de análisis. En esta misma línea, se debería hacer un esfuerzo por incorporar a la base los años anteriores a 1986,

ya que esto permitiría tener una mejor visión de la evolución de los indicadores sanitarios en la Comunidad de Madrid.

Por otro lado, se podrían añadir algunos grupos de variables. Entre ellos cabría citar los determinantes no sanitarios de la salud. Estadísticas sobre la temperatura, precipitaciones o calidad del aire se pueden incluir sin mucho esfuerzo, ya que están disponibles.

Del mismo modo, sería muy interesante contar con datos sobre el consumo de tabaco y de alcohol en la Comunidad de Madrid, así como con otras estadísticas que reflejasen los estilos de vida.

En cuanto a los datos sobre población y mercado de trabajo se podrían añadir algunos datos reflejados en la Encuesta de Población Activa que completarían bastante los ya recogidos. Este es el caso de la duración del desempleo, especialmente en el caso de los parados de larga duración, ya que esta variable tiene una correlación importante con algunas enfermedades. En esta misma línea, se podría haber incluido los datos provenientes de la Contabilidad Regional de España publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

En resumen, esta base de datos supone un esfuerzo muy importante en la sistematización y ordenación de las estadísticas sanitarias de la Comunidad de Madrid. Su continuidad y segura ampliación harán que se convierta en un instrumento imprescindible para todos aquellos que estamos interesados en la gestión y política sanitaria.

El precio de esta base de datos es de 16.000 pesetas. Sin que se sepa aún cuál será el coste de su renovación.

Álvaro Hidalgo Vega

Profesor Titular de Fundamentos del Análisis Económico. UCLM.
Fundación Gaspar Casal

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA (GCS)

INFORMACIÓN PARA LOS LECTORES

Responsable Editorial

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

Publicidad

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

Suscripción anual

Normal: 6.000 ptas.
Reducida*: 4.000 ptas.
Números sueltos: 2.000 ptas.

* Aplicable a estudiantes de licenciatura y en los 5 años siguientes a la finalización de la misma.

Números deteriorados y pérdidas

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

Patrocinio

GCS es patrocinada por NOVARTIS FARMACÉUTICA, SA.

Defensor del lector

Salvador Peiró
email: iiss_mr@arrakis.es

Protección de datos personales

GCS mantiene un fichero de suscriptores. Ocasionalmente esta lista puede ser facilitada a Sociedades Científicas u otras entidades para fines publicitarios compatibles con los propósitos de GCS. Los suscriptores pueden quedar excluidos de estos usos informando a GCS.

Objetivos

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

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

Criterios de selección

Todos los originales y revisiones publicados en revistas científicas son susceptibles de selección, siempre que se refieran a un tema de utilidad para la gestión clínica, de centros sanitarios o las políticas sanitarias.

En términos generales, se consideran criterios de calidad metodológica y, por tanto, de selección: los trabajos con asignación aleatoria de los participantes o de los grupos de comparación; con seguimiento superior al 80% de los participantes; que utilizan medidas de resultado de reconocida importancia; y cuyo análisis es consistente con el diseño del estudio.

Los resúmenes en GCS deberían seguir –cuando sea posible– los estándares publicados sobre resúmenes estructurados, aunque pueden alcanzar hasta 450 palabras. El conjunto de resumen y comenta-

rio no debe superar las 750 palabras. El comentario debería señalar lo que aporta el trabajo seleccionado respecto al conocimiento previo, qué aspectos limitan su generalización y qué utilidad puede tener en el contexto español. Los envíos deberían hacerse vía email o mediante disquete, evitando dar excesivo formato al texto y en los procesadores de texto usuales.

Publicidad

Los editores aceptan publicidad bajo la condición expresada por el anunciante de no contravenir la normativa legal ni los requerimientos legales sobre marcas registradas. Toda la publicidad está sujeta a su aprobación por los editores que evitarán especialmente la que consideren no compatible con los objetivos de GCS o sugiera discriminación por raza, sexo, religión, edad u otros motivos.

Conflicto de interés

GCS es una publicación independiente. Aunque GCS cuenta con el patrocinio de NOVARTIS FARMACÉUTICA, la firma –completamente respetuosa con la independencia de la revista– no interviene en ninguna de las fases del proceso de selección o tratamiento de los contenidos, cuya responsabilidad corresponde exclusivamente a los editores.

De otro lado, los editores, las instituciones que dan soporte a GCS o el patrocinador no necesariamente comparten las opiniones expresadas en los textos de GCS.

Copyright

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA-GCS es una marca registrada de la Fundación IISS. La reproducción de los contenidos de GCS no está permitida. No obstante, GCS cederá gratuitamente tales derechos para finalidades científicas y docentes.