

SUMARIO

EDITORIAL:

Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones 79

SECCIÓN 1: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA E INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

La enfermería de atención primaria obtiene resultados similares a los de los médicos 82

La relación médico-industria farmacéutica afecta la prescripción 83

SECCIÓN 2: EFECTIVIDAD: TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, EFECTOS ADVERSOS

Diagnóstico prenatal del síndrome de Down: ¿un modelo de "ITV" para el embarazo? 84

Visitar al médico aumenta la probabilidad de consumir medicamentos, y más en los niños pequeños 85

Las contraindicaciones de los diuréticos y betabloqueantes no explican su escasa utilización en el tratamiento de la hipertensión arterial en atención primaria 86

SECCIÓN 3: CALIDAD Y ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Los problemas de entendimiento en la prescripción se asocian a la falta de participación del paciente 87

La supervivencia estimada por los médicos en los enfermos terminales es casi siempre superior a la real: posibles consecuencias para la provisión de cuidados paliativos 88

En entornos altamente informatizados es factible aplicar medidas para reducir el uso inadecuado de los tests diagnósticos en los pacientes hospitalizados 89

¿Qué importancia tiene el error clínico en el uso innecesario de antibióticos? 90

SECCIÓN 4: EVALUACIÓN ECONÓMICA, COSTES, PRODUCTIVIDAD

¿Qué técnica diagnóstica prefieren los pacientes? Angiografía por resonancia magnética vs angiografía por rayos-X 91

El consejo médico es una estrategia eficiente para el tratamiento del hábito alcohólico 92

La utilidad de la evaluación económica para mejorar las decisiones sanitarias 93

La vacuna pneumocócica conjugada es coste-efectiva en niños sanos 94

El realizar dos proyecciones mamográficas en el cribado de cánceres de mama incidentes, solo es coste-efectivo cuando se realiza doble lectura 95

SECCIÓN 5: UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

¿Se puede establecer el número apropiado de camas de cuidados intensivos? 96

La relación entre tasas de mortalidad y volumen de transplantes de los centros debe considerarse en su planificación y acreditación ... 97

SECCIÓN 6: INSTRUMENTOS Y MÉTODOS

Presupuestos para Equipos de Atención Primaria: Manejar con cuidado 98

La satisfacción del usuario tras elegir un plan de salud y antes de experimentar el servicio: cómo medirla y qué factores la afectan 99

Un esquema racional para mejorar el seguimiento de las Guías de Práctica Clínica 100

Implantar soluciones requiere poder 101

SECCIÓN 7: POLÍTICA SANITARIA

La dudosa eficacia de los contratos-programa en el NHS 102

¿Se aseguran en Cataluña privadamente los más ricos o los más enfermos? 103

No solo de "evidencia" vive el establecimiento de prioridades sanitarias 104

Luces y sombras de los incentivos financieros a los médicos de atención primaria en EE.UU. 105

El envejecimiento demográfico y la demanda futura de servicios sanitarios: ¿Más personas mayores y más enfermas? 106

SECCIÓN 8: POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA

La mejoría clínica no justifica el tratamiento rutinario con antibióticos a todos los niños entre 6 y 24 meses con otitis media aguda 107

La influencia de las listas de espera en la demanda de seguros sanitarios 108

SECCIÓN 9: LOS INFORMES DE LAS AGENCIAS DE EVALUACIÓN

No existe suficiente evidencia científica sobre el cribado poblacional del cáncer de próstata 109

SECCIÓN 10: INVESTIGACIONES QUE HICIERON HISTORIA

Para tomar decisiones, los costes importantes son los costes marginales 110

SECCIÓN 11: REDADA. RECURSOS SANITARIOS EN WWW

ImpAct: Impulsar el cambio y la acción 111

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 (Zaragoza)
Xavier Bonfill (Barcelona)
Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
José Cuervo Argudín (Barcelona)
Cristina Espinosa (Barcelona)
Jordi Gol (Madrid)
Beatriz González 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)
Jesús 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 Gervas (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 Casanovas (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

Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones

Guillem López-Casasnovas

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

EN toda organización, la buena gestión de los recursos de los que ésta dispone resulta clave para la eficiencia con la que desempeña su misión. Entre dichos recursos, los humanos ocupan un lugar crucial; particularmente en aquellas organizaciones que prestan servicios en las que la calidad se asocia a las actitudes y aptitudes de su personal, en contacto con los usuarios. Si además dichas organizaciones son de naturaleza trabajo intensiva (la productividad derivada de las innovaciones tecnológicas se muestra más en el valor añadido del servicio que en la capacidad del capital para sustituir trabajo), como es el caso de las sanitarias, lo que acontezca con la política de personal resultará decisivo para el futuro del servicio.

Los organigramas organizativos no son exógenos a la gestión

A la hora de afrontar dichos retos, conviene considerar algunos extremos: en primer lugar, que la gestión de recursos humanos es algo más que la administración de nóminas. En segundo lugar, es importante darse cuenta de que los organigramas deben ser endógenos a la gestión, y no algo dado prefijado por la normativa, a los que las personas se adhieren de modo rutinario. A este respecto, cabe buscar compromisos óptimos entre centralización y descentralización en el gobierno de las instituciones, lo que requiere identificar qué centros de coste son susceptibles de configurarse como centros de responsabilidad (con autonomía para llevar a término unos objetivos pactados en la organización). Todos estos elementos forman parte de las diferencias básicas que dan contenido a las nociones de "administración" con relación a "gestión", que se pueden encontrar en la mayoría de manuales al respecto (1).

En la práctica, la instrumentación de toda política de personal tiene dos ingredientes fundamentales: la política de rentas (determinación salarial en general) y la política de empleo (oferta de plazas y configuración de puestos de trabajo). Ambos han de ser contemplados al unísono, sin que la combinación de sus efectos en el conjunto del gasto en personal (capítulo primero de los presupuestos públicos) oscurezca sus distintos determinantes. Ello viene a cuento, porque, tal como hemos explorado en otros trabajos (2, 3), existe la tendencia en el sector público (y hay contrastaciones concretas para el ámbito sanitario) a buscar el control de la masa salarial total por la vía más sencilla, a golpe de BOE, limitando rígidamente los crecimientos retributivos de los funcionarios públicos, al coste de mantener una política "blanda" en materia de incremento de plantillas. Dejar erosionar regularmente, como se ha hecho en España con muchos

empleados públicos, la capacidad adquisitiva de sus remuneraciones (en relación, por ejemplo, al IPC o a la evolución media de los salarios en los sectores no agrícolas de la economía), cuando no se controla, por parte de quien la determina, la carga de trabajo que dichos profesionales asumen, puede resultar una política muy desacertada. En efecto, los funcionarios, al disfrutar de asimetrías en la información que les permiten inducir o disminuir actividad, pueden responder al aumento del coste de oportunidad del desempeño de su puesto de trabajo en el sector público (menor retribución relativa a la de otros profesionales) con una disminución de la carga de trabajo efectivamente realizado. Dados unos ingresos que fluctúan en términos reales, los perjudicados por la anterior política de rentas reaccionarán tratando, por ejemplo, de minimizar la desutilidad derivada del trabajo: así, en el sistema sanitario, buscando sustituir horas de atención por horas de autoformación o disfrute de actividades que mejor satisfagan sus conveniencias, aun siendo respetuosos con el horario de trabajo preestablecido, que actuaría como restricción global.

El "esto a mí no me toca" como síntoma

Ello se expresará en una reducción de la productividad aparente (*escaqueo*, "esto a mí no me toca", remisiones a otros servicios o dispositivos del sistema, etc.: en términos anglosajones "*shirking*", "*working by the rule*" y "*slackness*"), que gerentes y políticos han de combatir con incrementos de plantilla para mantener unos mismos servicios. En consecuencia, la reducción en la carga unitaria efectiva obliga a un aumento de personal. Políticamente, ello incluso puede tener lecturas favorables, satisfaciendo determinados *lobbies* corporativos (médicos en paro, titulados de grado medio en gestión, en exceso de oferta en el mercado de trabajo), que buscarían el primer empleo público no tanto por el salario como por su estabilidad, tenue presión gestora, status y laxa compatibilidad, en algunos casos, con el ejercicio privado. Además, el mantener un cierto "ejército industrial de reserva" (*mirs-mestos* en versiones actuales), pugnando por acceder al sistema público, no deja de ser una coartada, por lo demás, para mantener una política retributiva dura para los profesionales ya en ejercicio.

El resultado final de la separación de ambas políticas (en nuestro país, una en manos del Ministerio de Administraciones Públicas –la RTP (relación de puestos de trabajo) en el MAP, o en los Ministerios sectoriales –Ofertas públicas de empleo–, y otra en la Dirección General de

Presupuestos del Ministerio de Economía y Hacienda hasta hace poco) es previsible. Ante una determinada coyuntura favorable (mejora del ciclo y de los ingresos presupuestarios), una huelga de médicos, un escándalo mediático en listas de espera –tanto aquí como en el Reino Unido–, acaba desencadenando una política de recuperación salarial ("catching up"), ya directamente o por otras vías indirectas (autoconcertación, horas extras, guardias "localizadas"), que se aplica, por lo demás, a plantillas más numerosas y relativamente hinchadas. En general, por tanto, y es el primer punto que deseamos destacar en este editorial, la decisión de si retribuir mejor a cambio de una mayor productividad, o mantener la retribución a cambio de un menor esfuerzo productivo (pagar igual para hacer efectivamente menos), no resulta inocuo para la política de recursos humanos en una organización que se gestione con criterios de servicio público.

Dicho lo anterior, las aplicaciones correctivas de la situación comentada resultan de imposible generalización para todos los colectivos y para todo tipo de instituciones. De modo que con la anterior valoración no podemos dar más que una cálida bienvenida al esfuerzo de algunas instituciones sanitarias que han empezado a definir las carreras profesionales en el seno de sus organizaciones, aunque continúan algunas incógnitas acerca de qué contenido material deban éstas tener.

Cierto es que existen premisas evidentes. Ya en la sanidad pública, ya en el sistema educativo, existen demasiado pocos escalones en la escala retributiva. Después de un período muy largo de formación, con un capital humano en el que el individuo y el propio sistema público han invertido muchísimos recursos, los primeros salarios de los médicos son muy bajos como para favorecer la dedicación y el entusiasmo en el esfuerzo, hecho que se agrava con el transcurso del tiempo, visto su escaso recorrido. Cuando la permanencia es un activo específico a la organización no es en principio deseable que un diferencial de coste de oportunidad tan elevado como el actual distorsione los propósitos anteriores por la vía de la compatibilización público-privada, o que los canales de retribución en especie (otros que los que facilita la organización: claramente para algunos, a través de determinada industria farmacéutica) adquieran un papel tan central. Más aún, para los que acceden a los puestos de trabajo, tras los períodos de especialización pertinentes –ya sean éstos "adjuntos", inspectores de finanzas del estado, profesores titulares–, el panorama no es deslumbrante: (i) unas relaciones de puestos de trabajo muy limitadas en jerarquía y en determinación de servicios –reproductores de antiguos clichés, que nada tiene que ver con una mayor funcionalidad de oferta, poco pensados como pensaría un usuario, y de las que la organización en servicios clínicos hospitalarios resulta paradigmática, y (ii) gradaciones en la escala retributiva regladas (complementos, niveles) y sin apenas amenaza de relegación, y por supuesto de promoción por otras vías que no sean las políticas (con el consecuente aumento de los costes de influencia) o extraprofesionales (pérdidas u obsolescencia de capital humano: buenos académicos y malos gestores).

Algunos argumentan que las "ventanas" del futuro profesional por las que se pueden asomar los empleados públicos son más transparentes que las privadas, y que ello favorece los procesos de auto-selección. Aun pudiendo ser ello cierto, la dinámica negativista que introduce y la excesiva inercia con la que se mueve la política de personal, son costes posiblemente demasiado elevados. En particular, éste es el caso del sistema sanitario, en el que la innovación tecnológica y las expectativas sociales requieren una mayor adaptación al entorno que la que posibilitan, en términos generales, las administraciones burocráticas.

Estatuto frente a régimen laboral

Una segunda cuestión se refiere necesariamente al grado de interferencia que pueda tener en el diseño de una futura carrera profesional la modificación del estatuto marco.

En efecto, el grado en el que toda reforma de la gestión sanitaria pública queda de hecho supeditada a la transformación del estatuto de sus profesionales continúa siendo un tema abierto de aristas múltiples. Como bien señala Del Rey y Gala (4), la discusión no se debería centrar ya hoy, posiblemente, tanto en la necesidad de una normativa estatutaria propia, específica del personal sanitario, como en el contenido concreto que a ésta se debe dar. Recuérdese que, en general, se trata de una regulación de los años sesenta (Decreto de 23 de diciembre de 1966, Órdenes de 26 de abril de 1973 y de 5 de julio de 1971), muy alejada de las realidades de hoy.

En general, cuando se focaliza la discusión simplemente en contraponer la figura administrativa a la laboral, aparecen algunos tópicos que conviene desarmar. Es cierto que los trámites, controles, salvaguardas que rodean la modificación de la estabilidad estatutaria en la función pública, casi imposible en la práctica sin un riguroso expediente disciplinario, supone un importante handicap para la adaptación a nuevas necesidades, tal como antes comentamos. Pero conviene recordar que la estabilidad no tiene valor en sí mismo, sino en la medida que se traduce en aspectos que tienen que ver con la profesionalidad, la inversión en capital humano, en el compromiso del trabajador con la organización, en compartir valores culturales, etc., lo cual, dicho sea de paso, tampoco garantiza la actual normativa estatutaria. Basta comprobar cómo muchos de los mismos profesionales, que recomiendan a los suyos los servicios sanitarios públicos por su mayor calidad asistencial para los problemas importantes, son quienes critican, e incluso denuncian a las propias instituciones públicas en las que trabajan, mostrando niveles de lealtad muy escasos. Ello produce esta curiosa situación en la que los usuarios valoran muy positivamente los servicios asistenciales públicos (caso, por ejemplo, del Instituto Catalán de la Salud, en Cataluña, según las encuestas disponibles), y que sean a la vez algunos de sus destacados profesionales quienes trasladen su insatisfacción por distintos temas (entre ellos los retributivos) a la ciudadanía y a

los medios de comunicación, con el correspondiente impacto político. En este sentido autores como Klein (5) entrevén en las reformas sanitarias la ruptura del pacto histórico establecido en el sistema sanitario entre políticos y médicos. Según dicha interpretación, el pacto inicial consistió en extender la financiación pública a la actividad de los profesionales, para que a cambio de un comportamiento "razonable" en costes no vieran los profesionales interferida su libertad clínica. El gerencialismo, al interponer la economía en dicho pacto, ha venido a minar la confianza mutua previamente existente sobre los términos de la relación.

Estabilidad no es rigidez

Vemos sin embargo, que la estabilidad no puede confundirse con la rigidez, no siendo en ningún caso la rigidez procedimental garantía de profesionalidad e imparcialidad en el desempeño de un puesto de trabajo. En lo que atañe en concreto a la flexibilidad interna, esto es, en lo que se refiere a la gestión de los recursos humanos, el lastre del régimen estatutario en relación con el régimen laboral se sitúa en el carácter centralizado del primero, frente al segundo, en el que rige lo acordado, básicamente, en la negociación colectiva. Las limitaciones presupuestarias, la elevada homogeneización de las condiciones de trabajo, el peso dado al principio de igualdad, etc., tienen más que ver, por lo tanto, con el estatismo centralista dominante en la regulación pública (a nuestro entender, como leyes orgánicas las leyes de función pública debieran ser realmente de bases, de mínimos, y no tan intervencionistas en el detalle) que no con la misma naturaleza de los estatutos específicos o sectoriales. Es en el marco estatutario en el que la voluntad del empleador alcanza unas mayores posibilidades de incidencia en las condiciones de trabajo, exigiendo para su modificación tan sólo la existencia de "necesidad asistencial" y la "no-concurrencia de abuso de derecho". En dicha materia, y no en las relativas a la regulación de jornada o en política salarial (para la que el principio de derecho adquirido rige en lugar del de la condición más beneficiosa que impera en el ámbito laboral), como remarcan Del Rey y Gala (4), el marco estatutario ofrece ventajas con relación al régimen laboral. Con ello queremos destacar que el enrocamiento de la política de personal en la actual situación quizás no se deba tanto a la normativa como a la naturaleza de los entes gestores, por lo que, en el margen, algunas reformas organizativas (consorcios o fundaciones sanitarias públicas) puede que acaben posibilitando una utilización menos timorata, políticamente hablando, que la actual indefinición observada acerca de quién es responsable de qué en las políticas de recursos humanos.

En resumen, la segunda idea que quieren resaltar los párrafos anteriores es que la descentralización y la autonomía pueden ofrecer algunos elementos de suficiencia, más allá de los estrictamente necesarios (ligar las políticas de rentas y de empleo), para la reforma de la gestión del personal sanitario.

Los costes de más gobierno clínico

Y la tercera y última idea que deseamos aquí comentar: ¿cómo afrontar los costes que el nuevo contexto (más autonomía, más gobierno clínico) pueda generar?

Una primera aproximación sería la de afrontar la situación abiertamente: los costes encubiertos a veces son de más difícil gestión que los que se afloran. En este sentido, la falta de una carrera profesional genera también costes (algunos de ellos en especie, menor productividad, falseamiento de jerarquías, etc.) de modo que la cuestión se puede remitir a qué tasa de descuento se desee aceptar en la toma de decisiones en materia de política sanitaria, hasta ahora, demasiado pendiente del estricto día a día en la gestión (suficiencia financiera y economicismo cultural). Una segunda aproximación sería más "reduccionista". Especifiquemos la carrera profesional deseable, y graduemos sus efectos en el tiempo. Quizás una estrategia, similar a la aplicada en el Reino Unido, podría ser útil. Ésta consistiría en acumular *grados* en la etapa profesional en activo, vistas las consecuciones en programas de salud, la realización de una buena medicina bien reflejada en la correspondiente gestión clínica, efectiva y eficiente, la participación activa en proyectos de salud comunitaria, y que se "liquidarían", monetariamente hablando, en el momento de la jubilación. En efecto, éste suele ser el momento en el que mayor es la utilidad marginal de la renta, cuando menor es la renta devengada y ya no son posibles otras formas de remuneración o de satisfacción individual. Durante la trayectoria individual, el resto de consecuciones ("*awards*") son parte de un curriculum que ofrece diferentes ventajas en especie (status, proyección en investigación, posibilidades de trabajo multicéntrico, etc.). Dicha aproximación, por supuesto, tiene la ventaja añadida de tener un impacto financiero retardado en el tiempo, que permite la realización de las previsiones oportunas y su inclusión, complementaria o sustitutiva, en las negociaciones salariales de cada momento.

En definitiva, tanto en éste como en otros terrenos de las reformas sanitarias, nunca el viento es bueno para aquél que no sabe a dónde se dirige. Pero sí se sabe, la imaginación es importante para saber cuándo no sembrar vientos si no se quieren recoger tempestades y cuando incluso una marejadilla puede resultar favorable.

- (1) Albi E. et al., *Gestión Pública*, Ariel 1997.
- (2) López-Casasnovas G (1993 a). Políticas salariales y de empleo en el sector público español. Fundación BBV. Documenta. Diciembre.
- (3) López-Casasnovas G (1993 b). Oferta de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público. Hacienda Pública Española 1/1993, pp. 45-68.
- (4) Del Rey y C. Gala (1997). Normativa laboral y normativa estatutaria en el ámbito del personal sanitario: Nuevas perspectivas para una antigua polémica. Colegio de Economistas de Cataluña, mimeo.
- (5) Klein R (1989). *The Politics of the NHS*, Longman, Londres, 2a edición.

La enfermería de atención primaria obtiene resultados similares a los de los médicos

Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, Friedewald WT, Siu AL, Shelanski ML. Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. A Randomized Trial. JAMA 2000; 283: 59-68.

Contexto

Los estudios sugieren que la calidad de los cuidados de atención primaria ofrecidos por enfermeras practicantes o por médicos, son similares. Sin embargo, estos trabajos no analizan consultas de enfermeras practicantes que tengan el mismo nivel de autonomía que la de los médicos que actúan como control, y tampoco comparan directamente los resultados en los pacientes atendidos por enfermeras practicantes o por proveedores médicos.

Objetivo

Comparar los resultados en pacientes asignados aleatoriamente a una enfermera practicante o a un médico, para un seguimiento de atención primaria tras una visita a un departamento de urgencias.

Diseño

Ensayo clínico aleatorio desarrollado entre agosto de 1995 y octubre de 1997, entrevistando a los pacientes a los seis meses de la primera visita, y considerando la utilización de servicios a los seis meses y al año de la cita inicial.

Población

Cuatro consultas de atención primaria basa-

das en la comunidad (17 médicos) y una consulta de atención primaria (7 enfermeras practicantes) en un centro médico académico urbano. De los 3.397 adultos inicialmente cribados, 1.316 (edad media 45,9, 76% mujeres, 90,3% hispanos) sin fuente regular de cuidados sanitarios y que asistieron a la primera cita, fueron asignados aleatoriamente a una enfermera practicante (n= 806) o a un médico (n=510).

Mediciones de los resultados principales

La satisfacción de los pacientes después de la primera visita (basada en un cuestionario de 15 preguntas); el estado de salud (SF-36), satisfacción y test psicológico administrado seis meses más tarde; utilización de los servicios (obtenida de los registros informatizados) un año más tarde, comparando el tipo de proveedor.

Resultados

No se hallaron diferencias significativas en el estado de salud de los pacientes (enfermeras practicantes versus médicos) a los seis meses ($p=0,92$). Los resultados de los tests psicológicos para los pacientes con diabetes ($p=0,82$) o asma ($p=0,77$) no fueron distintos. Para los pacientes con hipertensión, la presión diastólica

fue significativamente inferior para los pacientes tratados por enfermería (82 vs 85 mmHg; $p=0,04$). No se apreciaron diferencias significativas en la utilización de servicios a los seis meses o al año. Las puntuaciones de satisfacción a los seis meses diferían para una de las cuatro dimensiones (atributos del proveedor), en la que los médicos tenían una puntuación superior (4,2 vs 4,1 en una escala en la que 5 es excelente; $p=0,5$).

Conclusiones

En una situación de atención ambulatoria en la que los pacientes fueron asignados aleatoriamente a una enfermera practicante o a un médico, y donde la enfermera disponía de la misma autoridad, responsabilidad, productividad y requerimientos administrativos y la misma población que los médicos de atención primaria, los resultados fueron comparables.

Fuente de financiación: Division of Nursing, Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services. The Fan Fox and Leslie R. Samuel Foundation y The New York State Department of Health.

Dirección para correspondencia: Mary O. Mundinger, Columbia University School of Nursing (e-mail: mm44@columbia.edu).

Comentario

Para valorar adecuadamente los resultados de este estudio, es preciso conocer que en diversos estados de Estados Unidos existe la figura de la enfermera practicante que goza de la capacidad de ejercer libremente, ingresar pacientes en el hospital y prescribir determinados fármacos, adquiriendo unas responsabilidades prácticamente equivalentes a las de los médicos de atención primaria. Las diferencias en el nivel retributivo entre ambos colectivos han despertado el interés de las compañías aseguradoras por demostrar que no existen diferencias en los resultados asistenciales de ambos profesionales. Este movimiento no sólo se ha producido en el continente americano, sino que en Europa también existen trabajos que avanzan en el mismo sentido. Se han publicado estudios que muestran que la labor sistemática de enfermería es más efectiva que la de los médi-

cos en el seguimiento de patologías crónicas, o que son profesionales tan efectivos como los médicos de familia en la atención en los problemas de salud menores. Incluso un reciente estudio multicéntrico muestra que la atención de enfermería a los pacientes que acuden al centro sin cita previa produce iguales resultados en términos de salud pero genera más satisfacción que si la respuesta la ofrece un médico. Antes de aplicar en nuestros equipos las conclusiones de estos estudios conviene interpretar adecuadamente los resultados. Estos trabajos se basan en muestras relativamente pequeñas de pacientes que presentan unas patologías muy concretas y que se siguen en períodos de tiempo muy limitado. Cabe aceptar la validez de los resultados pero no su generalización. Adicionalmente, las diferencias formativas y las de ámbito de trabajo entre los colectivos profe-

sionales del estudio y nuestra realidad asistencial tampoco permiten que podamos importar automáticamente la experiencia. No hemos de olvidar que la función asignada a los profesionales de enfermería no es la de sustituir al médico sino la de contribuir a mejorar la salud de la población a partir de los cuidados de enfermería. Sería deseable que estas evidencias sirvieran para replantear el papel que desempeña cada uno de los colectivos en el ámbito de la atención primaria de salud. Es deseable que la definición de la aportación que realiza cada uno de ellos se sustente cada vez más en evidencias científicas que en planteamientos ideológicos.

Joan Gené Badia

Divisió d'Atenció Primària
Institut Català de la Salut

La relación médico-industria farmacéutica afecta la prescripción

Ashley Wazana. Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a gift ever just a gift? JAMA 2000, 283: 373-380.

Problema

La relación existente entre la industria farmacéutica y los médicos es una fuente de constante controversia por la posibilidad de que estos contactos influyan en la prescripción de una forma que afecte negativamente bien a la calidad terapéutica de los fármacos, bien al coste de los tratamientos.

Objetivo

Identificar la extensión de los contactos entre la industria farmacéutica (a través de sus representantes) y los médicos en los EE.UU. así como las actitudes de estos últimos ante este tipo de contactos. También se evalúa el impacto de esta relación sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento (prescriptor) de los médicos.

Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura sobre el tema mediante: 1) MEDLINE (solo artículos en inglés) desde 1994 hasta la fecha de realización del artículo, 2) Una base de datos compuesta por 400 artículos y 3) Bibliografía proporcionada por 5 informadores clave. El resultado de esta búsqueda fue la revisión de 29 artículos que se consideró que contenían información relevante para el objeto del estudio.

Resultados

De los 29 artículos revisados, 16 hacían referencia a la extensión de la relación entre la industria farmacéutica y los médicos, 16 identificaban la actitud de los médicos hacia esa relación y 16 evaluaban los efectos de esta relación sobre el médico (principalmente los efectos sobre la prescripción de medicamentos).

Respecto a los artículos que hacían referencia a la relación entre la industria farmacéutica y los médicos o residentes se encuentra que esta relación empieza durante el periodo de residencia de los facultativos y que continúa una vez que éstos se integran en la práctica normal. Los instrumentos de esta relación varían, siendo más comunes los pagos para asistir a conferencias y la distribución de los fondos de investigación entre los médicos, mientras los residentes son más proclives a recibir "comidas pagadas", muestras gratuitas y regalos.

Respecto a la actitud de los médicos hacia esta relación con la industria farmacéutica, la respuesta fue el reconocimiento en un alto grado en la mayoría de los estudios revisados que podía influir sobre su comportamiento

to aunque en diferente medida dependiendo del tipo de instrumento (viajes, regalos, comidas pagadas...).

Por último, el artículo analiza los resultados encontrados por diferentes estudios de los efectos de la relación con la industria farmacéutica sobre el comportamiento de los médicos, centrándose en los efectos sobre la prescripción. Si bien se analiza estos efectos para cada uno de los instrumentos de la relación (viajes, encuentros con representantes farmacéuticos...), el resultado general que se extrae es que condiciona la prescripción en favor de los medicamentos de los patrocinadores.

Conclusiones

La relación entre los médicos y la industria farmacéutica es elevada, y parece tener consecuencias sobre el comportamiento prescriptor de los primeros.

Fuente de financiación: Ninguna.

Dirección para correspondencia: Ashley Wazana. McGill University, Montreal, Quebec, Canada. e-mail: cxwz@musica.mcgill.ca

Comentario

Este artículo, basado en una amplia revisión de los estudios realizados sobre la relación entre la industria farmacéutica y los médicos en los EE.UU., nos deja como conclusión principal el hecho que las actividades de promoción sobre los médicos parece afectar la prescripción. Este resultado no puede sorprender a nadie puesto que, como ya se ha comentado en otros artículos (1), "ninguna compañía farmacéutica daría regalos si estos no sirviesen a sus intereses comerciales". Por lo tanto, explicitada esta realidad, lo interesante es aclarar cuál es el sentido de esta incidencia sobre la prescripción. Respecto a la incidencia sobre la calidad terapéutica de los fármacos, algunos estudios (2) apuntan a las actividades de promoción por parte de la industria farmacéutica como uno de los motivos de la baja calidad en la prescripción. Respecto a la incidencia sobre el gasto, es sabido que la promoción se centra en productos nuevos, posibles sustitutos de otros de un coste menor.

Aclarado el sentido negativo de la incidencia,

veamos qué medidas se pueden plantear para la corrección de esta situación. Un artículo anteriormente citado (1) proponía los siguientes tipos de medidas: 1/ Medidas legislativas (ya implantadas en España (3), pero sin un efecto muy importante por el problema del control de este tipo de actividades). 2/ Medidas relacionadas con la actuación del SNS como mejorar la información que se les facilita a los médicos sobre los medicamentos para que su fuente principal de información (por ser casi la única) no sean los visitadores. Una medida en este sentido ayudaría a una menor vinculación de los facultativos con la industria y, según evidencia reciente (4), a mejorar la calidad de la información sobre los medicamentos existentes en el mercado. 3/ Actuar sobre las actitudes de los médicos hacia la industria farmacéutica desde la formación en pregrado. 4/ Promover entre la industria farmacéutica un "Código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos". Un conjunto de medidas como las propuestas posiblemente incidirían en: a) Una mejora de la

calidad de la prescripción, que tendría su efecto en el coste de la misma y b) Esclarecer la relación entre la industria y los médicos.

Ramón Sabés Figuera

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

- (1) Figueiras et al. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11: 297-300.
- (2) Avorn J et al. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Am J Med* 1982; 73: 4-8.
- (3) Real Decreto 1416/1994 del 25 de junio por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. BOE del 29 de junio de 1994.
- (4) Villanueva P, Peiró S, Pereiro I. Evaluación de la veracidad de la publicidad sobre hipolipemiantes y antihipertensivos apoyada en citas bibliográficas de ensayos clínicos. Comunicación presentada en las XX Jornadas de la Asociación de la Economía de la Salud. *Gac Sanit* 2000; 14(Supl 1): 30.

Diagnóstico prenatal del síndrome de Down: ¿Un modelo de "ITV" para el embarazo?

Howe DT, Gornall R, Wellesley D, Boyle T, Barber J. Six year survey of screening for Down's syndrome by maternal age and mid-trimester ultrasound scans. *BMJ* 2000; 320:606-610.

Objetivo

Evaluar la efectividad del diagnóstico prenatal del síndrome de Down mediante valoración de la edad materna y realización de una ecografía en el segundo trimestre del embarazo.

Diseño y sujetos de estudio

Seguimiento retrospectivo 1993-1998 del registro de embarazadas de la región de Wessex (Reino Unido).

Medida de resultados

Casos de síndrome de Down identificados en el registro. Las historias clínicas fueron requeridas para estudiar los datos de laboratorio, la indicación de cariotipo, edad gestacional, y diagnóstico de visu en el momento del parto.

Resultados

Se identificaron 57 casos de síndrome de

Down en un total de 31.259 gestaciones, utilizándose para el análisis los 53 identificados durante el embarazo o en el momento del parto. La prueba del cariotipo se realizó en un 6.6% de los embarazos y se detectaron un 68% de los casos de síndrome de Down (I.C. 95%: 56%-80%), lo que supuso un valor predictivo positivo de 1.8%. No se detectaron 17 casos de síndrome de Down, 7 de ellos por haber rechazado las mujeres la realización de una prueba invasiva. En mujeres menores de 35 años de edad, la tasa de detección fue del 53% (I.C. 95%: 30%-76%). La mayoría de los casos detectados en mujeres jóvenes fueron como consecuencia de un diagnóstico de presunción ecográfico previo, mientras que en las mujeres de 35 o más años de edad lo fueron mediante la realización de un cariotipo tras una prueba invasiva.

Conclusión

La detección del síndrome de Down mediante cribado por ecografía y edad materna es más alta de lo esperado y, posiblemente, permite dudar de la efectividad diagnóstica comparada con el triple cribado bioquímico. La realización de un ensayo controlado y aleatorizado permitiría dilucidar cuál de las dos técnicas de cribado es más eficaz.

Fuente de financiación: Ninguna.

Dirección para correspondencia: Dr. Howe Princess Anne Hospital, Southampton (Reino Unido). e-mail: dth@soton.ac.uk

Comentario

A pesar de que existe evidencia científica de nivel A indicando que la ecografía no es eficaz en la mejora de los resultados de un embarazo normal (1), es difícil imaginar que en la actualidad no se indicara esta prueba como técnica de cribado. Ello es debido, posiblemente, a que la ecografía se ha convertido en una prueba de elección social. El deseo social, y sanitario, de tener un hijo sano también ha promovido la adopción de técnicas de cribado bioquímicas tan fáciles de aplicar como complejas de interpretar. Ambas pruebas, ecografía y marcadores bioquímicos, presentan valores de sensibilidad y especificidad entre bajos y medios según los diferentes estudios (1, 2), lo que unido a la muy baja prevalencia del síndrome de Down se traduce en unos muy bajos valores predictivos positivos y valores predictivos negativos muy altos. El aumento de los resultados falsos positivos que esto supone conduce a la indicación de pruebas invasivas para estudios genéticos de confirmación diagnóstica, con un riesgo importante de iatrogenia, incluido el aborto fetal que en el caso de la amniocentesis es de un 1% (3), y que en determinadas edades pueden superar los casos detectados (4). Dado que la capacidad de detección del cribado depende de la experiencia previa del

ecografista o de la adecuada construcción del modelo de regresión y de los valores de referencia poblacional, es importante destacar la necesidad de estudios como éste, más orientados a evaluar la efectividad que la eficacia. Los autores parecen concluir que hay una necesidad de comparar la ecografía con los marcadores bioquímicos como técnica de cribado ya que esta última podría estar sobrevalorada en su indicación diagnóstica. Los autores del estudio, al igual que el editorial que lo acompaña (5), obvian cualquier referencia a los efectos secundarios, al coste de las pruebas innecesarias, al punto de corte de edad de 35 años y a los bajos valores predictivos positivos del cribado, lo que supone valorar sólo el lado beneficioso de las tecnologías y contribuye a favorecer la presión social y sanitaria a la realización de las pruebas de cribado prenatal como estrategia de garantía de normalidad de un embarazo más que como de detección de anomalías fetales. Así, para garantizar la normalidad del embarazo lo que interesa es valorar los valores predictivos negativos, que son muy altos, y no los positivos, muy bajos. Visto de esta forma, el cribado prenatal es idóneo si, ignorando la existencia de riesgos, se comprueba que los valores predictivos negativos están

en torno al 99%. Desde esta perspectiva se produce una conversión del paradigma del cribado hacia lo que podríamos denominar un "modelo ITV del embarazo" en el que lo que prima es la garantía de normalidad sobre la capacidad de detección. ¡Es la salud pública al revés!

Albert J. Jovell
Fundació Josep Laporte

- (1) Aymerich M, Almazan C, Jovell AJ. Evaluación de la ecografía en el diagnóstico prenatal del embarazo. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (www.aatm.es).
- (2) Estrada MD, Jovell AJ, Aymerich M, Serra-Prat M, Gallo P. Prenatal biochemical screening for Down's syndrome during the second trimester: a meta-analysis. *International Society of Technology Assessment in Health Care*. Ottawa, Canada. May 1998.
- (3) Tabor A, Philip J, Madsen M, Bang J, Obel EB, Norgaard-Pedersen B. Randomised controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women. *Lancet* 1986;i:1287-9.
- (4) Serra-Prat M, Gallo P, Jovell AJ, Aymerich M, Estrada MD. Trade-offs in prenatal detection of Down syndrome. *Am J Pub Health* 1998; 88:551-7.
- (5) Raeburn S. Evidence based screening for Down's syndrome. *BMJ* 2000; 320:592-3.

Visitar al médico aumenta la probabilidad de consumir medicamentos, y más en los niños pequeños

Rajmil L, Ruiz C, Segur JL, Fernández E, Segura A. Factores asociados al consumo de medicamentos por la población infantil. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 214-216.

Objetivo

Analizar el consumo de medicamentos por la población menor de 15 años en Cataluña y estudiar los factores determinantes.

Tipo de estudio

Encuesta poblacional.

Diseño

Datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994 (n=2.433). Se preguntó sobre el consumo de medicamentos por los niños menores de 15 años los dos días previos a la encuesta. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, residencia, clase social, nivel de estudios, número de miembros de la familia, cobertura sanitaria), estado de salud (enfermedad crónica, restricción de la actividad en los 15 días previos a la entrevista y en el último año, accidentes en el último año y declaración de incapacidad) y visita a un

profesional sanitario en los 15 días previos. Los medicamentos se dividieron en cuatro grupos, dos de Valor Intrínseco Farmacéutico (VIF) alto (antibióticos y aspirinas o similares) y dos de VIF menos elevado (antitusígenos y vitaminas).

Análisis

Regresión logística para el consumo de cualquier medicamento y para cada uno de los 4 grupos.

Resultados

El 25,4% de los menores de 15 años habían consumido algún medicamento, este porcentaje es más elevado en los niños menores de 1 año (41%) y en el grupo de 1 a 4 años (39%). La menor edad, el tener problemas de salud, la doble cobertura, vivir en Barcelona y haber visitado a un médico incrementan la probabilidad de consumir medicamentos. La

visita a un médico y el declarar una enfermedad crónica aumentan la probabilidad de consumir medicamentos en los cuatro grupos farmacológicos considerados. El consumo de antibióticos y antitusígenos es inversamente proporcional a la edad: a menor edad mayor consumo.

Conclusión

El consumo de medicamentos por la población infantil es alto siendo más elevado en los de menor edad.

Fuente de financiación: Servei Català de la Salut.

Dirección de correspondencia: L Rajmil. Institut de Salut Pública de Catalunya. Feixa Llarga s/n, Campus de Bellvitge. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, 08907 Barcelona.

Comentario

El consumo masivo de medicamentos, en ocasiones a dosis incorrectas o para procesos en los que no son necesarios, tiene importantes costes sociales, por las reacciones adversas y efectos secundarios que originan, por su coste económico y por el abandono de remedios no farmacológicos tanto o más efectivos.

En este trabajo se pone de manifiesto el alto consumo de medicamentos por la población infantil: 1 de cada 4 niños menores de 15 años y casi 1 de cada 2 de los menores de 4 años había consumido algún medicamento en los dos días previos a la realización de la encuesta.

Destaca el hecho que la mayor accesibilidad a los servicios sanitarios (vivir en Barcelona y disponer de doble cobertura) y el haber visitado a un médico (el médico siempre tiene que recetar algo), se asocia a una mayor pro-

babilidad de consumir medicamentos, lo que orienta sobre la filosofía "medicalizadora" del sistema sanitario.

No se aportan suficientes datos en el trabajo sobre la proporción de fármacos consumido de cada grupo, aunque en la discusión se menciona que el consumo de fármacos de VIF bajo es más elevado. Aunque no es posible, con los datos de este estudio, conocer la adecuación y el origen de la prescripción y los costes que conlleva, se sabe por otros estudios que de cada tres envases de antibióticos dos han sido prescritos por médicos, que la intensidad terapéutica es más elevada en los hospitales y servicios de urgencias que en atención primaria, que los especialistas recetan más que los médicos generales/familia, que la proporción de utilización inadecuada de ciertos grupos de fármacos es elevada y que el impacto del modelo reformado de atención primaria frente al no refor-

mado sobre la prescripción farmacéutica es contradictorio.

El uso inadecuado de ciertos grupos de fármacos, la divulgación de que la mejor actitud ante los niños pequeños es la observación del proceso y no la administración indiscriminada de fármacos, la identificación del perfil del prescriptor, quién (especialista, pediatra, médico general/familia), y dónde (hospital, servicios de urgencias, atención primaria) se inicia la prescripción, y, podrían ser puntos de interés para diseñar intervenciones sobre el consumo de medicamentos por la población.

David Oterino de la Fuente

Centro de Salud de Teatinos. Asturias

Las contraindicaciones de los diuréticos y betabloqueantes no explican su escasa utilización en el tratamiento de la hipertensión arterial en atención primaria

Grupo de estudio sobre el Abordaje Farmacológico de la Hipertensión en Atención Primaria (AFHAP). Selección del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 374-377.

Contexto

Entre 1985 y 1995 las prescripciones de antihipertensivos se han triplicado y su gasto ha aumentado 8 veces, debido principalmente al aumento de la utilización de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y de los bloqueadores de los canales de calcio (BCC). Sin embargo, los diuréticos tiazídicos (DIU) y los bloqueadores de los receptores beta adrenérgicos (BB) son los medicamentos para los que hay más evidencias de eficacia en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Una posible explicación del gran aumento de las prescripciones de IECA y BCC son las numerosas contraindicaciones relativas o absolutas de los DIU y BB, muy frecuentes en los pacientes con hipertensión arterial.

Métodos

Para examinar si las características clínicas de los pacientes, en concreto las contraindicaciones de los DIU y BB, influyen sobre la prescripción de fármacos antihipertensivos se llevó a cabo un estudio transversal en el que participaron 83 médicos y 29 enfermeras de 29 centros de atención primaria en Barcelona. Se obtuvo información sobre las características clínicas y el tratamiento de 1.813 pacientes atendidos entre noviembre de 1997 y febrero de 1998.

Resultados

El 49% de los pacientes recibió IECA, el 44% DIU, el 29% BCC y el 14% BB. El 26% de los pacientes no presentaban contraindicación para DIU o BB pero no recibieron dichos fármacos. Del 42% de pacientes en los que estaba indicado un DIU sólo la mitad lo recibieron. Asimismo en un 22% de los pacientes un BB estaba especialmente indicado pero sólo

el 24% lo recibieron. El patrón de prescripción de medicamentos es bastante similar en todas las situaciones clínicas con excepción de la diabetes, la edad superior a los 65 años y la cardiopatía isquémica.

Conclusiones

Las contraindicaciones de los diuréticos y betabloqueantes no explican su escasa prescripción en el tratamiento de la hipertensión arterial en atención primaria. Los resultados de los ensayos clínicos se aplican poco a la práctica asistencial, lo que comporta que no se ofrezca el beneficio de la prevención cardiovascular a una elevada proporción de pacientes.

Fuente de financiación: No consta.

Dirección de correspondencia: Dr. J.R. Laporte. Fundació Institut Català de Farmacologia. e-mail: jrl@icf.uab.es

Comentario

Ventajas del trabajo

A diferencia de estudios previos, recoge simultáneamente información de la medicación y de las características clínicas de los pacientes, lo que permite juzgar mejor la idoneidad de la prescripción. La participación de un gran número de profesionales sanitarios en varios centros sugiere que los resultados pueden ser representativos de la práctica común.

Limitaciones del trabajo

No se han utilizado criterios diagnósticos de las indicaciones o contraindicaciones de la medicación, ni se ha recogido información sobre la tolerabilidad de los medicamentos, cumplimiento terapéutico, y grado de control de la presión arterial en la práctica clínica, que deben ser tenidos en cuenta en la prescripción.

Implicaciones prácticas

1. La premisa de partida del estudio, que los DIU y BB son la primera elección para el tratamiento de la mayoría de los pacientes, es controvertida. Ensayos clínicos recientes muestran que los nuevos antihipertensivos son similares a los DIU y BB en su capacidad de control del riesgo cardiovascular (1). Las principales organizaciones internacionales en este campo realizan recomendaciones no totalmente consistentes, y mientras el principal comité de EE.UU. recomienda los DIU y BB como medicamentos de primera línea (2), un comité conjunto de la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión no

resulta igualmente explícito (3). Hay además evidencias recientes de que no todos los beneficios de los medicamentos antihipertensivos están ligados al grado de reducción de la presión arterial. En el estudio HOPE, el ramipril (un IECA) ha conseguido una reducción del 20-30% del riesgo cardiovascular mediante un descenso de solo 2-3 mm Hg (4) en pacientes con una gran variedad de patología cardiovascular. Por último, también se ha sugerido que mientras la eficacia de los distintos medicamentos en el descenso del riesgo cardiovascular es similar en pacientes con presión arterial muy alta, podría ser distinta en los de hipertensión ligera o moderada (5).

2. Son necesarios nuevos estudios que contrasten en la práctica clínica otras hipótesis explicativas de la prescripción, como la tolerabilidad del medicamento, el grado de control de la presión arterial conseguido, los incentivos de la industria farmacéutica, la atracción de los médicos por la innovación, etc.

3. Mientras todo lo anterior se aclara, lo más aconsejable es que cada médico tenga un conocimiento suficiente de las evidencias sobre la eficacia y seguridad de los fármacos antihipertensivos y de la situación clínica de sus pacientes, para justificar la medicación prescrita a cada uno de ellos. Además, tan relevante como el fármaco prescrito es si realmente se logra controlar la tensión arterial con él, porque no más del 15% de

los hipertensos españoles en tratamiento logran controlar su presión (6).

Fernando Rodríguez Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad Autónoma de Madrid

- (1) Hansson L, Lindholm L, Ekborn T et al. 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; 345: 1751-1756.
- (2) The VI Report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
- (3) 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guides for the management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-158.
- (4) The Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study Investigators. Effects of angiotensin-converting-enzyme inhibitor ramipril on cardiovascular events in high risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-153.
- (5) Suárez C, Ruilope LM. Hipertensión arterial: cuanto más la conocemos peor la tratamos. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 379-380.
- (6) Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, De la Cruz Troca JJ, Guallar Castillón P, Del Rey Calero J. Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control and benefits of a reduction in average pressure. *Hypertension* 1998; 32: 998-1002.

Los problemas de entendimiento en la prescripción se asocian a la falta de participación del paciente

Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 481-488.

Objetivo

Analizar y describir problemas de entendimiento entre pacientes y médicos asociados con decisiones de prescripción en medicina general.

Ámbito

20 médicos generales y 35 pacientes mayores de 18 años (o los padres de pacientes menores de 18) que consultaron con dichos médicos.

Metodología

Estudio cualitativo en el cual, mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes y médicos antes y después de las consultas, se obtuvo información sobre problemas de entendimiento relacionados con las decisiones de prescripción de medicamentos con potenciales consecuencias adversas en el tratamiento o en el cumplimiento de la terapia. Los problemas de entendimiento se clasificaron en 6 categorías: a) Información del paciente que el médico desconocía;

b) Información del médico que el paciente desconoce; c) Conflicto de fuentes de información; d) Desacuerdos en cuanto a las causas de potenciales efectos adversos; e) Fallo de comunicación en la decisión del médico y f) Factores de relación.

Resultados

26 de los 35 pacientes recibieron prescripciones en la consulta. Únicamente ocho de ellos no expresaron algún tipo de insatisfacción con la consulta. En 28 casos se identificó algún tipo de malentendido entre paciente y médico. Todos los casos de problemas de entendimiento identificados estaban asociados a una falta de participación del paciente en la consulta a la hora de expresar sus expectativas o preferencias o a una falta de explicación de los médicos de sus decisiones y acciones.

Todos los problemas de comprensión y entendimiento identificados estaban potencialmente

asociados con resultados adversos de los tratamientos derivados de la no adherencia a los mismos por parte de los pacientes. En términos generales se pone de manifiesto el desinterés del médico por escuchar y comprender las posiciones e ideas de los pacientes en cuanto a la medicación o a su patología.

Conclusiones

La falta de participación de los pacientes en las consultas de los médicos generales y sus consecuencias son factores relevantes a la hora de valorar la efectividad de las terapéuticas. Los autores decidieron desarrollar una estrategia de intervención educativa ante los hallazgos de este estudio.

Financiación: Department of Health (Reino Unido).

Correspondencia: Britten N. Department of General Practice and Primary Care. e-mail: nicki.britten@kcl.ac.uk

Comentario

Aunque la información disponible sobre incumplimiento terapéutico en nuestro entorno es limitada, sabemos que entre un 30% y un 65% de los hipertensos diagnosticados y tratados incumplen el tratamiento y que más de un 40% los abandonan durante el primer año; que cerca del 50% de los adultos y del 24% de los niños no finalizan un tratamiento con antibióticos y que entre el 25% y el 60% de los enfermos de EPOC o Asma lo incumplen sistemáticamente.

Los tres motivos principales, según diferentes autores, que hacen que el cumplimiento terapéutico continúe siendo una asignatura pendiente de los servicios de salud, son:

- La prevalencia del concepto tradicional de incumplimiento, entendido como la capacidad del paciente para ejecutar órdenes del médico.
- El no cuestionamiento de que el médico prescribe de forma neutra y racional.
- La ausencia de la *percepción del paciente* en el proceso diagnóstico y terapéutico como agente activo y decisor.

Algunos de estos aspectos son abordados en el estudio comentado e identificados como problemas relevantes a la hora de que el paciente se adhiera al tratamiento.

En su sentido más básico el término incumplimiento sugiere que los pacientes han de obedecer

las instrucciones y órdenes del médico o la enfermera sin cuestionárselas. Por tanto, el incumplimiento se conceptualiza como una falta del paciente. Esta visión supone una expresión del modelo paternalista de la toma de decisiones en el que los profesionales sanitarios monopolizan el control decidiendo qué medidas son las más adecuadas. Actualmente algunos autores coinciden en que este modelo únicamente está justificado en la atención urgente (1) y que se ha de evolucionar hacia modelos que integren una mayor autonomía y participación del paciente en la toma de decisiones. En esencia se debería razonar si realmente el cumplimiento terapéutico, tradicionalmente conceptualizado no es un objetivo erróneo.

Para intervenir sobre el incumplimiento se ha de entrar, por tanto, en el debate de los *factores desencadenantes* y, sin olvidar los factores tradicionalmente conocidos, valdría la pena avanzar también en otras líneas y no olvidar que los pacientes, sobre todo aquellos con patologías crónicas, toman sus decisiones sobre los tratamientos. Así por ejemplo ya hace tiempo que (2-4) se han identificado como factores clave el cuestionamiento o incluso el rechazo del paciente del diagnóstico del médico, el miedo a los efectos secundarios, los factores económicos, la realización de "experimentos naturales" por parte del paciente (reducción o aumento de

dosis decidida por los enfermos), la percepción de la racionalidad de la prescripción médica o las prioridades (sociales, económicas, etc.) del propio paciente.

Es posible que desarrollar líneas de intervención que se centrasen en conseguir que el médico y los profesionales sanitarios fueran capaces de escuchar e integrar las percepciones y decisiones del paciente, tengan más efectividad que las actuaciones habituales, centradas en animar a los pacientes a cumplir las decisiones de los médicos.

Josep Lluís Segú

Centro de Atención Primaria Barceloneta
Serveis Mèdics. Barcelona

- (1) Brock DW, Wartmen SA. When competent patients make irrational choices. *New Eng Journal Med* 1990; 322: 1595-1599.
- (2) Donovan JL, Blake DR, Fleming WG. The patient is not a blank sheet: Lay beliefs and their relevance to patient education. *British Journal of Rheumatology* 1989; 28: 58-61.
- (3) Donovan JL. Patient education and the consultation: The importance of lay beliefs. *Annals of the Rheumatic Disease* 1991; 50: 418-421.
- (4) Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making?. *Soc Sci Med* 1992; 34(5): 507-513.

La supervivencia estimada por los médicos en los enfermos terminales es casi siempre superior a la real: posibles consecuencias para la provisión de cuidados paliativos

Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 469-73.

Problema

¿Cuál es la exactitud del pronóstico que hacen los médicos sobre los pacientes terminales? ¿Qué características del médico o del paciente se relacionan con la exactitud del pronóstico?

Diseño

Estudio de cohortes prospectivo de todos los pacientes adultos admitidos en cinco programas de cuidados paliativos externos (outpatient hospice programmes) en Chicago durante 130 días consecutivos, que aceptaron –tanto ellos como sus médicos– participar en el estudio (468 pacientes). Se realizó un seguimiento de 3 años, al cabo del cual el 96 % había fallecido.

Fuentes de datos y principales mediciones

Los datos se obtuvieron del programa de cuidados paliativos y mediante encuesta telefónica a los 343 médicos realizada de manera inmediata a la derivación de un paciente al mismo. Las variables principales fueron la supervivencia estimada por el médico y la real. Se relacionaron con características de los pacientes (sociodemográficas y clínicas), del médico (especialidad, experiencia, disposición al optimismo auto-declarada) y de la relación médico-paciente (duración, frecuencia, tiempo desde la última visita).

Comentario

En los pacientes terminales los aspectos de diagnóstico y tratamiento pasan a un segundo plano de la atención, al tiempo que los cuidados paliativos y la información sobre el pronóstico se convierten en temas prioritarios. Para los autores, el hecho de que los médicos sobrestimen la supervivencia de los pacientes terminales provocaría un retraso en la derivación de los mismos a programas de cuidados paliativos. Por otra parte, la transferencia de información al paciente acerca de un pronóstico mejor que el real, podría llevar a que éste tomara decisiones que no tomaría de tener una predicción más exacta sobre su supervivencia. La derivación tardía de estos pacientes a los programas de cuidados paliativos, hace que lleguen en situación de crisis y que el tratamiento de los

Análisis estadístico

El pronóstico se clasificó como "exacto" si la razón entre la supervivencia estimada y la real estaba entre 0.67 y 1.33. Para evaluar las asociaciones entre la variable principal (tres categorías de pronóstico: optimista, exacto, pesimista) y las variables independientes se utilizó la prueba de chi-cuadrado y el análisis de la varianza. Para valorar el efecto multivariante de las características de pacientes y médicos sobre la exactitud del pronóstico se realizó una regresión logística multinomial.

Resultados

La mayoría de los pacientes (65%) tenían un diagnóstico de cáncer. La mediana de supervivencia fue 24 días desde la derivación al programa. Sólo un 20% de las estimaciones de pronóstico fueron exactas, 63% fueron optimistas y 17% pesimistas. La razón media entre supervivencia estimada y observada fue 5,3. Cuanto mayor fue la supervivencia observada (pacientes menos enfermos), el error de las estimaciones fue menor. Por el contrario, en los pacientes que murieron en los tres meses tras su inclusión en el estudio, la sobre-estimación de la supervivencia por el médico fue muy alta.

El modelo de regresión logística mostraba

que la exactitud del pronóstico era independiente de la mayoría de características de los pacientes, excepto del sexo (probabilidad de una estimación pesimista: 58 % menor en varones que en mujeres). Se relacionó con la experiencia de los médicos (entre los más expertos la probabilidad de estimaciones optimistas fue un 63 % menor) y la especialidad (los médicos de subespecialidades de medicina interna distintas a oncología hicieron predicciones pesimistas mucho más frecuentemente que los internistas generales); así como con la duración de la relación médico-paciente y el tiempo del último contacto (a mayor tiempo de relación y menor tiempo desde el último contacto disminuía la exactitud del pronóstico).

Conclusión

Los médicos hacen pronósticos poco exactos en los pacientes terminales y el error es sistemáticamente optimista.

Fuentes de financiación: Soros Foundation Project on Death in America Faculty Scholars Program, The American Medical Association Education and Research Foundation, y the Robert Wood Johnson Clinical Scholars Program.

Correspondencia: N.A. Christakis. Department of Medicine, University of Chicago Medical Center. e.mail: nchrista@medicine.bsd.uchicago.edu

síntomas eclipse la necesidad de abordar aspectos más emocionales y espirituales (1).

Aunque es difícil saber a priori cuánto podría mejorar la utilización de los cuidados paliativos si mejorase la capacidad de hacer pronósticos acertados, el problema no puede ser ajeno. El ámbito español es diferente al americano en la práctica de informar a los pacientes oncológicos y en las preferencias de cuidados en este tipo de pacientes y sus familiares. Es posible que también sea distinta la proporción de pacientes terminales que desea conocer su pronóstico. En este sentido, podrían matizarse las conclusiones de los autores sobre las implicaciones negativas de un pronóstico optimista, en cuanto que en determinados casos también podría tener

algún efecto beneficioso para aquellos pacientes que "no quieren saber".

Hecha esta matización, la mejora en la exactitud de los pronósticos realizados por los médicos es necesaria, sobre todo si con ello se evita la infrautilización de los cuidados paliativos y el uso innecesario de tratamientos agresivos.

Soledad Márquez Calderón

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

- (1) Smith JL. Why do doctors overestimate? Commentaries on Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: Prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 469-73.

En entornos altamente informatizados es factible aplicar medidas para reducir el uso inadecuado de los tests diagnósticos en los pacientes hospitalizados

Bates DW, Boyle DL, Rittenberg E, Kuperman GJ, Ma'Luf N, Menkin V, Winkelman JW, Tanasijevic MJ. What proportion of common diagnostic test appear redundant? *Am J Med* 1998; 104: 361-368.

Objetivo

En los pacientes hospitalizados es habitual que se les practique un mismo test diagnóstico de forma repetida para el control y seguimiento clínico. Los autores del estudio se plantean analizar en qué proporción las pruebas que se repiten durante la hospitalización son redundantes o innecesarias en la medida que no aportan nueva información clínicamente relevante.

Tipo de estudio y población

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes adultos dados de alta en un hospital universitario durante un período de tres meses del año 1991.

Selección de los tests diagnósticos

Pruebas diagnósticas que presentasen un volumen importante de actividad o/y un alto coste marginal asociado (p.e.: análisis de orina, de esputo, nivel plasmático de digoxina o gentamicina, 20 perfiles bioquímicos).

Medidas de resultados

Se evaluó el porcentaje de repeticiones prematuras para cada test diagnóstico considerando como tales las determinaciones que se

realizaron en un intervalo de tiempo inferior a un mínimo definido en base a la evidencia científica revisada. Posteriormente, para cada test diagnóstico se seleccionó una muestra de "repeticiones prematuras" y se evaluó si eran redundantes con relación a la determinación anteriormente realizada. Se definió como determinación o test redundante si el resultado del test anterior era normal o que no se hubiese producido un cambio clínico que justificase un nuevo test.

Resultados

De las 6.007 altas producidas durante el período de estudio, en un 88% (5.289) se había realizado al menos un test diagnóstico de los seleccionados en el estudio. Un 28% del total de las determinaciones realizadas (78.798) se consideraron repeticiones prematuras (con un máximo de 62% en los niveles plasmáticos de digoxina y un mínimo de 2% en los niveles plasmáticos de gentamicina). En la muestra analizada de determinaciones consideradas como repeticiones prematuras, un 40% se valoraron como redundantes. A partir de estos resultados se estimó que un 8,6% del total de las determinaciones realizadas de los tests seleccionados en el estudio

podían considerarse redundantes o no justificados. Sin embargo, se observaron importantes diferencias según el test diagnóstico. Así, por ejemplo, el porcentaje de determinaciones redundantes observado en el nivel plasmático de digoxina fue de un 32,2% mientras que en el análisis rutinario de orina fue del 4,2%.

Conclusiones

En los pacientes hospitalizados se realizan excesivas determinaciones repetidas en algunos tests diagnósticos, en la medida que no aportan información clínicamente relevante. Con la incorporación de sistemas informatizados en la gestión de petición y resultados de los tests diagnósticos es factible introducir medidas que faciliten reducir parte de la inadecuación de dichos tests.

Fuente de financiación: Culpeper Foundation y Agency for Health Care Policy and Research.

Dirección para correspondencia: David W Bates, MD, Division of General Medicine and Primary Care, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis Street, Boston, Massachusetts 02115.

Comentario

El trabajo abunda en la idea de que existe una utilización inadecuada de los tests diagnósticos, especialmente en el ámbito hospitalario. Los autores proponen algoritmos específicos para cada tipo de test que podrían ser aplicados parcialmente en un entorno relativamente automatizado, y que dichos algoritmos permiten identificar previamente aquellas peticiones que tienen una probabilidad alta de ser redundantes en función del tiempo y resultados del test anteriormente realizado. Sin embargo, en la metodología propuesta por los autores se precisa de la opinión del clínico para confirmar la sospecha de redundancia en la medida que es necesario valorar el curso clínico del paciente.

Con relación a la metodología del estudio es necesario comentar los siguientes aspectos:

1.- La definición de repetición prematura o tiempo mínimo para la repetición de una de-

terminación se basa en la revisión de la literatura, sin embargo no se ha realizado un estudio de validación. Al igual que otros estudios de revisión de utilización del laboratorio, este estudio adolece de una definición robusta del estándar o de adecuación (1). En este sentido, es poco consistente que en algunos tests el 100% de las determinaciones consideradas repeticiones prematuras finalmente sean valoradas como adecuadas o no redundantes. Por otro lado, la variación en el porcentaje de determinaciones redundantes según tipo de test puede ser debido a las distintas definiciones de redundancia más que a los perfiles de utilización para cada test.

2.- No se ha contemplado en el análisis el grado de experiencia o formación del médico, especialmente relevante en un entorno de hospital universitario con médicos en formación, como es el caso de este estudio.

3.- No se ha analizado la posible subutilización de los tests diagnósticos incluidos en el estudio, y como han sugerido algunos autores la falta de utilización de los tests de laboratorio puede ser tan relevante como la sobrealutilización de los mismos (2).

Xavier Castells

Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Barcelona

(1) van Walraven C, Naylor CD. Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits. *JAMA* 1998; 280: 550-58.

(2) Castellví JM, Castells X. Appropriateness of physicians' request of laboratory examinations in primary health care: an over- and under-utilization study. *Clin Chem Lab Med* 1999; 37: 65-69.

¿Qué importancia tiene el error clínico en el uso innecesario de antibióticos?

McIsaac WJ, Butler CC. Does clinical error contribute to unnecessary antibiotic use? *Med Decis Making* 2000; 20: 33-38.

Objetivo

Analizar y cuantificar el error asociado al juicio clínico de un grupo de Médicos de Familia en la estimación de las probabilidades de existencia de una infección por *Streptococo* tipo A en pacientes con infección respiratoria de vías altas y establecer su relación con el uso inadecuado de antibióticos en estos pacientes.

Pacientes

Se incluyeron en el estudio 17 médicos de familia con un promedio de 30.000 visitas anuales. Los criterios de inclusión de los pacientes en el estudio eran los siguientes: edad igual o superior a los tres años y presentar en opinión del clínico un nuevo episodio de infección de tracto respiratorio superior. Los criterios de exclusión fueron el uso de antibióticos durante la semana previa al diagnóstico de presunción y estado de inmunidad alterada por cualquier causa. Los pacientes fueron incluidos en el estudio después de obtener su consentimiento.

Metodología

Estudio de confirmación diagnóstica en el que a

los pacientes seleccionados se les aplicó una valoración clínica estandarizada y se les tomó una muestra de exudado faríngeo para identificar la existencia o no del *Streptococo*. Los médicos registraron al finalizar cada visita la realización o no de una prescripción antibiótica. Las prescripciones innecesarias de antibiótico fueron definidas como prescripciones de antibiótico en pacientes con cultivo negativo.

Resultados

El estudio, con una duración de un año, incluyó finalmente 522 casos, obteniéndose información completa para valoración del 99,2% de los casos (517 pacientes). Se prescribieron antibióticos en 105 casos (20,3%), de los que 70 tuvieron cultivo negativo (66,7%). Se prescribieron, por tanto, antibióticos de forma innecesaria en un 13,5% de los casos. La prevalencia real de infección por *Streptococo* del Grupo A en la población de estudio fue del 13,8%. La prevalencia estimada por los clínicos fue del 24,4%. La magnitud media del error clínico fue significativamente mayor en aquellos casos en que se prescribieron antibióticos innecesarios (33,2%

de sobreestimación) que en aquellos casos en que la prescripción fue apropiada (6,9% de sobreestimación). Se confirmó también la existencia de un gradiente positivo en la asociación entre error de juicio clínico y uso innecesario de antibióticos. Una vez ajustado por las características clínicas la OR de prescripción innecesaria de antibióticos era de 1 para un error clínico menor al 10%, 2,4 para un error entre el 10% y el 29%, 9,06 para un error del 30% al 49% y de 70,25 para un error superior al 50%.

Conclusiones

El error clínico en la estimación de la presencia de infección por *Streptococo* del Grupo A es un importante factor a tener en cuenta a la hora de explicar el uso innecesario de antibióticos.

Financiación: Departments of Family Medicine and Microbiology; Mt. Sinai Hospital. Toronto (Canada).

Correspondencia: Dr. McIsaac. Mt. Sinai Family Medicine Centre, University Avenue, Toronto, Canada; e-mail: wmcisaac@mtsina.on.ca

Comentario

El estudio descrito pone en evidencia la importancia del error de juicio clínico en la utilización inadecuada de medicamentos. La incertidumbre en las decisiones clínicas y sus consecuencias en la variabilidad y en la sobreexposición de la población a intervenciones médicas requiere, seguramente, de mayor atención y del desarrollo de instrumentos capaces de ayudar a minimizar la misma en la toma de decisiones habituales de los dispositivos asistenciales. En lo referente a las terapéuticas farmacológicas, algunos estudios estiman que los problemas relacionados con los medicamentos suponen en EE.UU. 200.000 muertos anuales, 9 millones de ingresos hospitalarios y un coste cercano a los 75.000 millones de dólares (1). Un aspecto a destacar, muy relacionado con los antibióticos, son las externalidades indirectas del sobreuso, como la inefectividad derivada del incremento de resistencias.

En España conocemos desde hace tiempo este problema. No hace muchos años éramos los campeones mundiales de consumo de antibióticos por habitante con más de 20 Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día. Hoy esta-

mos algo mejor en términos cuantitativos (alrededor de 15 DDD/1.000 habitantes/día) pero los expertos no dejan de avisar de los problemas que genera la sobreutilización en nuestro país. Un informe del año 1995 (2) ponía de manifiesto la magnitud del consumo de antibióticos, difícilmente justificable desde el punto de vista epidemiológico y los problemas que conllevaba, como por ejemplo que nuestro país sea exportador de cepas resistentes. También ponía de manifiesto algunas fuentes del problema, como las decisiones clínicas, la dispensación inadecuada desde las oficinas de farmacia o las expectativas de los pacientes con respecto a los beneficios y necesidad de tratamientos antibióticos. Un reciente estudio realizado en atención primaria en Cataluña (3) sitúa el grado de inadecuación en la selección y prescripción de antibióticos en cifras cercanas al 40-50% de las prescripciones, lo que supone, además de problemas sanitarios, impactos económicos nada desdeñables en una situación de recursos limitados.

La situación por tanto, en nuestro país y en general en todos los sistemas de salud, requiere

de una atención cada vez mayor al uso inadecuado de intervenciones y a la minimización de la incertidumbre de las decisiones clínicas, pero también a la incorporación de cambios en las pautas culturales y formativas de profesionales y usuarios que hagan comprensible y aceptable esta necesidad.

Josep Lluís Segú

Centro de Atención Primaria Barceloneta.
Serveis Mèdics. Barcelona

- (1) Gerbino PP (Foreword). *Annals of Pharmacotherapy* 1993; 27: S3-S4.
- (2) Baquero F et al. Resistencia microbiana. ¿Qué hacer? Informe del Panel de expertos. *Revista Española de Salud Pública* 1995; 69: 445-461
- (3) Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudi de la idoneïtat de la prescripció del tractament antibiòtic a l'atenció primària i dels costos derivats de la no adequació. *Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. BR99003 junio 1999.* (<http://www.aatm.es/cgi-bin/frame.pl/cas/pu.html>)

¿Qué técnica diagnóstica prefieren los pacientes? Angiografía por resonancia magnética vs angiografía por rayos-X

Swan J, Fryback D, Lawrence W, Sainfort F, Hagenauer ME y Heisey D. A Time Trade-Off Method for Cost-Effectiveness Models Applied to Radiology. *Medical Decision Making* 2000; 20: 79-88.

Objetivo

Obtener las preferencias de los pacientes por dos formas distintas de ser diagnosticados de problemas cardíacos, mediante una modificación del método del Intercambio Temporal (IT) que los autores denominan el Intercambio del Tiempo de Espera (ITE).

Pacientes y métodos

Cuarenta pacientes con sospecha de enfermedad vascular periférica fueron diagnosticados con las técnicas a evaluar, y dos meses después de la segunda fueron entrevistados telefónicamente para contrastar sus preferencias por ambas. Se les pedía que supusieran que, en ese hipotético momento, vivían con el mismo dolor, molestias y limitaciones que llevaron a buscar tratamiento; que su médico pensaba que podía tener problemas circulatorios y que necesitaba realizar un test diagnóstico para el que se ofrecían dos opciones. La primera consistía en una nueva Resonancia Magnética cuyos resultados eran inmediatos y que podía conducir a un tratamiento que aliviaría inmediatamente los síntomas. La otra opción era un nuevo test que no suponía ningún tipo de molestia, pero cuyos resultados tardarían más tiempo en conocerse y, por tanto, el tratamiento y el

alivio de los síntomas se retrasarían. El paciente debía decir el tiempo que estaba dispuesto a esperar con tal de no sufrir las molestias de la Resonancia Magnética. La misma cuestión se preguntó para el caso de rayos-X. Las molestias producidas por cada técnica diagnóstica se midieron según el tiempo equivalente con síntomas de enfermedad cardiovascular periférica.

Una vez obtenido este tiempo equivalente, se estimó la pérdida en Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVACs) ocasionada por las molestias de las técnicas utilizadas para diagnosticar la enfermedad. Para ello, se utilizaron utilidades de la literatura sobre calidad de vida con enfermedad cardiovascular periférica. La desutilidad de cada uno de los test se estimó, por tanto, como $Desutilidad = d_i \times (U_{SN} - U_{ECP})$.

La consistencia de las respuestas se comprobó utilizando una valoración ordinal de la desutilidad de los dos test mediante una Escala Visual Analógica.

Resultados

El tiempo medio de espera para la angiografía por rayos-X fue de 42 días y de 16 para la

RM. Las utilidades obtenidas de la literatura fueron de 0.93 (U_{SN}) y 0.57 (U_{ECP}). Por tanto, la ganancia en Días de Vida Ajustados por la Calidad fue de 15 y 5 respectivamente. La Escala Visual también reflejó una mayor gravedad para la angiografía con rayos-X que para la resonancia magnética, confirmando la consistencia de los resultados.

Conclusiones

El método del ITE puede servir para obtener preferencias por reducciones breves en la calidad de vida relacionada con la salud en forma de Años de Vida Ajustados por la Calidad. Este método no sufre algunos problemas que sí tiene el método propuesto por Torrance para evaluar estados de salud temporales tales como la necesidad de utilizar el descuento y la necesidad de evaluar estados de salud poco realistas.

Fuente de financiación: The National Heart, Lung and Blood Institute (EE.UU.).

Dirección para correspondencia: Dr Swan, Indiana University Medical Center, Department of Radiology. e-mail: jsswan@iupui.edu

Comentario

Uno de los principales problemas de la obtención de preferencias de pacientes utilizando el modelo AVAC es que para calcular las utilidades se han de relacionar, de una manera o de otra, los estados de salud con la muerte. Aunque esto no es estrictamente necesario para las decisiones individuales sí lo es para las decisiones de asignación de recursos. Así, en el caso que estamos estudiando, supongamos que la resonancia magnética es más cara que los rayos-X pero los pacientes la prefieren. El problema es, ¿justifica el beneficio el aumento de coste? Únicamente si disponemos de medidas de beneficio en una unidad común a todos los tratamientos podemos contestar a esta pregunta. Los AVAC cumplen con este requisito pero tienen limitaciones. Una de ellas es que suponen que el beneficio es proporcional a la duración. Por tanto, un problema de salud

como el dolor o molestias ocasionadas por un test que dura minutos, es considerado como muy poco importante, esto es, dado que ganamos muy pocos AVAC evitando dicho problema de salud, se supone que no vale la pena gastarnos dinero en evitarlo. Esto puede entrar en contradicción con las preferencias reales de los pacientes, para quienes un problema puede ser muy importante aunque su duración sea breve. Hasta ahora, las distintas adaptaciones de los métodos tradicionales de obtención de preferencias (la Lotería Estándar o el Intercambio Temporal) para este tipo de problemas han sido muy poco convincentes. El método que se presenta en este artículo es uno de los primeros que cubre esta laguna. No obstante, el método tiene el problema de que recurrir a utilidades de la literatura que posiblemente estén obtenidas de duraciones muy

distintas a la breve duración del problema de salud que aquí se obtiene (42 y 16 días). Quizá por ello se obtengan resultados un tanto sorprendentes como que una persona está dispuesta a ceder 15 días de su vida por no sufrir los problemas de la prueba de rayos-X. Este resultado parece exagerar los problemas de la prueba. En cualquier caso es un método innovador que permite cubrir una laguna presente en los métodos de obtención de preferencias.

José Luis Pinto Prades

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

El consejo médico es una estrategia eficiente para el tratamiento del hábito alcohólico

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Baier L, Stauffacher EA, Lawton K. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care* 2000; 38(1): 7-18.

Objetivo

Mientras que los tratamientos hospitalarios y extrahospitalarios son efectivos para pacientes con problemas de abuso y dependencia del alcohol, algunos ensayos controlados han demostrado que el consejo médico puede reducir el consumo de alcohol y los problemas relacionados en pacientes en riesgo o bebedores no dependientes. La mayoría de los estudios económicos se han centrado en los tratamientos hospitalarios para el abuso o dependencia alcohólica, pero muy pocos han estimado los costes y los beneficios económicos del consejo médico en contextos de atención gestionada. El objetivo del estudio fue realizar un estudio coste-beneficio del consejo médico para problemas alcohólicos.

Sujetos y métodos

Un total de 482 hombres y 292 mujeres que referían problemas de alcoholismo fueron asignados aleatoriamente a un grupo control (n=382) y a un grupo tratamiento (n=392). La estimación de costes tuvo en cuenta los costes indirectos de los pacientes (como tiempo de viaje hasta la consulta y tiempo de espera en ella) y los costes directos del programa. Para estimar los beneficios se incluyó la disminución en el uso de servicios sanitarios (vi-

sitas de urgencia y días de estancia hospitalaria), procesos legales y accidentes de tránsito. El análisis se hizo desde la perspectiva de la sociedad.

Resultados

No hubo diferencias significativas entre los grupos control e intervención para las variables iniciales de consumo de alcohol, edad, nivel socioeconómico, depresión o ansiedad, desórdenes de conducta, consumo de drogas, crímenes, accidentes de tránsito y utilización de servicios sanitarios. El beneficio económico total de la intervención fue de 423.519 dólares, de los cuales 195.448 correspondían a ahorro en visitas de urgencia y estancias hospitalarias, y 228.071 en costes evitados en crímenes y accidentes de tránsito. El beneficio medio por participante fue de 1.151 dólares. El coste total estimado de la intervención fue de 80.210 dólares o 205 dólares por participante. La razón beneficio-coste fue de 5,6:1, o de 56.263 dólares de beneficio por cada 10.000 dólares invertidos en la intervención. Desde la perspectiva de la organización, el coste de 166 dólares por paciente y el beneficio de 523 dólares por paciente, significaban una razón beneficio-coste de 3,2:1. El análisis de sensibilidad indicó

que la razón coste-beneficio era sensible frente a cambios en el coste de las hospitalizaciones y a los accidentes de coche. Para que los costes iguallen a los beneficios, deberían disminuir los beneficios en un 73%.

Conclusiones

Los resultados obtenidos son la primera evidencia cuantitativa de que la implementación de un programa de consejo médico para personas con problemas de alcoholismo puede generar un beneficio neto para los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad. Los beneficios podrían ser incluso mayores si algunos resultados importantes como disminución del consumo de alcohol, aumento en la calidad de vida o aumento de la capacidad productiva, fueran incluidos.

Fuentes de financiación: Becas de la Robert Wood Johnson Foundation, el National Institute on Drug Abuse y el National Institute of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Dirección para correspondencia: Michael F. Fleming, Centre for Addiction Research and Education, University of Wisconsin-Madison, 777 S. Mills Street, Madison, WI 53715.

Comentario

Una de las principales ventajas de este análisis es el hecho de estar realizado en el marco de un ensayo controlado y aleatorizado, del que se obtienen los datos de efectividad y consumo de recursos, y sobre la base de una amplia muestra de centros de atención primaria, lo que permite generalizar los resultados. La inclusión de datos sobre sucesos legales y accidentes, además de datos sobre utilización de recursos sanitarios, amplía la perspectiva del estudio.

A la vista de los resultados, la conclusión de los autores es clara: recomendar la adopción generalizada de estrategias de consejo médico. Entre las objeciones a la puesta en marcha de una intervención de estas características (1), la primera es que este tipo de intervenciones no son homogéneas, ya que va-

rían en duración, estructura, población diana o tipo de personal responsable de la intervención. La segunda se refiere a las demandas competitivas que puede existir en una visita de atención primaria: la educación para la salud puede ser la última prioridad para un paciente que acude a la consulta (2). Y la tercera, las posibles actitudes negativas del médico y del paciente ante los problemas de alcoholismo. Es aquí donde el papel de la comunicación entre médico y paciente se hace más importante, así como el seguimiento a largo plazo de los pacientes para evitar posibles recaídas.

Por último, destacar que la presentación de los resultados del estudio, en forma de razón coste-beneficio, facilita su interpretación para la toma de decisiones, lo que es importante

en las evaluaciones económicas si el objetivo final que se persigue es influir en la política sanitaria a cualquier nivel de decisión.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona

- (1) Kroenke K, Swindle R. Brief interventions for problem drinking: the road to dissemination. *Med Care* 2000; 38(1): 4-6.
- (2) Klinkman MS. Competing demands in psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(2): 98-111.

La utilidad de la evaluación económica para mejorar las decisiones sanitarias

Garber, A M. *Advances in Cost-Effectiveness Analysis of Health Interventions*. NBER. 1999 WP 7198, publicado recientemente en el *Handbook of Health Economics* (North Holland Press, 2000).

Justificación

Texto que se incorpora como capítulo en los nuevos *Handbooks* en Economía de la Salud, que editan cada cuatro años A. Culyer y J. Newhouse (una especie de "biblia" sobre la materia).

Tema general

Resumen documentado del estado de conocimiento (qué sabemos y qué no sabemos) en materia de evaluación económica, centrado en su aplicación "análisis coste-efectividad" (ACE) de las intervenciones en los servicios de salud. Su interés radica en que destaca el autor las ventajas y limitaciones de dicha técnica de análisis y valora el camino que previsiblemente recorrerá su aplicación.

Estudio de los siguientes puntos controvertidos: Cómo tratar los costes sanitarios futuros no relacionados directamente con la intervención, y que aparecen posteriormente a ésta; qué hacer con los costes futuros no sanitarios que se derivan de la intervención; ¿podemos separar de manera realista los relacionados y los no relacionados con la intervención? En función de cómo se traten los interrogantes anteriores se acaba introduciendo un sesgo, ya sea a favor o en contra, de las alternativas que extiendan años de vida (posponen muerte), versus las que añadan calidad de vida.

Finalmente, el texto discute cómo debemos valorar los resultados de intervenciones que generen costes y beneficios en el futuro en relación con los que se producen hoy. Si predecimos que el bienestar de la sociedad será peor en el futuro, se puede argumentar que los resultados venideros deberían incluso pesar más que los presentes. Sin embargo, existe bastante evidencia de que lo anterior no parece haber sido el caso; especialmente si comparamos el bienestar de las generaciones pasadas con el de las presentes. La sociedad vive ahora mejor, y

no peor que antes. ¿Queremos ser más solidarios con las generaciones futuras cuando, en cualquier caso, puede que vivan mejor que nosotros? Por lo demás, ¿tiene sentido utilizar una tasa de descuento única? ¿Debería disminuir la tasa de descuento proporcionalmente con el tiempo?

Método

Reconocimiento "palmo a palmo" del terreno, deteniéndose en un conjunto de temas de discusión, tales como (i) la utilización de los ratios (medios e incrementales) y criterios de ranking de resultados, (ii) el horizonte temporal considerado en los estudios, (iii) análisis de sensibilidad e identificación de aquellas situaciones en las que el análisis coste-efectividad produce decisiones óptimas de aquéllas en que no, (iv) problemática asociada a la medición de costes, con especial referencia a qué se ha de entender como perspectiva social, y al tratamiento en concreto de los costes fijos, (v) medición de los resultados de las intervenciones (Años de Vida Ganados Ajustados por Calidad, AVACs, tasas de supervivencia y probabilidades de obtención de estados de salud) y finalmente (vi) estudio de las consecuencias de la heterogeneidad en las preferencias de los ciudadanos.

Conclusión

La evaluación económica sigue su camino, con una incipiente aplicación no ya tan sólo a la valoración coste-eficiencia en resultados de salud (*outcomes* de grandes objetivos sanitarios), sino también a la de servicios asistenciales en el seno de las instituciones (con lo que el output hospitalario no son sólo "ingresos ajustados por *case mix*", sino contribución a la mejora de estados de salud). Sin embargo, mientras es cierto que el autor favorece para dicha tarea criterios de disposición a pagar y valoraciones a partir de la utilidad de los diferentes consumidores, como corresponde a la perspectiva de sis-

tema sanitario norteamericano desde la que escribe, nos parece dudoso que la "métrica del dinero" gane posiciones en sistemas nacionales de salud. En éstos, la aproximación a la ACE, y a los AVACs como medida de resultados en particular, no es "welfarista" (enrocada en el bienestar individual). En efecto, para éstos, en general, las preferencias individuales sirven para determinar un valor colectivo (aquí las características personales de los beneficiarios claramente cuentan en el cómputo del beneficio que se puede esperar del tratamiento), pero dichas características no tienen relevancia alguna para definir el valor asociado a una posible asignación o priorización de lo que haya de recibir un individuo a partir de dichos beneficios.

Ello hace que la perspectiva social, que se suele aducir como legitimadora de su aplicación en las decisiones sociales de los sistemas sanitarios públicos, no sea directamente la del consumidor, sino la de la autoridad sanitaria que aquél sustenta. En este sentido, hace falta reconocer que en estos contextos, las técnicas de evaluación no son capaces de tratar la heterogeneidad de los individuos, a la vista de cómo éstos difieren en renta, riesgo, actitudes, valores y preferencias. De modo que el asumir valores medios o tomar decisiones sobre un único criterio de decisión (por ejemplo, el de la autoridad), no cabe concluir después, inequívocamente, la optimalidad (máximo bienestar social asociado al del "conjunto de individuos") del resultado.

Financiación: National Bureau of Economic Research, Estados Unidos.

Dirección para correspondencia: A.M. Garber. e-mail: garber@stanford.edu

Comentario

Pese a los reparos que los comentarios del autor suponen sobre la actividad de los *practitioners* en la materia, ello no debería llevar a la esclerosis. Basta recordar que no hay apenas alternativas, pese a las deficiencias teóricas observadas, a la evaluación económica tal como la practicamos. Dicho esto, sí conviene mantener la brújula para un ritmo de

navegación flexible a las circunstancias (y no más del necesario: el ACE a menudo parece nuestro martillo instrumental único), estando siempre atentos desde el puente de mando para que no aparezca el iceberg de la teoría económica y hunda uno de los buques insignias (¿el *Titánic*?) de la economía de la salud. Y es que ello nos devolvería a las frías

aguas heladas donde los políticos (decidiendo arbitrariamente a su antojo) estarían a salvo del escrutinio social.

Guillem López-Casasnovas

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

La vacuna pneumocócica conjugada es coste-efectiva en niños sanos

Lieu TA, Ray GT, Black SB, Butler JC, Klein JO, Breiman RF, et al. Projected cost-effectiveness of pneumococcal conjugate vaccination of healthy infants and young children. *JAMA* 2000; 283: 1460-8.

Objetivo

El objetivo del estudio fue evaluar a largo plazo el impacto económico y en salud de la vacunación conjugada contra el pneumococo en bebés y niños sanos de los Estados Unidos. Las nuevas vacunas conjugadas han sido diseñadas para estimular la respuesta de los niños que responden mal a la vacuna pneumocócica polisacárida tradicional.

Sujetos y métodos

A partir de una cohorte de 3,8 millones de niños, se comparó el efecto de vacunar de manera rutinaria a niños sanos, con cuatro dosis iniciales a los 2, 4, 6 y 12-15 meses, y una dosis a los niños entre 2 y 4,9 años, con el efecto de no vacunar.

Para comparar ambas alternativas se utilizó un análisis de decisiones realizado desde la perspectiva de la sociedad y del financiador de los servicios sanitarios. Las probabilidades se obtuvieron de la literatura, de datos de estudios no publicados y de grupos de consenso de expertos. Los datos de costes de hospitalizaciones, visitas de emergencia, consultas externas y fármacos se obtuvieron de un sistema de contabilidad analítica. Los costes indirectos se calcularon para estimar la pérdida de productividad de los padres, por tener que cuidar de los niños, y de los niños, por muerte prematura o enfermedades

discapacitantes. Los costes del programa de vacunación se calcularon a partir de los precios de venta de la vacuna.

Las medidas de resultado de interés fueron el coste por año de vida ganado y el coste por episodio de meningitis, bacteriemia, neumonía y otitis media evitado. Se hicieron análisis de sensibilidad para diversas variables de interés: incidencia de las enfermedades, eficacia de la vacuna, costes y tasa de descuento, entre otras.

Resultados

La vacunación de niños sanos prevendría 12.000 casos de meningitis y bacteriemia, 53.000 casos de neumonía, 1 millón de episodios de otitis media, y 116 muertes debidas a infección pneumocócica. Sin tener en cuenta los costes del programa de vacunación, el programa supondría un ahorro de 342 millones de dólares de gastos médicos, y 415 millones de pérdidas laborales y otros costes imputables a la infección pneumocócica.

La vacunación de niños sanos supondría un ahorro neto para la sociedad si la vacuna costase menos de 46 dólares por dosis, y un ahorro neto para el financiador de los servicios sanitarios si la vacuna costase menos de 18 dólares por dosis. Al coste actual de 58 dólares por dosis, el programa de vacunación

cuesta a la sociedad 80.000 dólares por año de vida salvado o 160 dólares por caso de otitis media evitado (3.200 dólares por caso de neumonía evitado, 15.000 por bacteriemia y 280.000 por meningitis). La razón coste-efectividad de un programa adicional para administrar otra dosis en los niños entre 2 y 4,9 años variaría dependiendo de la edad del niño, el riesgo relativo de tener una enfermedad pneumocócica, y el coste de la vacuna.

Conclusiones

La vacuna pneumocócica conjugada de niños sanos puede ser coste-efectiva, y el ahorro para la sociedad puede ser más del doble del ahorro para el financiador de los servicios sanitarios. Para conseguir ahorro en costes, el coste de la vacuna debería ser inferior al precio de venta actual. Además de los costes tangibles, deben valorarse también el hecho de prevenir la mortalidad y la morbilidad por enfermedades pneumocócicas.

Fuentes de financiación: El trabajo fue financiado por una beca de Wyeth-Lederle Vaccines and Pediatrics a la Kaiser Foundation Research Institute. Black es consultor de Wyeth-Lederle.

Dirección para correspondencia: Tracy A. Lieu, Department of Ambulatory Care and Prevention, Harvard Pilgrim Health Care and Harvard Medical School; e-mail: tracy_lieu@hphc.org.

Comentario

Los resultados del estudio apuntan a que la vacuna pneumocócica conjugada de niños sanos puede ser coste-efectiva, e incluso puede suponer un ahorro para el financiador de los servicios sanitarios y para la sociedad. Los resultados del análisis podrían ser todavía más favorecedores de la estrategia de vacunación si el análisis tuviera en cuenta algunos efectos indirectos de la vacuna que pueden ser importantes. El primero, el hecho de que la vacunación reduce no sólo la mortalidad sino también la morbilidad debida a la otitis media y neumonía, que representan un 90% de los episodios de enfermedad que pueden prevenirse.

Además, la vacunación es un ejemplo clásico de externalidad positiva (1): es posible que la vacunación de un grupo de niños suponga una disminución de la transmisión del virus a perso-

nas no vacunadas. Además, la vacuna puede suponer una disminución en la proporción de infecciones causadas por cepas resistentes a los antibióticos, lo que podría suponer una disminución de la prescripción de antibióticos de amplio espectro a los niños.

Los resultados de este estudio son coincidentes con los de otro estudio reciente que analizaba el efecto de la vacuna pneumocócica conjugada en recién nacidos (2). Del mismo modo, al tener en cuenta los costes indirectos evitados, la vacuna supone un ahorro para la sociedad.

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona

- (1) Juan Gérvas. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. *Economía y Salud. Boletín Informativo de la Asociación de Economía de la Salud. Informe técnico n.º 3. Junio 1999.*
- (2) Hueston WJ, Mainous AG 3rd, Brauer N. Predicting cost-benefits before programs are started: looking at conjugate vaccine for invasive pneumococcal infections. *J Community Health* 2000; 25(1): 23-33.

El realizar dos proyecciones mamográficas en el cribado de cánceres de mama incidentes, solo es coste-efectivo cuando se realiza doble lectura

Johnston K, Brown J. Two view mammography at incident screens: cost effectiveness analysis of policy options. *BMJ* 1999; 319: 1097-102.

Objetivo

El objetivo de este estudio es determinar el coste-efectividad de dos proyecciones en el cribado de cáncer de mama incidente, es decir a partir de la segunda serie de cribado de un programa poblacional, comparando con una sola proyección.

Metodología

El análisis se realizó sobre los 43 programas que realizan solo una proyección con doble lectura y en los 17 programas que realizan una sola proyección con una sola lectura del programa de cribado de cáncer de mama del Sistema Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra y Escocia. Este programa está dirigido a mujeres entre 50 y 64 años de edad, siendo el intervalo entre series de 3 años. Desde 1995, y tras determinar el coste-efectividad de la medida, se realizan dos proyecciones en la primera serie del cribado para detectar los cánceres prevalentes. En las series sucesivas, para detectar cánceres incidentes, se realiza solo una proyección. Para estimar los

costes, se calculó que el tiempo empleado por un lector en una sola proyección (2 placas) era de 0.68 minutos. A partir de ahí se estimaron los tiempos empleados en las diferentes modalidades. La unidad de coste de una sola proyección con doble lectura incluía, además del tiempo del staff, el gasto de material fungible, el mantenimiento de los equipos y el coste de las inversiones realizadas. La efectividad fue medida en términos del incremento en los cánceres detectados en el propio programa.

Resultados

Para los programas que realizaban alguna forma de doble lectura, el coste por cánceres adicionales detectados se incrementó entre 6.589 y 6.716 libras dependiendo de la metodología inicial. Para los programas que habitualmente realizaban una única proyección y lectura simple, el realizar dos proyecciones no se mostró como una opción eficiente. La opción de la doble lectura puede detectar más cánceres a un coste menor. Además, el

análisis de sensibilidad puso de manifiesto que una sola proyección con doble lectura es también una opción eficiente ya que las citas precoces disminuyen.

Conclusiones

El coste-efectividad de realizar dos proyecciones en la detección de casos incidentes va a diferir según el sistema de lectura implantado.

Fuentes de financiación: no constan.

Dirección para correspondencia: Katharine Johnston, Health Economics Research Centre, University of Oxford, Institute of Health Sciences, Headington, Oxford OX3 7LF.

Comentario

Los trabajos sobre el cribado poblacional de cáncer de mama se han centrado fundamentalmente en su capacidad para reducir la mortalidad, aspecto cuestionado tras el reciente artículo aparecido en la revista *Lancet*, pero también en la idoneidad del rango de edad así como en la frecuencia y método del cribado. En relación con el número de proyecciones a realizar, en la mayoría de los programas se ha optado por dos proyecciones mamográficas en la 1ª serie (cráneo-caudal y oblicua-medio-lateral) considerando que incrementa la tasa de detección y disminuye los falsos positivos, y de proyección única (oblicua) en las series sucesivas del cribado (cánceres incidentes). Sin embargo la elevada frecuencia de cánceres de intervalo en algunos programas ha llevado a replantearse la conveniencia de realizar 2 proyecciones también en estas series. Esta medida, con

toda probabilidad, supondría un incremento del coste del cribado, pero también podría resultar un ahorro si consiguiera disminuir el número de citas precoces.

Estudios previos sobre la eficiencia de la medida arrojan resultados bastante consistentes. Las dos proyecciones incrementan la tasa de detección de cánceres infiltrantes de pequeño tamaño (<15 mm) pero no para los cánceres "in situ".

El trabajo aquí comentado es el primero que realiza un análisis de coste-efectividad de estas dos alternativas, y quizás su mejor aportación es plantear, y tener en cuenta, que el coste de esta segunda proyección estará condicionado a la existencia o no de una doble lectura en el programa y también al sistema de doble lectura implantado (consenso entre los dos radiólogos, existencia de un ter-

cer radiólogo como árbitro, etc.). Es decir, los resultados ponen de relieve la importancia de tener en cuenta la situación de partida en evaluación económica. Sin embargo, algunas omisiones limitan el interés del trabajo. Se echa en falta mayor información clínica sobre los cánceres detectados y las posibles diferencias en costes, pero sobre todo los autores no tienen en cuenta ni en el cómputo de tiempo realizado ni en la medida de resultado, el número de proyecciones complementarias realizadas con las diferentes modalidades, necesarias para un correcto diagnóstico en más del 30% de las pacientes. En cualquier caso, ni estas omisiones ni el que se trate de un estudio no experimental, restan importancia a los resultados obtenidos.

Isabel Ruiz Pérez

Escuela Andaluza de Salud Pública

¿Se puede establecer el número apropiado de camas de cuidados intensivos?

Lyons R, Wareham K, Hutchings H, Major E, Ferguson B. Population requirement for adult critical-beds: a prospective quantitative and qualitative study. *The Lancet* 2000; 355: 595-98.

Objetivo

Obtener estimaciones del número de camas de cuidados intensivos que se necesitan para atender satisfactoriamente a una población de 500.000 individuos.

Diseño

El estudio consta de tres fases: a) identificación de los pacientes que pueden requerir cuidados intensivos, b) establecimiento por consenso del nivel asistencial más apropiado en el que atender a cada uno de los pacientes previamente identificados, y c) ofrecer predicciones sobre el número total de camas de cuidados intensivos que se necesitarían para atender satisfactoriamente a la población.

Entorno

Área poblacional de influencia de 5 hospitales que proveen la práctica totalidad de los servicios sanitarios de segundo y tercer nivel dispensados en una zona del sur de Gales (Reino Unido).

Pacientes

Los pacientes se seleccionaron durante 1 año, en doce oleadas consecutivas (mismo día de cada mes) de entre los ingresados en

alguno de los 5 hospitales que cumplieron los criterios de inclusión. El número total de pacientes que participó en el estudio fue de 4.058.

Metodología

Tras la identificación de los pacientes a incluir se confeccionó para cada uno de ellos un resumen que contenía información sobre 160 ítems procedentes de sus historias clínicas. Un grupo de 10 intensivistas valoró los resúmenes, determinando cuál tendría que haber sido el nivel asistencial más apropiado para cada paciente. La definición de necesidad que implícitamente emplea el estudio sólo considera aspectos clínicos. A partir de los códigos de residencia de los pacientes tratados se estimó el número medio de camas que se necesitarían para atender adecuadamente el área de influencia de los 5 hospitales del estudio.

Resultados

Los autores concluyen que el número de camas para pacientes críticos actualmente existentes en el área examinada resulta insuficiente. En concreto, frente a las actuales 29 de intensive care y 67 de high dependency,

cubrir adecuadamente las necesidades de asistencia intensiva de los 500.000 individuos del área exigiría aumentar la dotación de camas hasta 51 y 87 respectivamente.

Además de estas estimaciones, que constituyen el principal objetivo del estudio, la base de datos generada por los autores también les permite obtener un par de resultados adicionales interesantes. Detectan, por un lado, una menor tasa de mortalidad entre los pacientes que fueron adecuadamente tratados (esto es, cuando el nivel asistencial recomendado y el real coincidieron). Por otro lado, no se encontró evidencia de que el nivel de necesidades de cuidados intensivos, que los autores asimilan a las tasas adecuadas de hospitalización en camas para pacientes críticos, fuera distinto en función de las características socioeconómicas de cada una de las 111 zonas electorales que componen el área geográfica objeto de estudio.

Fuentes de financiación: Wales Office of Research and Development for Health and Social Care (Reino Unido).

Dirección para correspondencia: Ronan A Lyons (e-mail: LYONSRA@cardiff.ac.uk).

Comentario

En los países con SNS, sobre todo en aquellos en los que una buena parte de los hospitales son de titularidad pública, una cuestión importante en las agendas de los responsables de la planificación sanitaria es la relativa al nivel y composición que debería tener el dispositivo asistencial para satisfacer adecuadamente las necesidades de la población. En cuanto a la composición, por ejemplo, constituye ya un lugar común en nuestro país la afirmación de que hace falta una reconversión de camas de agudos a crónicos. No obstante, cuantificar la magnitud exacta de ese cambio exige una tarea compleja, y son pocos los que están dispuestos a dar el paso.

En este sentido resulta meritorio el esfuerzo realizado por los autores del presente estudio quienes, insatisfechos con los resultados de

un informe previo efectuado por la "Audit Commission" británica, que se limitaba a evidenciar las enormes diferencias geográficas en cuanto al número de camas de cuidados intensivos sin entrar a valorar cuántas de ellas eran o no necesarias, tratan de ofrecer una respuesta al respecto. Los autores proponen un criterio que permite discutir sobre bases científicas cuál debería ser el nivel de una parte tan importante del dispositivo asistencial como son los cuidados intensivos.

No obstante, a pesar de que los objetivos del estudio resultan ambiciosos e interesantes, se echan en falta en el análisis algunas cuestiones importantes. En primer lugar, nada se dice sobre los costes que puede ocasionar ampliar la oferta de camas para pacientes críticos ni, lo que es más importante, cuáles pueden ser las ventajas relativas de otras in-

tervenciones orientadas a disminuir los problemas de salud que desencadenan episodios asistenciales de cuidados intensivos. Por ello, al no considerar los costes de oportunidad implicados, los resultados de la investigación no permiten justificar rigurosamente posibles reasignaciones de recursos en favor de las unidades de cuidados intensivos. Lamentablemente, el estudio no facilita información sobre los criterios finalmente consensuados por los 10 intensivistas a los que se solicitó opinión y, por ello, no resulta muy útil a la hora de ofrecer una posible guía de discusión y trabajo a investigadores de otros países.

David Casado Marín

CRES y Depto. de Economía I Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

La relación entre tasas de mortalidad y volumen de trasplantes de los centros debe considerarse en su planificación y acreditación

Edwards EB, Roberts JP, McBride MA, Schulak JA, Hunsicker LG. The effect of the volume of procedures at transplantation centers on mortality after liver transplantation. *New England Journal of Medicine* 1999; 341(27): 2049-2053.

Objetivo

Analizar el efecto del volumen de trasplantes de hígado efectuados en cada centro sobre el riesgo de muerte después del trasplante, controlando las diferencias entre los donantes y los trasplantados.

Entorno y descripción de los pacientes

Centros que realizaron trasplantes de hígado en Estados Unidos entre octubre de 1987 y abril de 1994. Se excluyen trasplantes parciales de donantes vivos y trasplantes multiorgánicos.

Intervención

El estudio se centra sólo en los realizados entre 1992 y 1994 y estudia la tasa de mortalidad al año del trasplante según el centro es de bajo volumen –20 o menos trasplantes de hígado al año– o de alto volumen –más de 20 trasplantes de hígado al año. Dicho punto de corte se obtiene del análisis de los datos. También analiza la influencia de la afiliación de los centros de bajo volumen a centros de alto volumen y de las características de los donantes y los trasplantados en esta tasa de mortalidad al año del trasplante.

Para analizar el efecto del volumen sobre la tasa de supervivencia al año del trasplante de hígado se utiliza un modelo aditivo generalizado, que es una extensión de la regresión logística. Esta metodología obtiene estimaciones simultáneas de los efectos de variables, que pueden no ser lineales. Para los trasplantados se analiza el número de trasplantes previos, la edad, la raza, el diagnóstico, condiciones médicas y concentración de creatinina en el momento del trasplante y el año del trasplante. Para los donantes, edad, raza y duración de la isquemia fría. Para las variables categóricas se utiliza el test chi cuadrado y para las continuas, el test de la t de Student.

Resultados

Se estudian 7.363 trasplantes de hígado en 99 centros. Hay 47 centros de bajo volumen que realizan 837 trasplantes– y 52 de alto volumen –6.526 trasplantes–. La tasa de mortalidad al año del trasplante de hígado es de 25,9% para los centros de bajo volumen y del 20% para los centros de alto volumen. 13 centros de bajo volumen tenían una tasa de mortalidad al año superior al 40%. Los cen-

tros de bajo volumen afiliados con centros de alto volumen tenían resultados parecidos a los de alto volumen. La tasa de mortalidad para los centros de bajo volumen no afiliados es de 28,3% frente al 20,1% de los centros de alto volumen y los afiliados ($p < 0,0001$). Tras los ajustes por las variables relevantes la *odd ratio* de morir en un centro de bajo volumen no afiliado es de 2,04 (1,63 a 2,55 como intervalo de confianza al 95%).

Conclusiones

Tanto el número de trasplantes de hígado al año como estar afiliado a un hospital de alto volumen resultan variables significativas para la supervivencia al año del trasplante. Los autores concluyen que la información sobre el número de trasplantes al año debe hacerse pública.

Fuentes de financiación: No constan.

Dirección para correspondencia: Edwards EB. United Network for Organ Sharing, Richmond.

Comentario

La relación entre volumen de procedimientos quirúrgicos complejos y supervivencia está bien establecida (1, 2). En 1994, Hosenpud et al. (3), encontraron el mismo resultado para los trasplantes de corazón. El riesgo de mortalidad al año era un 33% mayor en los centros que realizaban menos de 9 trasplantes al año, independientemente de las características del paciente. La metodología desarrollada por los autores es aplicable al contexto específico de los trasplantes en los hospitales públicos españoles. La conclusión relevante para la política sanitaria española es que la autorización de centros sanitarios para la implantación de programas de trasplantes debe tener en cuenta el llamado "efecto centro", es decir, la curva de aprendizaje y la garantía de un número mínimo de trasplantes al año. La aplicación de modelos de este tipo minimizaría el peso de otros criterios, como la presión política, que nos pueden llevar a

situaciones irracionales de plétora de centros autorizados para programas de trasplantes, como de hecho ocurre. Nos permitirían definir los puntos de corte (número óptimo de trasplantes) para cada variedad de trasplante que serían utilizados como criterios de autorización de obligado cumplimiento para legalizar un nuevo programa, como ocurre con los implantes de derivados hematopoyéticos (Real Decreto 411/1996, BOE 72). También podrían ser incluidos en la definición de estándares a utilizar en el sistema de acreditación que está diseñando la Organización Nacional de Trasplante. Por todo esto sería interesante aplicar y validar la metodología en el contexto sanitario español.

**Rafael Burgos, José Jesús Martín y
M^a del Puerto López del Amo**

Coordinación autonómica de trasplantes de
Andalucía y Escuela Andaluza de Salud Pública.
Granada

- (1) Gordon TA, Burleyson GP, Tielsch JM, Cameron JL (1995). The effects of regionalization on cost and outcome for one general high risk surgical procedure. *Ann Surg*, 221: 43-9.
- (2) Kazmers A, Jacobs L, Perkins, A, Lindenauer SM, Bates E (1996). Abdominal aortic aneurysm repair in Veterans Affairs medical centers. *J Vasc Surg*, 23: 191-200.
- (3) Hosenpud JD, Breen TJ, Edwards EB, Daily OP, Hunsicker LG (1994). The effect of transplant center volume on cardiac transplant outcome: a report of the United Network for Organ Sharing Registry. *JAMA*, 271: 1844-9.

Presupuestos para Equipos de Atención Primaria: Manejar con cuidado

Smith PC. Setting budgets for general practice in the new NHS. *BMJ* 1999; 318: 776-9.

Objetivo

Admitida la indicación de presupuestos para el control de los equipos de atención primaria, recomendar cómo proceder con el instrumento presupuestario para minimizar las reacciones adversas y los efectos secundarios que su empleo provoca.

Contexto

Cada práctica de Medicina General (EAP) de una determinada área geográfica del NHS pertenecerá obligatoriamente a los recientemente creados Grupos de Atención Primaria (GAP). Estos GAP cubrirán una población en torno a los 100.000 habitantes; la autoridad sanitaria les asignará un presupuesto anual y serán responsables de prácticamente todas las necesidades sanitarias de la población. Cada EAP integrante de un GAP será controlado a través de un presupuesto indicativo.

El presupuesto ideal... y sus visibles desviaciones

La fórmula de cálculo del presupuesto de un EAP debe ofrecer un estimador insesgado del nivel esperado de gasto si cada EAP respondiera de forma estándar a las necesidades de su población. Aunque las considerables dificultades técnicas para el estableci-

miento de esa fórmula pudieran superarse, el gasto real de un EAP diferiría del presupuestado por: características de los pacientes no recogidas en la fórmula (socioeconómicas, enfermedades crónicas, cobertura privada...), variaciones en práctica clínica entre EAP, variaciones aleatorias en los niveles de enfermedad y variaciones en precios. Para una población de 10.000 habitantes (moda razonable en EAP) existe un tercio de probabilidades de que el gasto real se desvíe en más de un 10% de un presupuesto bien hecho.

...provocan una variada gama de respuestas por los EAP

Desde gastar lo que "sobre" para que no quede presupuesto sin ejecutar hasta seleccionar pacientes o proporcionar atención sanitaria por debajo de la media para ajustarse al presupuesto.

...cuyas consecuencias negativas pueden mitigarse

La agrupación voluntaria de EAP, y de sus presupuestos, hace que el mayor tamaño poblacional permita una mejor compensación de riesgos y una menor probabilidad de desviaciones. Parecido efecto se consigue agru-

pando años para un mismo EAP de manera que sus desviaciones puedan irse compensando en el tiempo. La exclusión de enfermedades catastróficas o una delimitación de la cartera de servicios, que excluya tratamientos muy costosos, ayudan a construir presupuestos más razonables. Finalmente los EAP pueden reasegurarse mutuamente constituyendo un fondo que, a final del ejercicio, permita que quienes han podido tener excedentes compensen a quienes de manera justificada han incurrido en déficits.

Conclusión

Sí a los presupuestos indicativos pero utilizándolos con mucha precaución: investigar las causas de las desviaciones observadas respecto a lo presupuestado para cada EAP y no establecer incentivos potentes con base en las citadas desviaciones.

Fuente de financiación: Department of Health (Reino Unido).

Dirección para correspondencia: Peter C. Smith. Center for Health Economics, University of York. e-mail: pcs@york.ac.uk

Comentario

El presupuesto constituye uno de los mecanismos menos malos de control de la actividad asistencial. Permite medir de forma aproximada el rendimiento y orientar la compensación de los integrantes de una organización.

La discrecionalidad inherente a la práctica profesional junto con la importancia del conocimiento como factor productivo aconsejan descentralizar en los EAP: que decida, y soporte las consecuencias de las decisiones, aquel que dispone de la información.

La descentralización responsable requiere, no obstante, de buenas medidas de la actuación. De aquella actuación que el profesional controla, no de la que es imputable a características del paciente, de la zona o de otras variables por las que habrá que ajustar.

Mientras no sepamos medir aceptablemente la actividad, los presupuestos en EAP han de

utilizarse de forma indicativa tratando, eso sí, de irlos mejorando con base en un buen entendimiento de las causas de las desviaciones respecto a lo presupuestado. Naturalmente sin medidas válidas de actuación no caben incentivos potentes y menos todavía beneficios económicos. Curiosamente esta cautela, que incorpora el grupo español que tal vez haya utilizado mejor los presupuestos en Atención Primaria (1), no se respetó en la modificación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 11/95 consensuada por PSC y CiU) ni recibe mucha atención en el documento sobre autogestión de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2).

En España, el principal obstáculo de la presupuestación indicativa en Atención Primaria pasa por el desconocimiento de cuál es esa población del EAP: número, nombres y ape-

lidos, edad, género... Aquellas Comunidades Autónomas donde ese problema sea importante han de poner manos a la obra: la información del Censo constituye un excelente punto de partida para dar validez a una variable, la población, que será central en las asignaciones presupuestarias del futuro. Que hace tiempo que debería haber conseguido esa centralidad.

Vicente Ortún Rubio

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

(1) Tamborero G et al. Bases estratégicas del modelo de gestión del Centro de Salud de Son Pisà. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca/Insalud, 2000.

(2) Grupo de trabajo SEMFYC-SEMERGEN 1996. Autogestión en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 482-488.

La satisfacción del usuario tras elegir un plan de salud y antes de experimentar el servicio: cómo medirla y qué factores la afectan

Sainfort F, Booske BC. Measuring Post-decision Satisfaction. *Med Decis Making* 2000; 20: 51-61.

Objetivo

Evaluar una Escala que mide la satisfacción del usuario tras elegir entre varios planes de salud y antes de experimentar el servicio.

Contexto y participantes

La muestra la constituyen 197 trabajadores empleados por el Estado de Wisconsin que provee a sus empleados de un seguro de salud y ofrece la posibilidad de elegir entre 22 planes.

Descripción de la intervención

Los participantes acceden a un sistema informático que les ofrece, en un primer momento (t1) y para cada plan, los siguientes datos: coste (en dólares), % de deducción fiscal, % de copago y calidad percibida por los usuarios (buena / muy buena / excelente). En una segunda fase (t2), los sujetos interrogan el sistema informático para obtener información adicional acerca de los planes ofrecidos.

Medida de los resultados

En t1 y en t2, los sujetos cumplimentan la "Escala de Actitud en las Decisiones", el instrumento cuya validez y fiabilidad se testa. La Escala está compuesta por 10 ítems. La puntuación para cada ítem se mide mediante

una escala tipo Likert de 5 grados. A partir de las puntuaciones obtenidas, se determinan, mediante análisis factorial, las dimensiones que resumen los 10 ítems iniciales.

Tras t2, se miden 2 nuevas variables: deseo de obtener información adicional (sí / no) y percepción sobre la cantidad de información suministrada (insuficiente / correcta / excesiva).

Resultados

La validez y la fiabilidad de la escala son aceptables. El 87,8% de los individuos son capaces de elegir un plan de salud con la información disponible en t1; el 95,4% es capaz de elegir un plan de salud con la información disponible en t2; el 64,2% de los efectivos no cambia la elección efectuada en t1 al ser preguntados en t2.

La satisfacción con la elección es mayor cuando el sujeto ha sido capaz de elegir, cuando no ha cambiado su elección entre t1 y t2 y cuando consideran que la cantidad de información ha sido correcta. La satisfacción es mayor en t2.

La utilidad de la información recibida fue mejor percibida cuando los efectivos fueron capaces de elegir en t2, cuando el sujeto no ha cambiado la alternativa entre t1 y t2 y

cuando consideran que la cantidad de información ha sido correcta.

La adecuación de la información recibida es mejor percibida cuando los efectivos fueron capaces de elegir en t2 y cuando no deseaban más información. En t1, independientemente de que hayan elegido o no, los usuarios consideraron la información inadecuada.

Conclusión

La "Escala de Actitud en las Decisiones" se muestra útil para evaluar la satisfacción del usuario tras elegir un plan de salud y antes de experimentar el servicio. Mejorar la información que se da al usuario para que pueda elegir entre varios planes de salud aumenta su satisfacción con la decisión tomada.

Fuente de financiación: Health Care Financing Administration (Cooperative Agreement No 17-C-90348).

Autor del artículo y dirección para correspondencia: Dr. Sainfort. Center for Health Systems Research and Analysis, University of Wisconsin-Madison. e-mail: sainfort@engr.wisc.edu

Comentario

Al elegir un plan de salud, la evaluación de su calidad presenta variadas limitaciones: no hay una elección "buena" y una elección "mala", la bondad del servicio no se contrasta en el instante posterior a la decisión y la elección se afecta por un marcado componente subjetivo. Por todo ello, se centra la evaluación del plan en la satisfacción del usuario con la decisión tomada.

La escala testada resulta ser adecuada para medir la satisfacción del usuario al elegir un plan de salud y antes de observar los efectos de la elección. El artículo demuestra que las dimensiones de la calidad asociadas a la decisión tomada se resumen en 3: satisfacción con la elección, utilidad de la información recibida y adecuación de la información recibida.

En general, y a diferencia de lo observado por otros autores (1), mejorar la información que se da al usuario para que pueda elegir entre varios planes de salud aumenta su satisfacción con la decisión tomada.

La aplicación del estudio en nuestro medio pasaría por extrapolar el problema de la decisión por parte del paciente a nuestra oferta de servicios. Imaginemos que el usuario de nuestro sistema de salud puede elegir y elige un hospital, un médico, un tratamiento o si acude o no al médico de atención primaria. ¿Cómo medir su satisfacción con la decisión tomada? ¿Qué variables influirían en su decisión? El uso de la escala testada no puede extrapolarse a otros problemas de salud, dada la especificidad del objeto elegido (plan

de salud) y la particular estrategia utilizada en la intervención.

Así pues, sigue siendo necesario profundizar en la relación que existe entre la participación del usuario en las decisiones que le afectan y su satisfacción, sin olvidar el efecto que dichas decisiones podrían tener en la medida de resultados de salud.

Rafael Liedó

Hospital Clínico de Barcelona

(1) O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999; 319 (7212): 731-4

Un esquema racional para mejorar el seguimiento de las Guías de Práctica Clínica

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PC, Rubin HR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.

Contexto

Pese a su amplia divulgación, las guías de práctica clínica (GPC) están teniendo efectos limitados en modificar el comportamiento de los clínicos. Aún existe escaso conocimiento sobre los factores y procesos implicados en el cambio de las prácticas profesionales en respuesta a las GPC.

Objetivo

Realizar una revisión de las barreras que interfieren en el seguimiento de las GPC por parte de los clínicos.

Metodología

Revisión Sistemática. Tras identificar a partir del título 5.658 artículos, dos revisores analizaron independientemente los textos completos y seleccionaron 76 publicaciones que cumplían los criterios preestablecidos. En caso de discrepancia un tercer investigador resolvía las diferencias de acuerdo.

Resultados

Los 76 artículos analizados contenían 5 estudios cualitativos y 120 encuestas, con un total de 293 cuestiones distintas sobre barreras al seguimiento de GPC por parte de los clínicos. Los siete tipos de barreras definidos

por los autores aparecían en número desigual en los estudios: el desconocimiento en 46, la falta de familiaridad en 31, el desacuerdo en 33, la autopercepción de eficacia en 19, la falta de expectativas en la efectividad en 8, la capacidad de superar la inercia profesional en 14 y las barreras externas en 34.

Comentario de los autores

El cambio de comportamiento que se trata de conseguir mediante las GPC, se analiza a través de la secuencia conocimiento-actitudes-comportamiento. Esta secuencia se considera la forma idónea y sostenible en el tiempo de modificar la práctica profesional. Por ello, se estudian las barreras al seguimiento de las GPC dentro de ese esquema. Así, se identifican dos tipos de barreras al conocimiento: la falta de familiaridad y el grado de conocimiento; cuatro tipos de barreras al cambio de actitudes: el desacuerdo con las GPC (respecto a una guía específica o con las GPC como concepto), la autopercepción del profesional como no capaz de aplicar las recomendaciones de la guía, la falta de expectativas en el impacto de la guía y la inercia de la práctica existente; y un único tipo de barreras al comportamiento, las denominadas barreras externas en las que se agrupan

las derivadas de factores ambientales y organizativos, de las características de los pacientes y de las propias GPC (existencia de guías contradictorias, etc.).

Conclusiones

La revisión ofrece un diagnóstico de las razones que pueden explicar el escaso seguimiento de las GPC por parte de los clínicos y categoriza las barreras existentes, lo que puede facilitar que los estudios sobre la efectividad de las intervenciones que tratan de mejorar el seguimiento de las GPC contemplen no únicamente la naturaleza de la intervención en sí misma, sino también las barreras existentes en cada contexto organizativo. En consecuencia, aporta un esquema racional para mejorar el seguimiento de las GPC y un marco para investigaciones futuras.

Financiación: Estudio financiado parcialmente por la Robert Wood Johnson Foundation.

Dirección para correspondencia: Michael D. Cabana. Division of General Pediatrics. University of Michigan Health System. e-mail mcabana@umich.edu

Comentario

La publicación y difusión pasiva de guías de práctica clínica tiene una influencia muy limitada en modificar la práctica clínica (1,2,3). Diversos autores (1,3) han analizado qué intervenciones son más efectivas en conseguir que los clínicos sigan las recomendaciones de las guías, resultando que son las intervenciones "activas" y "múltiples" las que obtienen mejores resultados.

El artículo centra su análisis en las barreras que obstaculizan el seguimiento de las GPC por parte de los clínicos. Para ello han diseñado un marco conceptual (basado parcialmente en 3) y clasificado las barreras en siete categorías, asimismo han realizado una revisión sistemática que les permite relacionar la evidencia disponible con su modelo. El modelo que proponen es bastante más complejo y exhaustivo que las aproximaciones precedentes. Su principal interés reside en el

hecho de que aporta las bases para que el análisis de intervenciones organizativas destinadas a la implementación de GPC no se concentre únicamente en la caracterización de la intervención y de su impacto, sino que también contemple las barreras al cambio existentes en ese entorno. Así la efectividad de la intervención dependerá del resultado final en relación a la intensidad de las barreras existentes.

Se trata de un área que aún requiere mayor investigación. Pero el hecho de que se identifiquen las intervenciones múltiples y activas como las más efectivas en la implementación de GPC parece sugerir que las barreras al cambio son también múltiples como sugiere el modelo de Cabana et al. El cual aporta un esquema racional que puede permitir en el futuro la utilización selectiva de aquellas intervenciones más efectivas en la mejora del seguimien-

to de las GPC en atención a las barreras al cambio existentes en cada entorno.

Roberto Nuño Solinís

Organización Mundial de la Salud - Ginebra

- (1) Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed Educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
- (2) Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993 Nov 27; 342: 1317-22.
- (3) Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 157(4): 408-416, August 15.

Implantar soluciones requiere poder

Olson M. *Power and Prosperity*. Nueva York: Basic Books, 2000.

Problema

¿Cómo surge el poder en las sociedades? ¿Cómo se pasa de la autocracia a la democracia? ¿Por qué unas sociedades son pobres y otras ricas?

Método

El libro hila argumentos concisos y remite la prueba formal de los mismos a diversos artículos académicos previamente publicados por el autor. Las evidencias históricas se utilizan para ilustrar los argumentos.

Resultados y conclusiones

Power and prosperity recupera alguna de las ideas ya divulgadas por Olson en sus libros previos: *The logic of collective action* y *The rise and fall of nations*. Y arranca precisamente con una de ellas: el autócrata estable que consigue el poder por la fuerza supuso un notable avance respecto a las bandas errantes de ladrones sin otro interés que la

depredación total de las sociedades a las que esquilaban. En efecto el bandido estable controla los tipos impositivos y fomenta los bienes públicos para estimular el crecimiento y aumentar sus ingresos futuros. Una perspectiva temporal dilatada –long live the king– contribuye a que el autócrata tenga un interés amplio en el bienestar de la sociedad. De la misma manera que la autocracia resulta más deseable que la anarquía, la democracia mejora la autarquía pues obliga a que los intereses a considerar sean todavía más amplios y comprensivos. Tanto más cuanto mejores sean los sistemas de controles y equilibrios.

La diferencia entre los países ricos y países pobres no se debe a que éstos no conozcan los mercados (más bien sorprende al viajero su proliferación en muchos países muy pobres) sino a que los países menos desarrollados –o que tienen dificultades para desarrollarse como muchos países de la antigua

URSS– carecen de las instituciones o reglas de juego adecuadas.

Olson concluye que la prosperidad de los países precisa de dos condiciones: La primera, unos derechos individuales seguros y bien definidos, necesarios para estimular una especialización productiva capital intensiva y un intercambio contractual rico en posibilidades y garantías. La segunda, la ausencia de predación, predación que puede darse incluso en países con los mejores derechos individuales por medio de la actuación de grupos de interés que coluden, consiguen regulaciones favorables y obtienen rentas.

Fuentes de financiación: No constan.

Dirección para correspondencia. Mancur Olson falleció en 1998.

Comentario

Cualquier gestor siente que encontrar soluciones acertadas resulta relativamente fácil. Lo difícil es aplicarlas. La formación universitaria insiste en las habilidades analíticas pero de poco valen las mejores ideas e invenciones si no saben implantarse. Gestionar cualquier cambio, implantar un curso de acción, requiere comportamientos habilidosos y poder. Y no basta el poder que la autoridad formal confiere: hay que complementarlo con reputación, conocimiento, buen acceso a la información, control de recursos clave, amigos y aliados... Existen recetarios acerca de cómo gestionar con poder pero donde empieza a acumularse conocimiento científico muy útil es acerca del funcionamiento de las sociedades tratando de contestar las sempiternas preguntas acerca de cuáles son las claves del éxito. Los mercados pueden constituir una condición necesaria pero nunca suficiente. Una sociedad necesita unas reglas de juego que hagan que resulte individualmente

atractivo embarcarse en actividades socialmente beneficiosas.

Olson llega a una conclusión muy parecida a la de otros estudiosos muy conocidos, particularmente el Nobel North (1), quien en diversas obras ha utilizado la Mesta española como ejemplo de institución retardataria, y su trabajo puede fácilmente conectarse con el de "institucionalistas" como Putnam (2) o historiadores como Landes (3) que se plantean preguntas muy parecidas y que las han contestado con una extensa evidencia empírica. Finalmente conviene relacionar el resurgimiento del interés por las grandes cuestiones del poder y la prosperidad con el estrepitoso fracaso sanitario y económico de la transición hacia economías de mercado de muchos de los países de la antigua URSS. Resulta muy ilustrativa la prédica, que no la práctica, del Banco Mundial (4) con sus publicaciones re-descubridoras del importante papel del Estado en una sociedad y, en general, del papel

clave que las instituciones (restricciones creadas por el hombre que regulan su interacción económica, política y social) en el progreso humano.

Vicente Ortún Rubio

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

- (1) North D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990.
- (2) Putnam R. *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press, 1993.
- (3) Landes D. *La riqueza y pobreza de las naciones. ¿Por qué unas son tan ricas y otras tan pobres?* Barcelona: Crítica, 1999.
- (4) Banco Mundial. *El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997*. Washington DC, 1997.

La dudosa eficacia de los contratos-programa en el NHS

Dawson D, Goddard M. Long-term contracts in the NHS: A solution in search of a problem. *Health Economics* 1999; 8: 709-720.

Objetivo

En Gran Bretaña, el NHS ha modificado los contratos-programa de carácter anual con los proveedores por otros de mayor duración. Con este cambio se espera que se desarrolle un marco más estable para las inversiones y una mejora en la asunción de riesgos. El objetivo del estudio es contrastar estos argumentos desde la perspectiva de la economía de la organización para evaluar su fundamento y resultados previsibles.

Contexto

Los contratos-programa con una duración mínima de 3 años se han generalizado en el conjunto del NHS desde el 1999. El sistema de negociación anual daba lugar a unas relaciones de confrontación en lugar de las de cooperación que el gobierno intentaba estimular. A pesar de que anteriormente podían establecerse contratos-programa de mayor duración, en la práctica se habían realizado muy pocos.

Desde la economía de la organización se señala que una mayor duración del contrato conducirá a una mayor eficiencia potencial si existen activos específicos (aquellos que su uso alternativo fuera de la relación contractual suponen una pérdida de valor). Un contrato a corto-plazo con presencia de activos específicos (de localización, físicos, capacidad dedicada, capital humano) da lugar a un nivel de

inversión inferior a la óptima y se abren mayores posibilidades para el oportunismo post-contractual y para la renegociación. Un contrato de larga duración trata de equilibrar los incentivos de las partes desde el principio.

Los autores se preguntan si realmente existen activos específicos en el NHS y si en los contratos se asumen los riesgos de tal forma que se minimice el oportunismo y aparezcan soluciones cooperativas. La respuesta es obvia. En el NHS los contratos son una ficción legal y por consiguiente no tienen la característica propia de todo contrato que es la denuncia de su incumplimiento ante los Tribunales.

Desde el punto de vista de los activos específicos, los autores analizan la localización y capacidad dedicada. Dado que la propiedad de los proveedores es pública, los activos específicos no son relevantes para definir la duración del contrato. Desde el punto de vista de la asunción de riesgos sucede que en la práctica el presupuesto anual es el que debe cumplirse y finalmente el riesgo de todos los proveedores públicos es asumido conjuntamente por el sector público. No hay transferencia posible de riesgos financieros.

Diseño

Se realizó un análisis de las prácticas contractuales en dos Regiones a las afueras de

Londres. Se disponía de 106 contratos de Health Authorities y 177 de GP Fundholders.

Resultados

En cinco de las seis Health Authorities los contratos era de 3 años de duración. Prácticamente todos los contratos de GP Fundholders eran de un año de duración. Pero en todos los casos, el volumen de actividad y su retribución se fijaban anualmente. De esta forma consideran que en la práctica no son contratos de larga duración.

Conclusión

El establecimiento de contratos-programa de mayor duración no contribuye a satisfacer los objetivos gubernamentales de un marco para una mejor inversión y asunción de riesgos. Los autores acaban sugiriendo la aplicación de mecanismos de regulación de incentivos semejantes a los utilizados en sectores como gas o electricidad.

Fuente de financiación: Department of Health (Reino Unido).

Dirección para correspondencia: Diane Dawson, Centre for Health Economics, University of York, York YO10 5DD, UK.

Comentario

El conocimiento científico se desarrolla para poder comprender mejor ciertos fenómenos. Para ello necesitamos establecer hipótesis de partida y luego demostrarlas. La retórica en cambio, trata de persuadir mediante el uso del lenguaje y la comunicación. En este segundo caso, para convencer del argumento a la audiencia no se necesita de metodología científica, las palabras son fundamentales.

La utilización de la retórica del mercado y de la palabra "contrato" en los Sistemas Nacionales de Salud ha dado lugar a múltiples confusiones e infundadas esperanzas. El Sector Público se caracteriza por ser una organización jerárquica donde las decisiones se toman fruto de la autoridad. En el mercado, los contratos son un acto de voluntad entre las partes.

El problema en el NHS no reside en si los "contratos" deben durar más o menos y cuáles son sus efectos (utilizando sesgadamente la economía de la organización), el problema es que simplemente no existen "contratos" en el NHS, puesto que no surgen de un acto de voluntad entre las partes ni pueden reclamarse ante los Tribunales.

Por otra parte, la vía que abren los autores para superar esta limitación es todavía más atrevida. La aplicación de mecanismos regulatorios utilizados en sectores como la electricidad, gas u otros no tiene ningún sentido en el sector salud. Antes se necesita tener presente que existe una realidad aseguradora y no sólo prestadora de servicios, y que las relaciones de agencia existentes son especialmente complejas.

El marco para una evolución del sector público sanitario no pasaría necesariamente por "contratos-programa" cuya eficacia es limitada, sino por reestructurar la relación seguro-provisión y reformar los incentivos existentes en la provisión desde dos perspectivas: derechos de propiedad y organización interna (1). Olvidemos la retórica por un momento y pasemos a la acción.

Pere Ibern

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

(1) Fuchs, VR. Individual and social responsibility: child care, education, medical care, and long term care in America. Chicago: University Press of Chicago, 1996.

¿Se aseguran en Cataluña privadamente los más ricos o los más enfermos?

Vera-Hernández, A M. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia, *Health Economics* 1999; 8: 579-598.

Problema:

¿A alguien con cobertura sanitaria pública por qué le puede interesar asegurarse doblemente por determinadas prestaciones sanitarias? Entre el 20% de asegurados de Cataluña, ¿encontramos los más ricos o los relativamente más enfermos?

Tema relevante en el campo de la política sanitaria:

a) ¿Por qué razón ciudadanos con problemas de salud similares difieren en la utilización que realizan de los servicios médicos?
 b) ¿Qué costes o barreras de acceso interfieren y cómo incide ello en la equidad de los sistemas públicos y en el control del gasto?
 c) ¿Deberíamos subvencionar la compra de seguro sanitario privado? ¿Cómo varía su opinión de acuerdo con: (i) si los que se han de asegurar privadamente por requerir una utilización más elevada (al tener peor salud) son los pobres; (ii) si dicha cobertura privada ahorra utilización de otro modo pública de los más pudientes, que así evitan el sistema público o (iii) si la doble cobertura no sustituye efectivamente utilización "necesaria", sino simplemente genera muchas más visitas consideradas "innecesarias" (resultantes del "abuso moral").

En definitiva, ¿se debe el mayor porcentaje de visitas observado (según los datos, un 8%

más) a que dichos suscriptores están más enfermos o simplemente a que, dado que están "más asegurados" sobreconsumen en exceso?

Método

Para contestar la cuestión anterior hemos de aislar el efecto de las variables socioeconómicas de las relativas al estado de salud de la población, en la decisión primero de comprar seguro privado y de utilizar después en mayor medida los servicios sanitarios disponibles.

Análisis econométrico a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 1994.

Variables y modelo

Visitas al especialista como variable a explicar. Variables socioeconómicas (educación, renta, empleo y clase social) y de estado de salud (de la ESCA), más otras variables de ajuste (edad y sexo).

Utilización del método de máxima verosimilitud y método generalizado de momentos, apropiado este último para recoger no sólo la no negatividad de la variable a explicar (valores cero o positivos de las visitas a los especialistas en los 12 meses anteriores a la encuesta) sino también la endogeneidad de la

decisión de compra de seguro sanitario (resultado a su vez de una potencial mayor demanda, ya sea por una mayor "necesidad" (peor estado de salud), ya sea por efecto de una renta más elevada y una mayor disposición a pagar por determinados servicios prestados privadamente).

Resultados

Los ciudadanos que se aseguran doblemente son los que sufren peor condición de salud. Este es el caso al menos de los cabezas de familia, que son quienes inducen, previsiblemente, la suscripción de la póliza para el conjunto de la familia. Sin embargo, para estos últimos, sí parece que la doble cobertura incentiva una mayor utilización innecesaria de los servicios, aunque ello no puede considerarse totalmente resultado del abuso moral (sobreconsumo, dada la cobertura adicional).

Fuente de financiación: Beca predoctoral del Comisionado para las Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya.

Dirección para correspondencia: Depto. de Teoría Económica de la Univ. Autónoma de Barcelona. 08193-Bellaterra. <avera@idea.uab.es>

Comentario

Los cabezas de familia, suscriptores iniciales de las pólizas, ceteris paribus, parecen situarse en el segmento de peor salud relativa, de modo que de no considerar dicho factor estaremos sesgando al alza el impacto del aseguramiento sobre la utilización, generando la falsa impresión de que dicho seguro genera un exceso de consumo. Si esto es así, las aseguradoras privadas cubrirían este segmento de "malos" y no de "buenos" riesgos, contrariamente a lo que a menudo se juzga.

Destaca del trabajo el rigor metodológico (las variables instrumentales de la estimación se derivan de un modelo teórico de demanda de servicios sanitarios), la claridad argumental y la robustez de la estimación. No en vano me-

reció uno de los premios a la mejor investigación en Economía de la Salud en la última conferencia de la International Health Economics Association, celebrada en junio pasado en Rotterdam.

El tema tiene además interés a la vista de los cambios introducidos en la fiscalidad de nuestros seguros sanitarios. En efecto, como es sabido, el nuevo IRPF (Ley 40/1998) ha introducido la posibilidad de considerar rentas en especie, exentas de tributar, pero sí susceptibles de ser computadas como gasto en el impuesto de sociedades, las primas o cuotas satisfechas, hasta un máximo de 200 mil ptas., por cobertura sanitaria a entidades aseguradoras. Dicha política resulta coherente con la investigación aquí comentada, en el

sentido de que si se extiende el sistema de asegurarse a través de las empresas, se relaja el efecto que comporta la suscripción privada, preferentemente hoy de "malos riesgos". De este modo pueden acceder al seguro privado ciudadanos que individualmente no lo comprarían, al tratarse de "buenos riesgos", pero sí lo pueden hacer de forma colectiva al resultar más económica su suscripción.

Con buena base empírica, método robusto y estimación impecable, ¿cómo podemos obviar los resultados de una investigación que choca con prejuicios?

Guillem López-Casasnovas

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

No sólo de “evidencia” vive el establecimiento de prioridades sanitarias

Norheim OF. Health care rationing – are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *BMJ* 1999; 319: 1426-29.

Problema

¿Pueden las guías de práctica clínica, basadas en la mejor evidencia científica disponible (GCBE), ser directamente utilizadas como instrumento de racionamiento?

Objetivo

Proponer cómo las GCBE –en tanto que mecanismo para racionar– pueden mejorarse implicando al paciente y a la sociedad.

Contexto

El de un autor de Noruega (82.2% de financiación pública del gasto sanitario en 1997 (1)) escribiendo en la sección de debate del *BMJ*, la revista clínica que más atención ha dedicado al tema del establecimiento de prioridades sanitarias, y en un país, el Reino

Unido, también con un elevado porcentaje de financiación pública del gasto sanitario (el 83.4% en 1997 (1)).

Contenido y conclusiones

Aunque una guía de buena práctica clínica sea válida, importante y aplicable no podrá considerarse un instrumento legítimo para racionar recursos sanitarios si no cumple unos requisitos de aceptabilidad social. Aceptabilidad tanto del proceso de elaboración de la guía como de su resultado final. La aceptabilidad del proceso requiere información amplia, implicación de profesionales de diversas disciplinas, participación de los pacientes y de la sociedad y conseguir que cada palo aguante su vela para que la política no se disfraze de clínica. Por otra parte, la acepta-

bilidad del resultado –la guía– exige transparencia en los criterios de inclusión/exclusión y conseguir situar a cada mochuelo en el olivo que le corresponda, sea éste el de la efectividad clínica, el de los costes sociales o el de los criterios no médicos (edad, productividad, nivel socioeconómico, género...). No pueden, por tanto, utilizarse las GCBE directamente para racionar recursos sanitarios.

Fuente de financiación: No consta.

Dirección para correspondencia: O.F. Norheim. Division for General Practice. University of Bergen, Noruega. e-mail: ole.norheim@ist.uib.no

Comentario

El artículo señala claramente cómo las GCBE pueden quedar afectadas por el síndrome de Trini López (quien disponiendo de un martillo –las guías– veía todos los problemas –racionamiento incluido– como clavos). Buen diagnóstico. Lo discutible estriba en la solución propuesta: en lugar de recomendar el uso de la herramienta adecuada para cada problema *en cada circunstancia*, Norheim propone convertir las GCBE en una especie de cuchillo suizo multi-usos universal.

El análisis efectuado de las limitaciones de las guías resulta coherente aunque al centrarse en el binomio racionamiento-guías se puede olvidar muy fácilmente que, entre todos los mecanismos de racionamiento, las guías figuran entre los de menor importancia práctica. Olvidando por un momento las consideraciones peyorativas del término racionamiento podríamos compartir la definición de Norheim: Racionamiento constituye la privación de atención sanitaria potencialmente beneficiosa mediante los arreglos financieros u organizativos de un sistema sanitario. El mercado, la política y la clínica intervienen en el proceso de racionamiento. Así, se puede racionar excluyendo a colectivos de la cobertura sanitaria, estableciendo precios para los servicios sanitarios, y también diluyendo la

calidad de los servicios en cualquier dimensión (prontitud, adecuación...). Cada país tiene su particular manera de establecer prioridades sanitarias. Normativamente podría decirse que se trata de maximizar una función de bienestar social con unos recursos determinados, función de bienestar social ético-axiomática... *función cuya validez depende de la legitimidad del proceso de decisión social que lleva a su establecimiento y del grado en que dicha función refleja valores sociales compartidos* (2). Y es aquí donde conviene reconocer la multiplicidad de aproximaciones: Desde la investigadora (3) (conocer cómo los valores sociales se expresan o cómo se incorpora la equidad o la edad...) hasta la aproximación más política: ¿Cómo se evoluciona hacia una sociedad más democrática? ¿Se quiere realmente que el establecimiento de prioridades sea explícito? Hay que recordar que la decisión implícita, habitual en estos momentos, tiene también sus ventajas: Desde las más cínicas de evitar el compromiso previo y la subsecuente rendición de cuentas hasta la de ahorrar la desutilidad que originan las negativas explícitas tanto en quien las padece como en quien las establece (4).

En España, el Decreto 63/1995 de ordenación de prestaciones del SNS y el Real De-

creto 83/1993 de financiación selectiva de medicamentos sentaron las bases para un establecimiento explícito de prioridades. El siempre creciente fundamento científico de la práctica clínica contribuye a la mejora de la efectividad de los servicios sanitarios y con eso tiene bastante. Pensando en mejorar nuestro establecimiento de prioridades sanitarias, habría que empezar por la falta de transparencia: notable en la actividad pública, tremenda en la actividad privada.

Vicente Ortún Rubio

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

- (1) OECD Health Data 1999.
- (2) Ortún V. Sistema sanitario y Estado del Bienestar. ¿Todo, para todos y gratis? En Amor JR (ed): Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2000, 95-124.
- (3) Pinto JL, Sánchez JR. Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a información sobre preferencias sociales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- (4) Coast J. The rationing debate. Rationing within the NHS should be explicit. The case against. *BMJ* 1997; 314: 1114-1118.

Luces y sombras de los incentivos financieros a los médicos de atención primaria en EE.UU.

Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman A. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med* 1998; 339: 1516-21.

Problema

El uso de incentivos financieros por parte de las organizaciones sanitarias que aplican las técnicas de gestión conocidas como "managed care" es controvertido. ¿Qué efectos indeseados producen dichos incentivos financieros sobre la práctica clínica de los médicos de atención primaria?

Objetivo

Determinar si los incentivos financieros son muy frecuentes, cuál es su cuantía, cuáles son las variables de la práctica clínica a la que se asocian estos pluses y cómo afectan a la percepción que tienen los médicos de su atmósfera de trabajo y la calidad de la atención que prestan.

Método

Análisis estadístico multivariante de un cuestionario enviado por correo a los médicos de atención primaria, con contrato con organizaciones de "managed care", ejerciendo en las comarcas más pobladas de California en 1996. Estos criterios de selección abarcaban el 79% de los médicos de primaria de California; la tasa de respuesta fue del 71%; la muestra final contiene 766 médicos.

Resultados

Un 38% respondió que, efectivamente, su contrato con la aseguradora incorporaba algún tipo de plus financiero. La base de la remuneración era el salario en un 54% de los casos, el pago capitativo en un 32% y el pago por acto en un 14%. Este plus representaba una mediana del 7% de la renta anual neta de los médicos (aproximadamente 10.500 dólares o un millón y medio de pesetas). Los incentivos estaban ligados —más o menos en porcentajes similares— al volumen de derivaciones a especialistas y hospitales, a la productividad, a las prescripciones farmacéuticas, a la calidad de la atención y a la satisfacción de los pacientes. Estos incentivos se asociaban de una manera selectiva a cierto tipo de presiones que los médicos afirmaban percibir. Un 57% dijo sentir que la organización les presionaba para limitar las derivaciones a niveles superiores de atención; hasta un 75% sentían presión para incrementar el número de pacientes vistos por día y un 28% se sentían presionados a limitar la información que debían dar a los pacientes sobre alternativas de tratamiento. Aproximadamente un tercio de los que respondieron afirmativamente a cada uno de estos tipos de presión opinaba que dicha

presión comprometía la asistencia dada a los pacientes.

Los médicos cuyo sistema de incentivos estaba ligado a la productividad estaban en general menos satisfechos con su práctica clínica que los otros; mientras que aquellos cuyos incentivos estaban ligados a la calidad de la asistencia o a la satisfacción de los pacientes eran más propensos a estar contentos con su práctica médica (el porcentaje total de satisfechos con su práctica clínica era el 49%).

Conclusión

Es improbable que florezca una atención de alta calidad en un ambiente de práctica médica que deja a los médicos desmoralizados y pensando que los estándares adecuados de atención están siendo comprometidos.

Fuente de financiación: no consta.

Dirección para correspondencia: K. Grumbach, University of California at San Francisco, Box 1364, San Francisco, CA 94143-1364.

Comentario

Se trata de un bonito trabajo procedente, una vez más, de ese vivero de innovación en gestión sanitaria que es California. La importancia del artículo reside en lo novedoso de la perspectiva bajo la cual se analizan los incentivos financieros. En lugar de analizar el impacto que tienen dichos incentivos sobre el número de visitas o los costes, la investigación se centra en la percepción que tienen los médicos de los efectos de los incentivos sobre sus condiciones de trabajo y su satisfacción profesional. Ello permite a los autores resaltar la atmósfera de elevada presión e insatisfacción que conllevan algunos de los instrumentos de gestión en el ámbito del "managed care". Lo cual, a su vez, introduce sombras en lo que de otra forma es la corriente dominante a favor de la utilización de las mencionadas prácticas de gestión. Dicho

de otra forma, los incentivos financieros pueden constituir una técnica aceptable para lograr ciertos objetivos, pero siempre que sean muy limitados y no estén ligados a variables que pongan en cuestión el acceso de los pacientes a las diferentes alternativas de atención sanitaria.

Metodológicamente, el estudio parece impecable. El cuestionario estaba muy cuidado (aunque era muy largo y laborioso de contestar, por lo que la elevada tasa de respuesta sólo se explica por el civismo de los californianos y la afición al correo que en general tienen los americanos) y el análisis estadístico fue muy completo. Sin embargo, tengo una reserva que creo conveniente plantear porque puede ser generalizable. A pesar de que los autores destacan que no había dife-

rencias significativas en cuanto a edad, sexo, raza o especialidad entre los que respondieron el cuestionario y los que no lo hicieron, en mi opinión, cabe la posibilidad de que ambos grupos difirieran en una variable inobservable, pero importante, cual es la actitud previa hacia la cuestión planteada. Es decir, es posible que hayan respondido proporcionalmente más aquellos que, por ejemplo, están más descontentos o mantienen una posición más beligerante en contra del "managed care". En general, parece pues conveniente tratar de delimitar estas actitudes previas hacia el tema objeto de cualquier encuesta.

Marisol Rodríguez
Universidad de Barcelona

El envejecimiento demográfico y la demanda futura de servicios sanitarios: ¿Más personas mayores y más enfermas?

Singer B H; Manton K G. The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States. *Proceedings of The National Academy of Sciences* 1998; 95: 15618-15622.

Problema

Aunque el estado de salud de los ancianos va a ser uno de los determinantes fundamentales de la evolución futura de la demanda de servicios sanitarios, las proyecciones sobre la evolución futura de sus costes se basan en el discutible supuesto de que su estado de salud permanecerá constante. Este trabajo pretende discutir cómo variarían los resultados de tales proyecciones oficiales si incorporaran supuestos más razonables sobre la evolución futura del estado de salud de las personas mayores.

Datos

Procedentes de cuatro encuestas con información longitudinal sobre sendas muestras de la población estadounidense mayor de 65 años. Además de información socioeconómica diversa, dichas encuestas contienen numerosas variables que tratan de aproximar el estado de salud y el grado de incapacidad funcional de los entrevistados.

Metodología

Los resultados obtenidos tras la explotación de las cuatro encuestas muestran una reducción sostenida en las tasas de prevalencia de problemas de dependencia y trastornos cró-

nicos entre las sucesivas cohortes de población anciana. Los autores recalculan las proyecciones oficiales estableciendo nuevos supuestos sobre la evolución futura del estado de salud de los ancianos. En concreto, frente al supuesto oficial de ausencia de cambios en el estado de salud de las nuevas generaciones de viejos, sugieren realizar las proyecciones suponiendo una reducción del 1.5% anual en la tasa de prevalencia de problemas crónicos incapacitantes, que es lo que muestran los datos ha ocurrido en los EE.UU en los últimos años.

Resultados y conclusiones

Cuando se asume una reducción del 1.5% anual en la tasa de prevalencia de problemas crónicos incapacitantes, los resultados sugieren que el ratio de apoyo –el número de personas económicamente activas entre 20 y 64 años sobre el total de individuos de 65 años o más que previsiblemente exhibirán algún problema crónico incapacitante– se mantendrá en el horizonte futuro (1996-2070) al mismo nivel que éste exhibía en 1994, año en el que el "Hospital Insurance Trust Fund" se encontraba en una situación de equilibrio presupuestario. Por el contrario, si no se admite la posibilidad de que acontezcan cam-

bios en el estado de salud de las nuevas generaciones de ancianos, las proyecciones resultantes, coincidentes con las oficiales, arrojan para el año 2070 un déficit de magnitud considerable. En concreto, el déficit alcanzado sería de un 63 % por debajo del equilibrio presupuestario.

Así pues, si se pretende obtener proyecciones ajustadas del impacto económico que realmente puede tener el proceso de envejecimiento demográfico sobre los servicios sanitarios y su financiación, resulta necesario contar con datos longitudinales que puedan ser utilizados en modelos de simulación capaces de capturar la intrincada dinámica de todos los factores implicados (epidemiológicos, sanitarios y económicos).

Fuentes de financiación: National Institute on Aging (EE.UU.).

Dirección para correspondencia: Burton H Singer (e-mail: singer@opr.princeton.edu).

Obtención gratuita del documento: www.pnas.org

Comentario

El envejecimiento demográfico que experimentan los países desarrollados, y sobre todo la intensificación a medio plazo del mismo que sugieren todas las proyecciones demográficas, ha encendido las señales de alarma en cuanto a la sostenibilidad futura de los actuales niveles de gasto sanitario. El argumento que se utiliza para llamar la atención sobre este extremo es sencillo: puesto que el mayor gasto sanitario relativo de las personas mayores constituye un dato sobradamente conocido, el hecho de que cada vez el porcentaje de personas mayores sea superior (envejecimiento demográfico) supone una fuente de tensión evidente para la financiación del sistema.

No obstante, más allá de la constatación de esta obviedad, resulta necesario tratar de cuantificar la magnitud de estos efectos

para que el debate sobre esta cuestión se efectúe sobre un terreno abonado con la mayor evidencia empírica posible. Así pues, como pone de manifiesto el trabajo reseñado, resulta evidente que el número de personas mayores no va a ser el único factor que determine los costes futuros de proporcionar servicios sanitarios a los individuos que requieran ayuda. Además de la combinación relativa de las distintas fuentes de asistencia (atención primaria, atención domiciliaria, etc.), el estado de salud y la capacidad funcional de los ancianos del futuro serán, entre otras, variables que afectarán la cantidad de recursos necesarios para atender a las personas mayores. Por ello, todo ejercicio de proyección de costes debería aspirar a integrar en su análisis la posible evolución de esas otras variables no demográficas.

A este respecto, España cuenta con una ventaja importante en relación a otros países de nuestro entorno: nuestra generación de "baby-boomers" empezará a cumplir 65 años en el 2025, casi 15 años después que en el resto de países europeos. La principal ventaja de este retraso, además de concedernos un margen de maniobra superior, es que nos ha de permitir aprender de las experiencias que vienen desarrollando desde hace más de una década algunos de los países de nuestro entorno. En este sentido, por ejemplo, la adaptación a nuestro contexto de este trabajo, o de otros similares, puede constituir un buen punto de partida.

David Casado Marín

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

La mejoría clínica no justifica el tratamiento rutinario con antibióticos a todos los niños entre 6 y 24 meses con otitis media aguda

Damoiseaux RAMJ, Balen FAM, Hoes AW, Verheij TJM, Melker RA. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years. *BMJ* 2000; 320: 350-354.

Problema

¿Hay que tratar sistemáticamente con antibióticos la otitis media aguda a los niños menores de 2 años?

Tipo de estudio

Ensayo clínico aleatorizado doble ciego.

Diseño

Durante 26 meses se estudiaron los niños entre 6 y 24 meses tratados en atención primaria por la Otitis Media Aguda (OMA). Participaron 53 médicos generales que previamente fueron entrenados para homogeneizar criterios y sobre todo distinguir entre otitis media aguda y otitis media secretora. La OMA se definió como enrojecimiento del conducto auditivo, enrojecimiento o distensión timpánica u otorrea, además de sintomatología general de infección aguda (fiebre, otalgia, malestar general, irritabilidad) siguiendo las directrices de la Dutch Guidelines. Se excluyeron los niños que habían tomado antibióticos en las 4 semanas previas, con alergia a la amoxicilina, alteraciones de la inmunidad y anomalías faciales (Síndrome de Down).

Intervención

A los pacientes se les administró amoxicilina

40 mgrs/kg/día o placebo en 3 dosis durante 10 días. Se les administró además Oximetazolina, 3 veces/día durante 7 días y como analgésico se utilizó paracetamol 120 mgrs < 1 año y 240 mgrs > 1 año.

Medida de resultados

Persistencia de síntomas (fiebre, otalgia, llanto, irritabilidad), otoscopia para valorar la evolución del tímpano (enrojecimiento, distensión, perforación), dosis de analgésicos y efectos adversos a los 4 y 11 días y timpanometría a las 6 semanas.

Muestra y análisis

El tamaño muestral (n=79 para cada grupo) fue calculado para estimar diferencias del 20%, con un error alfa del 5%, beta del 80% y una estimación de persistencia de los síntomas en el grupo placebo del 60%. Se calculó la diferencia de riesgo para la persistencia de síntomas, curva de Kaplan Meiers para estimar la persistencia de los síntomas, prueba de Mann Whitney para el consumo de analgésicos y análisis de regresión logística para ajustar las posibles variables de confusión.

Resultados

De 425 niños con OMA se incluyeron en el estudio 362, evaluándose a las 6 semanas

240 (117 amoxicilina y 123 placebo). Los dos grupos mostraron diferencias para la prevalencia de recurrencia de OMA, asistencia a guarderías y hábito de fumar de los padres.

En el grupo placebo fue significativamente superior la persistencia de síntomas (fiebre, dolor o llanto) al 4º día (72%/59%), la duración de la fiebre (3 días/2 días) y el consumo de analgésicos (4,1 dosis/2,3 dosis). La sintomatología desapareció a los 8 días en el grupo amoxicilina y a los 9 días en el grupo placebo. La otalgia, la irritabilidad, la otoscopia al 4 y 11 día y la timpanometría a las 6 semanas no presentaron diferencias.

Conclusión

La mejoría clínica no justifica la prescripción rutinaria de antibióticos a los niños de 6 a 24 meses con OMA en la primera visita, recomendándose vigilar la evolución del proceso.

Fuente de financiación: Netherlands Organization for Scientific Research (grant No. 904-58-074).

Dirección para correspondencia: RAMJ Damoiseaux. Department of General Practice. University Medical Center, Utrecht, Holanda.

e-mail: R.A.M.J.Damoiseaux@med.uu.nl

Comentario

Los antibióticos no son una medicación inocua ya que se han descrito múltiples reacciones adversas (alergias, alteraciones digestivas, renales, óticas, hematológicas, etc.) y son responsables de entre el 2% y el 6% de los ingresos hospitalarios en la edad infantil. El consumo masivo de antibióticos prescritos por un médico o por iniciativa del propio paciente (un estudio realizado en España encontró que en casi la mitad de los hogares (42%) había al menos un envase de antibióticos) unido al uso indiscriminado en la ganadería y la agricultura está creando un problema de salud pública, debido a la aparición de multiresistencias bacterianas, la necesidad de nuevos y más potentes fármacos y cambios en la morbilidad. Se da el caso que España es además uno de los principales focos

de desarrollo de cepas de bacterias resistentes a múltiples antibióticos.

En el caso de la OMA estamos probablemente ante un ejemplo del uso inadecuado de un fármaco: utilización de un antibiótico en una situación en la que no es necesario. No existe evidencia de que su uso disminuya el riesgo de infecciones o que se obtengan mejores resultados sanitarios y sin embargo se utiliza sistemáticamente, incluso puede darse el caso que se realice un diagnóstico de OMA para justificar un tratamiento con antibióticos.

En este estudio meticulosamente realizado se encuentra una discreta mejoría de la sintomatología al 4º día de tratamiento, siendo este resultado consistente con otros estudios que no encuentran que el uso rutinario de an-

tibióticos en la OMA mejore sensiblemente su evolución o evite las complicaciones (meningitis, mastoiditis, etc.).

La recomendación de no recetar antibióticos en la primera visita y sí vigilar la evolución del proceso que hacen los autores es más que razonable a la vista de los resultados obtenidos en éste y otros trabajos, sobre todo si se tiene en cuenta la dificultad de explorar el tímpano a niños pequeños en el ámbito de la atención primaria y por tanto establecer claramente el diagnóstico de OMA.

David Oterino de la Fuente
Centro de Salud de Teatinos. Asturias

La influencia de las listas de espera en la demanda de seguros sanitarios

Besley T, Hall J, Preston I. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? *Journal of Public Economics* 1999; 72: 155-181.

Objetivo

Examinar qué papel han tenido las largas listas de espera del Servicio Nacional de Salud británico sobre la demanda de seguros sanitarios.

Tipo de estudio

Estudio econométrico que captura tanto variaciones transversales como de serie temporal utilizando datos de la *Encuesta de Actitudes Sociales* para cinco años de 1986-1991 junto con datos de la encuesta *Regional Trends*.

Marco teórico

Pretende contrastar algunas aportaciones recientes de la teoría de provisión pública de bienes privados. Se propone un modelo de elección discreta donde la variable a determinar es el nivel de calidad de las prestaciones sanitarias.

Especificación econométrica

En una primera etapa se estima un modelo probit sin diferenciar entre tipos de seguros sanitarios. En una segunda etapa, se estima un modelo de dos ecuaciones donde se dis-

tingue la compra de seguro sanitario por parte del individuo y por parte del empleador.

Variables utilizadas

La tenencia de seguro sanitario constituye la variable endógena. Las variables exógenas consideradas son las listas de espera a largo plazo que se entienden como indicadores del estado del SNS, variables de gasto sanitario por región, equipamiento, y actitudes a favor del gasto. Asimismo, se han utilizado un conjunto amplio de variables socioeconómicas.

Resultados

En primer lugar, aumentos en las listas de espera a largo plazo están asociadas a aumentos en la compra de seguros sanitarios. Tales resultados indican que los seguros sanitarios son una alternativa para evitar la "falta de flexibilidad" que muestra la provisión de servicios sanitarios por parte del SNS. En segundo lugar, el individuo representativo que compra seguros sanitarios privados sería un individuo relativamente más rico, de edad media y que apoya al partido conservador. Estos segundos resultados confirman la relevancia del papel de las creencias políticas, la

renta y la edad en consonancia con estudios anteriores.

Conclusiones e implicaciones

Los individuos tienden a utilizar determinada información que reciben sobre la calidad del SNS como "barómetro" cuando toman decisiones de cobertura privada de la atención sanitaria. La calidad del servicio es por ello una variable determinante, especialmente para aquellos individuos con niveles de renta más elevados, lo que permite concluir que la calidad es un bien normal.

Fuentes de financiación: The Economic and Social Research Council y The Economic Beliefs and Behavior Programme.

Dirección para correspondencia: I. Preston, Department of Economics, University College London. e-mail: i.preston@ucl.ac.uk

Comentario

Este artículo supone un avance teórico y empírico en el análisis de la interacción público/privado en sanidad. La mayoría de modelos de demanda de seguros sanitarios no consideraban el papel de un financiador público dominante. Algunos trabajos anteriores (1) ya destacaban la influencia del SNS a través del papel de determinadas actitudes políticas. No obstante, este trabajo ofrece una evidencia clara del papel del seguro sanitario privado para capturar la demanda por una mayor calidad de los servicios sanitarios. Cabe destacar además, la relevancia de estos resultados para el caso español. La influencia del SNS en la demanda de seguros sanitarios aplicada a Cataluña ha sido anali-

zada en (2) si bien se considera una variable más restringida, la actitud hacia el SNS.

Quizás la mayor limitación del trabajo radica en considerar la calidad del servicio sanitario (en este caso estimada a través del efecto de las listas de espera) como exógena, aunque estudios anteriores (3) ya analizaron la existencia de endogeneidad entre las decisiones públicas y privadas.

Joan Costa i Font

Grup de Recerca en Economia de la Política Social
Departament de Teoria Econòmica. Universitat de Barcelona

- (1) Proper, C (1993). Constrained choice sets and the UK demand for private insurance. *Journal of Public Economics*, 51, 287-307.
- (2) Costa (1999). Conducta Individual, assegura-ment i elecció col·lectiva. Tesis Doctoral Universitat de Barcelona.
- (3) Besley T, Hall J, Preston I (1996). Private health insurance and the state of the NHS. IFS Commentary No. 52, Institute of Fiscal Studies, London.

No existe suficiente evidencia científica sobre el cribado poblacional del cáncer de próstata

Schersten T, Baile MA, Asua J, Jonsson E. Detección precoz de cáncer de próstata. Síntesis y actualización de la evidencia. Presentación de resultados. (Proyecto INAHTA). Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba, 1999. (Texto íntegro disponible en Internet en inglés: <http://www.inahta.org>).

Objetivo

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad y el coste-efectividad del cribado poblacional del cáncer de próstata.

Métodos

Síntesis de nueve revisiones sistemáticas de la evidencia científica sobre el cribado del cáncer de próstata realizadas por las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, pertenecientes a la Red Internacional de Agencias de Tecnologías Sanitarias (INAHTA) y otras revisiones sistemáticas relevantes. También se añadieron a la síntesis estudios primarios de alta calidad a partir de las búsquedas realizadas en Medline, HealthStar y la Cochrane Library (1996-1998).

Resultados

El cáncer de próstata es un importante problema de salud pública con altos costes sociales y una considerable carga individual para el paciente. La incidencia del cáncer de próstata parece aumentar en la mayoría de países debido a la mejoría y al uso de las pruebas diagnósticas, particularmente la determinación del antígeno prostático específico (PSA, prostatic specific antigen), a un envejecimiento de la población y probablemente

te a un aumento real de la incidencia. Generalmente el cáncer de próstata crece lentamente y muchos hombres mueren con cáncer de próstata pero no a causa del cáncer de próstata.

Las principales pruebas del cribado poblacional del cáncer de próstata son el tacto rectal (TR), la ecografía transrectal (ETR) y la determinación del antígeno prostático específico (APE). En estos momentos el TR es inaceptable como método único de cribado poblacional. Así mismo la ETR se recomienda como diagnóstico secundario combinado con la histopatología y no como método de detección precoz. El test del APE se revela actualmente como la prueba más útil de detección y sobre la cual existe más discusión actualmente. La sensibilidad y especificidad de esta prueba no están establecidas con claridad y por ejemplo la presencia de hiperplasia prostática benigna (HPB) puede aumentar los niveles del APE y producir falsos positivos. Las principales opciones de tratamiento del cáncer localizado son: la prostatectomía radical, la radioterapia y la vigilancia expectante. Los tratamientos activos como la prostatectomía radical y la radioterapia se aso-

cian con efectos secundarios significativos. No hay evidencia de que el cribado poblacional del cáncer de próstata mejore la supervivencia. Se ha observado que mejorías en la supervivencia en hombres con enfermedad en estadio precoz podrían explicarse más por sesgos longitudinales u otros problemas estadísticos que por un verdadero avance clínico real o mejoría de los resultados.

Conclusión

Los autores del informe concluyen que no existe evidencia científica suficiente sobre los beneficios y los riesgos de efectos adversos para recomendar el cribado poblacional del cáncer de próstata.

Financiación: No consta. Este informe es un proyecto de colaboración en el seno de la INAHTA entre la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Suecia (SBU) y el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, del Gobierno Vasco (OSTEBA).

*Dirección de correspondencia: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
e-mail: Osteba-san@ej-gv.es
Web: <http://www.euskadi.net/sanidad>*

Comentario

En Europa el cáncer de próstata constituye la segunda causa de muerte más común por cáncer en hombres, aunque se presenta concentrada en edades muy avanzadas. En España la incidencia y la mortalidad se sitúan por debajo de la media de los países de la Unión Europea con valores de 19,7 por 100.000 hombres/año para la incidencia y de 12,9 por 100.000 hombres/año para la mortalidad. Este problema de salud implica que muchos de los países occidentales incluyendo EE.UU. estén dedicando esfuerzos a disminuir la mortalidad por cáncer de próstata. El debate actual se centra en si la detección sistemática en pacientes sanos combinado con un tratamiento precoz podría ser la respuesta a este problema. Sin embargo la mayor parte de los países no recomienda la realización de cribados poblacionales dado que éste no está actualmente suficientemente evaluado y existen diversas razones que llevan a pensar que es poco efectivo. En la actualidad no existe evidencia de que la detección sistemática au-

mente la esperanza de vida o su de vida. Tampoco existe evidencia suficiente para establecer que el test del APE utilizado como prueba de cribado contribuya a reducir la mortalidad. Existen dos ensayos multicéntricos en curso para determinar la efectividad del cribado poblacional: el ERSPC (1) y el PLCO trial (2), cuyos resultados todavía tardarán unos años en publicarse.

Para analizar el impacto de un programa de cribado poblacional deberíamos diferenciar la perspectiva económica y la clínica. La primera debería preguntarse tanto por el impacto económico que supondría iniciar un programa de cribado poblacional sobre los recursos del sistema sanitario, como desde la evaluación económica, que tiene por objetivo comparar los costes, los beneficios y las consecuencias de los procedimientos alternativos desde el punto de vista de los recursos, la salud y el bienestar. La perspectiva clínica sin embargo debería preguntarse por el beneficio y la magnitud en términos de salud del cribado poblacional. Con-

cretamente debería preguntarse sobre cuántas personas sería necesario cribar para poder detectar un nuevo cáncer de próstata localizado, o bien cuántas personas deberíamos cribar para poder evitar una muerte por cáncer de próstata. A la luz de la evidencia actual estas preguntas aún no pueden contestarse desde una perspectiva rigurosa y científica, por lo que cualquier recomendación al respecto debería explicar los valores en que se sustenta.

Eulalia Dalmau

CRES y Depto. de Economía i Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

- (1) Schröder FH, Krans R. et al. The European Randomised study of Screening for prostate Cancer (ERSPC): an update. *European Urology* 1999; 35,5-6: 539-43.
- (2) Gohagan JK, Prorok PC et al. The prostate, lung, colorectal and ovarian screening trial of the National Cancer Institute. *Cancer* 1995; 75,7: 1869-73.

Para tomar decisiones, los costes importantes son los marginales

Neuhauser D, Lewicki AM. What do we gain from the sixth stool guaiac? *N Eng J Med* 1975; 293: 226-228.

Problema

En 1974 la *American Cancer Society* recomendó un protocolo para el cribado de cáncer de colon basado en una secuencia de 6 pruebas de sangre en heces, seguida de enema opaco cuando alguna era positiva. ¿Cuál es el coste marginal –costes adicionales por detección adicional– de los cánceres detectados con cada una de las 6 pruebas?

Tipo de estudio

Análisis marginal de beneficios y costes mediante una simulación realizada a partir de los datos del estudio en que se basó la recomendación.

Pacientes y métodos

Pacientes asintomáticos mayores de 40 años. Se realizó la prueba del guayaco (hemocult), y si cualquiera de las muestras era positiva se realizaba un enema opaco. En los 278 pacientes del estudio inicial se hallaron 2 cánceres (tasa 72 por 10000) en los que 11 de las 12 pruebas fueron positivas (sensibilidad: 92%). 46 pruebas de 122 (en 22 pacientes) resultaron falsos positivos (valor predictivo positivo: 36,5%).

Resultados

La tabla 1 muestra los resultados de la simulación sobre el cribado de 10.000 personas para cada una de las pruebas secuenciales. Con la sexta, la sensibilidad alcanzaría el 99,3%, reduciendo el número de falsos negativos. El coste medio por cáncer detectado se situaría en 2.451 dólares. El 93% de los casos positivos serían falsos positivos (791 falsos positivos sobre 10.000 personas).

Tabla 1. Costes medios de la detección precoz de cáncer de colon mediante la prueba del guayaco. Simulación para 10.000 personas

Prueba	Cánceres hallados	Falsos negativos	Coste total	CM cáncer hallado
1	65,946	5,993000	77.511	1.175
2	71,442	0,499600	107.690	1.507
3	71,900	0,041600	130.199	1.810
4	71,938	0,003500	148.116	2.059
5	71,941	0,000300	163.141	2.268
6	71,942	0,000028	173.331	2.451

CM: coste medio. Costes en dólares de 1968.

Tabla 2. Costes marginales de la detección precoz de cáncer de colon mediante la prueba del guayaco. Simulación 10.000 personas

Prueba	Cánceres hallados	Incremento cánceres hallados	Coste total (\$ 1968)	Incremento marginal costes	CMa cáncer hallado
1	65,946	65,946	77.511	77.511	1.175
2	71,442	5,4956	107.690	30.179	5.491
3	71,900	0,4580	130.199	22.509	49.146
4	71,938	0,0382	148.116	17.917	469.534
5	71,941	0,0032	163.141	15.024	4.724.695
6	71,942	0,0003	173.331	13.190	47.107.214

CMa: Costes marginales. Costes en dólares de 1968.

En la tabla 2 se muestran los cánceres detectados por cada prueba sobre los detectados por la anterior, así como el incremento de costes sobre los de las pruebas previas (análisis marginal). Aunque el coste total de la sexta prueba

era de 13.190 dólares, la ganancia en cánceres detectados era tan escasa (0,0003 cánceres sobre 10.000 personas), que el coste por cada cáncer detectado por esta sexta prueba superaba los 47 millones de dólares de 1968.

Conclusiones

Los beneficios de los programas de cribado deben ser valorados en relación a sus costes. El análisis marginal es un método idóneo para esta valoración.

Fuentes de financiación: Robert Wood Johnson Foundation; Commonwealth Fund (Center for the Analysis of Health Practices); U.S. Public Health Service.

Dirección para correspondencia: Dr. Duncan Neuhauser. Harvard School of Public Health. 677 Huntington Avenue. Boston, MA 02115, Estados Unidos.

Comentario

Cuando en un curso de economía de la salud hace 20 años conocí este trabajo, mi incredulidad ante el resultado de la sexta prueba me hizo formular la pregunta obvia: ¿se puede hacer algo más –en términos de salud– con 47 millones de dólares que detectar un cáncer de colon? Desde entonces sospecho que en la atención de salud debería extenderse una suerte de pensamiento "marginal", tanto respecto a los costes como a los beneficios.

En el terreno diagnóstico, la epidemiología clínica ha hecho un esfuerzo en las últimas décadas por incorporar y difundir un cierto pensamiento marginal en la valoración de la utilidad de las pruebas, en forma de aplicaciones bayesianas (probabilidades pre-prueba y post-prue-

ba). Y es que el problema clínico no es de sensibilidad y especificidad en abstracto, sino cuánta información diagnóstica –reducción de incertidumbre– aporta una determinada prueba sobre la información que ya teníamos. Desde esta perspectiva, muchas pruebas de bajo coste, incluyendo buena parte de las llamadas rutinarias, se convierten, en el margen, en extraordinariamente caras, simplemente porque su aporte de información adicional es mínimo. El análisis marginal contribuye a establecer aspectos críticos de los programas: ¿cuánto cuesta cada detección en función de la incidencia? ¿cuánto cuestan los cánceres de incidencia detectados cada 2 años respecto a cualquier otro periodo? No plantearse estas cuestiones implica

que estamos dispuestos a conseguir cualquier beneficio, por mínimo que sea, sin tener en cuenta los costes, aunque éstos se aproximen al infinito. A muchos les puede parecer que el sentido común alerta sobre estas situaciones. El trabajo de Neuhauser y Lewicki muestra que no siempre es así, y que algunas recomendaciones aparentemente razonables son un auténtico despropósito. Y no por el coste en sí, sino porque con estos mismos recursos aplicados a otra finalidad, los pacientes (y las poblaciones) habrían conseguido mejores resultados en salud.

Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

ImpAct: Impulsar el cambio y la acción

<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/IMPissue.html>

<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/booth/booths/mgmt.html>

Desde mayo de 1999 se encuentra en la red **ImpAct**, publicación hermana de la ya reseñada en estas páginas **Bandolier** (1). **ImpAct**, cuyo nombre es acrónimo de "Impacto" y "Acción", se publica bimestralmente con el apoyo del *National Health Service Executive* como complemento de la *NHS Learning Network* que pretende promover la compartición y adopción de la mejor práctica en el conjunto del sistema sanitario.

Mientras **Bandolier** se centra en la difusión de la evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones sanitarias, **ImpAct** busca dar a conocer las experiencias profesionales que desarrollan métodos de prestación de asistencia de elevada calidad. **ImpAct** difunde los modos de elevar los estándares asistenciales y mejorar la prestación de servicios a los pacientes, reseñando las experiencias que, a su juicio, hacen mejor al NHS. El público diana de **ImpAct** son los gestores clínicos y sanitarios, aunque también pretende interesar a los clínicos, facilitando la comprensión de la implementación del cambio.

Entre los desafíos para clínicos y gestores del NHS a los que **ImpAct** presta una especial atención destacan las cuestiones relacionadas con las listas de espera, la presión de urgencias, la integración de servicios entre diferentes instituciones, la implicación de los pacientes y, en general, las relacionadas con la calidad clínica y la gestión de ésta. Seguramente un somero repaso de algunos de los temas tratados en el primer año de **ImpAct** permite una idea más cabal de sus áreas de interés: "*Gestionar la calidad del cuidado de la diabetes*", "*Una ojeada a las listas de espera oftalmológicas*", "*Mejora del manejo de las prescripciones reiteradas*", "*Aplicación de los principios de la reingeniería a la asistencia sanitaria*", "*Elección real para los pacientes: la colposcopia*", "*Acelerar la atención cardíaca*", "*Contrólese Ud. mismo el dolor*", o "*Mejora de calidad y reducción de costes en la prescripción para el reflujo*".

Al cabo de un año de publicación los editores han dado un paso más habilitando desde mayo de 2000 una nueva sede, "*Managing to make a difference*" (2) que recoge todos los contenidos de **ImpAct** junto a un centenar de artículos de **Bandolier** con implicaciones para la gestión sanitaria. La iniciativa facilita la difusión de este tipo de experiencias, ya que no siendo siempre evidente qué tipo de información se precisa o se busca, disponer de recursos unificados facilita su obtención y permite ampliar la perspectiva adoptada.

En esta nueva sede los trabajos procedentes de **ImpAct** se agrupan en los siguientes epígrafes:

- La red de aprendizaje de NHS
- Hospitales
- Atención Primaria
- Prestación farmacéutica
- Información a los pacientes
- Desarrollo profesional
- Relaciones entre niveles asistenciales
- Mejorar la gestión sanitaria
- La diferencia está en la gestión

mientras los de **Bandolier** se clasifican como:

- Economía de la salud e implementación
- Laboratorios y pruebas diagnósticas
- Prestación farmacéutica
- Información a los pacientes
- Comprender los riesgos
- Resultados

Identificar la mejor práctica y difundir sus métodos y logros parece una estrategia adecuada para implementar el cambio y las acciones necesarias para llevarlo a cabo. Pese a tratarse de un recurso relativamente reciente que apenas recoge unos 120 artículos, la relevancia de su enfoque para la gestión clínica y sanitaria, y las similitudes entre el NHS y el Sistema Nacional de Salud pueden hacerlo especialmente interesante para el público de **GCS**. La principal limitación para buena parte de los lectores españoles estriba en que las traducciones de los "bandoleros" todavía no alcanzan las páginas de **ImpAct**. Mientras las prédicas sobre la importancia mundial del castellano se traducen en actuaciones para extender su presencia en la red, convendrá avanzar en el conocimiento y manejo del idioma que vehicula la mayor parte de la producción científica sanitaria.

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

(1) *Bandoleros: una buena partida. Gestión Clínica y Sanitaria 1999, 1(2): 70.*

(2) "*Managing to make a difference*": (<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/booth/booths/mgmt.html>)

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 Ridaó
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.