COMENTARIO EDITORIAL

Más no es necesariamente Mejor

Comentario Editorial

Una mirada hacia la variación inapropiada de los Contenidos, Calidad y Resultados de las Intervenciones Clínicas

La mayoría de las intervenciones en la práctica médica, en la planificación de los servicios de salud y en la incorporación y difusión de tecnologías sanitarias, están basadas en usos, costumbres y experiencias, muchas de ellas de eficacia y efectividad no sustentada por estudios rigurosos. Más aún, abundante evidencia proveniente de distintos estudios publicados en los últimos 30 años en distintos ámbitos y circunstancias, señalan el hecho de que la localización del sitio de práctica pareciera ser el motor más importante del costo, calidad y resultados de la atención médica provista. Al igual que en el mercado inmobiliario, donde las propiedades se cotizan de acuerdo al barrio donde se desea efectuar la compra, lo que cuesta la atención de la salud también se relaciona con el barrio, distrito, área programática hospitalaria o provincia. Sin embargo, no hay evidencia empírica que sustente que las variaciones de lo costos se correlacionen con variaciones de la calidad.

En 1938 Glover reportó diferencias inexplicables en la tasa de amigdalectomías en niños de edad escolar que vivían en condados vecinos en Inglaterra[1]. Es a él a quien Wennberg atribuye la descripción clásica del fenómeno de la variación en la utilización de recursos en áreas pequeñas (en inglés "small area variation phenomenon")[2,3]. Desde entonces y hasta hoy, se han publicado innumerables reportes que documentan la enorme variabilidad, muchas veces inexplicable, en el manejo de diferentes condiciones de salud, ya sean procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos en enfermedades crónicas, internaciones hospitalarias, uso de estudios diagnósticos o implementación de programas sanitarios[4-7]. En casi todos los casos, dichas variaciones no se explican por diferencias de tipo o severidad de patologías evaluadas (case-mix) o por diferentes resultados, sino por inadecuadas decisiones médicas ante la incertidumbre[2]. Estudios posteriores han demostrado desde una variación de hasta seis veces en la implantación de prótesis de cadera entre 13 estados de Estados Unidos[8] hasta diferencias de hasta 26 veces en la realización de esclerosis hemorroidales[9]. La información provista por el "análisis de áreas pequeñas" puede utilizarse para interpretar la influencia que las modalidades de práctica u otros factores ejercen sobre los costos y la utilización de los recursos sanitarios en poblaciones definidas[3]. Las fuentes de variabilidad identificadas son aquellas relacionadas con la demanda de los pacientes (como la magnitud del fenómeno, los factores relacionados con la decisión de consultar y las posibilidades de acceso al sistema) y las relacionadas con las decisiones de manejo médico o institucional en cuanto al diagnóstico y al tratamiento de cada condición[10]. Si bien esta teoría ha logrado un impacto enorme en el campo de la investigación en servicios de salud, cualquier extensión que pretenda dar respuesta al estudio sobre incertidumbre y variabilidad de práctica requiere la aplicación de nuevos métodos estadísticos[11]. Hay ejemplos en los que existe acuerdo general sobre el manejo médico (ej. hospitalización de los pacientes con fractura de cadera, o revascularización coronaria en la enfermedad de 3 vasos). En estos casos, cualquier diferencia sistemática observada debe ser atribuida a diferentes características de la población en cuanto a la prevalencia del problema u otros factores que incidan sobre la demanda de servicios[3]. La realidad nos demuestra que esto está lejos de ser la regla para la mayoría de las situaciones que encontramos todos los días, y que los factores relacionados con las decisiones médicas constituyen una fuente de enorme variabilidad que resulta de la aplicación de diferentes estilos de práctica y tiene directa relación con el costo y la calidad de la atención.

Por este motivo, la identificación y análisis de prácticas o procedimientos que muestran marcada variabilidad ha pasado de ser una observación académicamente interesante dentro del mundo médico a constituir un motivo de preocupación para los otros actores que participan en el sistema de salud. En esto se incluyen los gobiernos y demás responsables del sistema público y la seguridad social, los empleadores y los seguros privados, y fundamentalmente, la población general, que no quiere aceptar la natural conclusión que el lugar en el que le toca vivir y atenderse, es el determinante de la calidad y resultados de su atención médica[7].

Puede definirse variación inapropiada cuando no puede ser explicada por el tipo o severidad de la enfermedad o por las preferencias de los pacientes por uno u otro curso alternativo de acción[2]. Wennberg divide las fuentes de variación inapropiada en tres categorías; a) variaciones en los cuidados probadamente efectivos: esta categoría incluye intervenciones con evidencia sólida sobre eficacia que debiera ofrecerse a todos los pacientes elegibles y cuya omisión denota subutilización (ej. aspirina en la angina de pecho), b) variaciones sensibles a las preferencias de los pacientes: incluye condiciones donde puede haber más de una opción médicamente aceptable (ej. cirugía vs. radioterapia vs. observación y control para el cáncer de próstata) y c) variaciones sensibles a la oferta de servicios: esta es la fuente de variación que más difícilmente puede justificarse ya que está determinada fundamentalmente por la cantidad de recursos sanitarios (médicos, especialistas, centros diagnósticos, hospitales, etc.) per cápita asignados a una población en comparación a otra[8]. En otras palabras y a modo de ejemplo, los pacientes que vivan en áreas con más especialistas u hospitales, independientemente de si son más viejos, más enfermos, o más pobres,

tendrán más consultas, más pruebas diagnósticas, más internaciones y más días en terapia intensiva. Es la frecuencia de uso de servicios sensibles a la oferta por parte de pacientes con enfermedades crónicas lo que distingue a las regiones más costosas de las menos costosas en Estados Unidos en un estudio sobre recursos consumidos por el Medicare (seguro para ancianos) y que explica una variación de más de dos veces en el gasto per cápita entre 31 áreas programáticas hospitalarias en dicho país[8].

Distintas estrategias se han desarrollado con el objeto de reducir la variación atribuida a los factores relacionados con el manejo médico: 1) primer contacto obligado con un médico de atención primaria, 2) revisión de utilización y perfiles de práctica (auditoría y feed-back), 3) barreras administrativas y 4) cambio de modalidad de pago e incentivos financieros[13]. Sin embargo, el mayor desafío ético consiste en anteponer la racionalización al racionamiento de los recursos, incorporando herramientas útiles como la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la elaboración de Guías de Práctica Clínica consensuadas y relevantes para el contexto local. La MBE es el continuo proceso de aprendizaje que busca integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible para aplicarla en la atención de nuestros pacientes[14]. Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente, para asistir a pacientes, profesionales, y organizaciones, en decisiones acerca de los cuidados de salud apropiados para circunstancias clínicas específicas[15,16]. Su mayor rédito reside, sin lugar a dudas, en su capacidad para reducir la variación inapropiada.

Existe una indudable relación entre la disparidad en el uso de recursos y la incertidumbre sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones sanitarias. En este contexto, surge claramente la necesidad de contar con recursos propios capaces de diagnosticar esas situaciones y de diseñar e interpretar estudios de evaluación de intervenciones o uso de tecnologías. De esta manera, se podrán desarrollar recomendaciones basadas en criterios explícitos y adaptadas a cada realidad, que permitan reducir la variabilidad resultante del uso inadecuado de los recursos.

Existe un concepto estrechamente relacionado con la variabilidad y es el de la "apropiabilidad" –también definido como adecuación o pertinencia- de las decisiones que se toman ante las distintas situaciones planteadas en la práctica. Sin lugar a dudas, definir desde el punto de vista médico si las condiciones en las cuales se indican determinados procedimientos son o no las "apropiadas" es tarea difícil. Mucho más complicado es intentar evaluar aquellas situaciones en las cuales no se realizó la indicación cuando las condiciones así lo requerían. Esto guarda clara relación con la definición de uso apropiado o inapropiado de los servicios de salud y la calificación de "sobreutilización" de servicios innecesarios o la "subutilización" de aquellos necesarios pero no provistos. Ambas categorías tienen fundamental implicancia en la calidad y costo de la atención médica y sanitaria. Brook y colaboradores de la RAND-UCLA, propusieron un interesante método para evaluar "apropiabilidad", destacando que la información publicada en la literatura médica solo toma en cuenta el aspecto de la eficacia de un procedimiento, pero no nos permite evaluar lo que ocurre en la práctica cotidiana o cuál es el impacto sobre otros aspectos no evaluados en los ensayos originales[17]. Este método comprende una revisión bibliográfica exhaustiva que resume la información sobre eficacia, costos, riesgos y disponibilidad, y una lista sobre sus indicaciones específicas. En una segunda etapa, un panel de expertos utiliza esta información para definir individualmente y luego por consenso, un ranking de apropiabilidad de la práctica para cada indicación, en una escala de 1 a 9 (1 a 3: inadecuada, 4 a 6: indefinida y 7 a 9: adecuada). Por último, la información clínica recolectada sobre la base de la historia clínica se combina con esta ésta escala para obtener una medida de apropiabilidad[18]. Basándose en esto, algunos estudios reportaron utilización inadecuada de distintos procedimientos como endarterectomía carotídea, endoscopía digestiva y coronariografía[19]. Brook sostiene la importancia de investigar este fenómeno activamente para poder desarrollar estrategias de consenso y definir el marco adecuado en el cual los recursos son utilizados[17]. Si bien el método ha sido utilizado con éxito en numerosos escenarios para la evaluación de prácticas, la discusión generada tras la publicación de Phelps[20] señala interesantes controversias que requieren mayor investigación[21]. Las medidas han sido criticadas especialmente en el Reino Unido, por no tomar en cuenta la preferencia de los pacientes y basarse en criterios y definiciones no explícitas muchas veces no sustentados por evidencia sino por la experiencia de los integrantes del panel[22]. La conclusión a la que arriba Hicks luego de un detallado análisis es que, si bien el trabajo de la RAND aporta elementos muy interesantes como normativa de trabajo, el concepto de "apropiabilidad" es todavía abstracto y su evaluación indefectiblemente implica juicios de valor imposibles de generalizar o siquiera trasladar de una situación concreta a otra ya que introduce sesgos difíciles de controlar[24].

En un elegante estudio recientemente publicado, Fisher y colaboradores usaron el análisis de variación de pequeñas áreas para estudiar los efectos del uso de los recursos médicos sobre pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, fractura de cadera y cáncer colorrectal. El perfil de

gasto de algunas áreas respecto a otras dependió mayormente del consumo de servicios discrecionales (especialistas, pruebas diagnósticas, internaciones, etc.) en contraste con un uso más uniforme entre las misma áreas de prácticas "basadas en la evidencia". Esto no hace otra cosa que confirmar la validez empírica acerca de que son los servicios sensibles a la oferta de recursos los que disparan el aumento del gasto sanitario. Sin embargo, el hallazgo más importante de este estudio fue que los pacientes de las regiones que gastaban más recursos tenían la misma sobrevida (en algunos casos marginalmente menor) que los que vivían en áreas de menor gasto. Tampoco se observaron diferencias en relación a medidas de Calidad de Vida y funcionamiento, así como satisfacción con la atención médica recibida. Los autores puntualizan que si las regiones de mayor consumo gastaran como las regiones de menor consumo, más del 30% de los costos podrían ser reducidos sin afectar adversamente la calidad y los resultados de los cuidados de salud[25,26]. De hecho, algunas estimaciones sitúan el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o directamente perjudiciales en 20% del gasto total. Mas aún, 20 a 25% de los procedimientos médicos realizados en EE.UU. están basados en indicaciones inapropiadas o dudosas[18]. La constatación de la falta de eficacia y efectividad de muchas intervenciones médicas, algunas de ellas consideradas clásicas o tradicionales, ha producido un intenso debate en la investigación biomédica y en la práctica clínica en los últimos años, y ha sido una de los determinantes más importantes del desarrollo del movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia en los países industrializados.

Como se comentó en el editorial del número anterior de Evidencia, el "lujo" que los sistemas de salud de nuestros países y nosotros como profesionales no podemos permitirnos es dilapidar nuestros magros recursos en prácticas inútiles o nocivas[27]. Promover las intervenciones destinadas a reducir la variación inapropiada e injustificable, en gran medida producida por diferencias en el razonamiento clínico frente a la incertidumbre por parte de los profesionales y acentuada por contextos de mayor o menor oferta de servicios, debe ser parte de la agenda sanitaria global y fundamentalmente de aquellos países que cada vez tienen menos recursos y más necesidades. Sin olvidar que el remedio para muchos de nuestros males pasa fundamentalmente por la reducción de la corrupción estructural y de las ineficiencias en las organizaciones públicas y privadas de salud, el poner nuestra mirada en lo que hacemos y por lo que debemos dar cuenta, será necesariamente un paso adelante para la solución del problema.

Dr. Adolfo Rubinstein y Dr. Fernando Rubinstein [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Referencias:

1. Glover, JA. The incidence of tonsillectomy in school children. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1938, 31:1219-1236.
2. WennbergJ, Guittelsohn A. Small Area Variation in Health Care delivery. Science. 1973;182:1102-1108
3. Wennberg JE. Small Area Analysis and the medical outcome problem. AHCPR Conference proceedings. Research methodology: Strengthening Causal Interpretation of Non Experimental Data. May 1990
4. Goodman DC, Fisher ES, Buboltz TA et al. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs based or demand-based planning. JAMA. 1996;276:1811-1817
5. Schein OD, Steinberg EP, Javitt JC, et al. Variation in Cataract Surgery Practice and Clinical Outcomes. Ophthalmology. 1994;101: 1142-1152
6. Laycock WS, Siewers AE, Birkmeyer CM, et al. Variation in the use of laparoscopic cholecystectomy for elder patients with acute cholecystitis. Arch Surg 2000 Apr;135(4): 457-462
7. Wennberg DE. Variation in the Delivery of Health Care: The Stakes Are High. Ann Intern med. 1998;128:866-868.
8. Wennberg JE. Unwarranted Variations in Healthcare Delivery: implication for academic medical centers. BMJ 2002;325:961-964
9. The Medical Cost-Containment Crisis: Fears, Opinions and Facts. Edited by Jack McCue. Health administration Press Perspectives, Ann Arbor. Michigan 1989.
10. Chasin MR, Kosecoff J, Park ER et al. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare Population. New Eng J Med. 1986;314:285-290.
11. Wennberg JE Gittelsohn A. A small Area Approach to the analysis of health system performance. (DHHS Pub. No.[HRA] 80-14012). Washington DC: Government Printing Office
12. Diehr P. Small Area Analysis and the medical outcome problem. Comment.AHCPR Conference proceedings. Research methodology: Strengthening Causal Interpretation of Non Experimental Data. May 1990
13. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. Health Affairs 1984;3:6-32.
14. Rubinstein F. Práctica Clínica y evidencia disponible. Cuál es la estrategia?. Evidencia en Atención Primaria.1998;1:1-2
15. Feder G, Eccles M, Grol R et al.Using Clinical Guidelines. BMJ 1999;318:728-730.
16. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing guidelines. BMJ. 1999;318:593-596
17. Brook RH. Appropriateness: the next frontier. BMJ 1994;308:218-219
18. Brook RH, Chassin MR, Flynn MF et al. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J Technol Assess Health Care 1986;2:53-63
19. Chassin MR, Kosecoff J,Park RE et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? A study of three procedures.JAMA 1987;258:2533-7
20. Phelps CE. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. N Eng J Med 1993:329:1241-1245
21. Appropriateness studies. Correspondence. N Eng J Med 1994:330:432-434
22. Kassirer JP. The quality of care and the quality of measuring it. N Eng J Med 1993:329;1263-1265
23. Mulley AG, Eagle KA. What is inappropriate care? JAMA 1988;260:540-541
24. Hicks NR Some observations on attempts to measure appropriateness of care. BMJ 1994;309:730-733
25. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel T y col. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. Ann Intern Med 2003,138: 273-287
26. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel T y col. The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. Ann Intern Med 2003,138: 288-298
27. Kopitowski K. La Medicina Basada en la Evidencia en el Tercer Mundo. Evidencia en Atención Primaria 2002 Nov-Dic,6:162-163.