

- 18 Lorenzo S, Suñol R. Appropriateness of hospital use: an overview of Spanish studies. *Int J Qual Health Care* 1995; **7**:213-218.
- 19 Kemper K, Forsyth B. Medically unnecessary hospital use in children seropositive for human immunodeficiency virus. *JAMA* 1988; **260**:1906-1909.
- 20 Lorenzo S. Métodos de revisión de utilización de recursos: limitaciones. *Med Clin (Barc)* 1996; **107**:22-25.
- 21 Wennberg J, McPherson K, Caper P. Will payment based on diagnosis-related groups control hospital costs? *N Engl J Med* 1984; **311**:295-300.
- 22 Yetano J. La mejora de la calidad hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1994; **103**:780-781.
- 23 Varo J. La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 1995; **104**:538-540.
- 24 Marín León I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? *Med Clin (Barc)* 1995; **104**:381-386.
- 25 Blumental D. Total quality management and physicians' clinical decisions. *JAMA* 1993; **269**:2775-2778.
- 26 Soulen JL, Duggan AK, De Angelis CD. Identification of potentially avoidable pediatric hospital use: Admitting physician judgement as a complement to utilization review. *Pediatrics* 1994; **38**:255.
- 27 Brook RH, Lohr KN, Chassin M, Koseoff J, Fink A, Solomon D. Geographic variations in the use of services: to they have any clinical significance? *Health Affairs* 1984; **3**:63-73.

A. Sarría

An Esp Pediatr 1997;46:524-525.

Réplica

Sr. Director:

Tal y como González de Dios y cols.⁽¹⁾ comentan, la atención hospitalaria representa una pieza fundamental en el entramado sanitario moderno, ya que los hospitales suponen el 60% del gasto sanitario en España. Investigar el funcionamiento de nuestros hospitales debería ser, por ello, una asignatura obligada, pero continúa, desgraciadamente, pendiente en nuestro país. De cualquier forma, aunque los trabajos que analizan el funcionamiento de nuestro sistema hospitalario son poco numerosos, todos apuntan en una dirección: es probable que exista un porcentaje elevado de utilización innecesaria, no sólo en la población pediátrica. Diferencias regionales como las citadas⁽²⁾ para la población menor de 15 años se han descrito para toda la población y para procedimientos específicos, como las cesáreas⁽³⁻⁵⁾. Como González de Dios y cols.⁽¹⁾ comentan, la conclusión latente que puede extraerse de la lectura de dichos trabajos es la existencia de una importante proporción de uso innecesario de servicios hospitalarios.

Esta conclusión parece, sin embargo, contradictoria con la afirmación de González de Dios y cols.⁽¹⁾ de que el componente científico-médico de la calidad del sistema nacional de salud español es bueno. Es decir, el que un gran porcentaje de las

hospitalizaciones en España resulten ser innecesarias parece más bien indicar que la calidad médico-científica que sustenta esas decisiones no es buena. Pensamos que dos rasgos definirían con más acierto la calidad del componente científico médico en España: desconocida y variable.

Realmente desconocemos cual es la calidad de la atención sanitaria que se ofrece en España. Todo hace pensar, dada la exigencia del sistema de formación y especialización médico, que el nivel de conocimientos de los médicos españoles es alto. Lo que no está garantizado es que las decisiones de hospitalizar o no a los pacientes en la práctica clínica de profesionales con grandes conocimientos médicos sean ni apropiadas ni homogéneas. ¿Y por qué es esto?

La toma de decisiones en medicina siempre tiene una cierta dosis de incertidumbre. En ocasiones esta incertidumbre es dicotómica: operar o no operar, por ejemplo. Pero existe otra incertidumbre más compleja de resolver: cuando la decisión no es si tratar la enfermedad o no, sino que la controversia es sobre la intensidad terapéutica⁽⁶⁾. Y resulta que éste es el caso de la mayor parte de las decisiones médicas. Según Wennberg, más del 80% de las decisiones médicas pertenecerían a este grupo⁽⁷⁾. Los libros de texto o revistas médicas no discuten los beneficios de la hospitalización de estos pacientes, ni hay estudios que comparen los riesgos y beneficios de tratar a los en-

Departamento de Programas de Salud, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

fermos en hospitales o fuera de ellos. Es decir, no existe evidencia científica que demuestre el valor de las hospitalizaciones. Sin embargo, la respuesta que las sociedades modernas normalmente han dado a estos dilemas es que más siempre mejor: los médicos, y sin ninguna duda, también los pacientes, piensan que es mejor tratar enfermos, y no sólo los más complejos y graves, en un ambiente donde es más fácil aplicar la alta tecnología, es decir, en los hospitales. Así, los tratados de Pediatría no discuten cuándo debe hospitalizarse un niño con gastroenteritis, infección respiratoria, asma, o neumonía, motivos de ingreso que representan más del 20% de las altas en niños españoles⁽²⁾. Por supuesto, indican qué tratamiento necesitan, pero no el ámbito en el que debe producirse. Es evidente que un niño con sibilancias y dificultad respiratoria precisa broncodilatadores, pero no siempre es imprescindible su ingreso en un hospital. La conclusión de los trabajos previamente citados sería que la decisión de ingresar a ese niño dependería finalmente de criterios que no son estrictamente clínicos.

En este sentido, se ha demostrado que la diferente disponibilidad de camas es una de las variables que más decisivamente afecta los criterios de los médicos⁽⁸⁾: en áreas con menos camas por habitante se ingresan sólo los casos más graves, mientras que en zonas con más camas el nivel de decisión se rebaja para ingresar pacientes menos graves y con patologías con mayor controversia terapéutica⁽⁶⁾. Y se ha comprobado como los médicos ajustan sus criterios a la disponibilidad de camas de forma absolutamente inconsciente en función del lugar donde trabajan⁽⁸⁾. Este hecho es especialmente relevante porque, además, tampoco existe una fórmula que permita determinar la oferta de camas u otros recursos que debe tener una comunidad, y la realidad es que existen importantes variaciones entre áreas en recursos instalados. Normalmente la oferta de camas instaladas en una zona ha estado más en relación con factores culturales, políticos, históricos o económicos que con el análisis en profundidad de la necesidad de servicios sanitarios.

Estamos, por último, totalmente de acuerdo con González de Dios y cols.⁽¹⁾, en que el liderazgo de los médicos es fundamental en este proceso, pero no sólo para que la gestión sanitaria tenga un fundamento clínico, sino para que la práctica clínica tenga un fundamento científico. Que los gestores están interesados en mejorar la calidad de producción pare recortar costes es evidente y razonable, es su trabajo. Pero para el médico hay algo más: la obligación ética de ser excelente en su práctica, y para ello el médico no tiene otro camino que mejorar la calidad científica. Pero si este argumento no fuera suficiente hay otro trascendental: si los médicos no podemos garantizar que lo que hacemos es necesario, otros lo harán por nosotros. Y esto pasa por admitir que la Medicina tiene límites. Que no existe evidencia de que más es siempre mejor. Que una mayor intensidad en la utilización de servicios sanitarios no es sinónimo de mejor salud. Todo esto es especialmente relevante en un momento en que el ritmo de crecimiento de los gastos

sanitarios parece imparable. Un crecimiento que está llevando a plantear medidas que, más o menos explícitamente, pretenden restringir el acceso o reducir la calidad de determinados servicios, hacer recaer una mayor proporción del coste de los servicios sobre los usuarios, o impedir la incorporación de nuevos tratamientos. En definitiva, medidas para limitar la capacidad de los sistemas sanitarios para atender las necesidades sanitarias de la población. Restricciones que, a nadie se le oculta, pueden llegar a tener repercusiones importantes. ¿Hasta dónde se recortará? Es evidente que se limitará lo inefectivo, pero es más que posible que llegue a limitarse el acceso a servicios efectivos, pero que los gestores determinen que la sociedad no pueda permitirse. Creemos que aquí los médicos tenemos mucho que mejorar todavía: si deseamos, como González de Dios y cols.⁽¹⁾ señalan, que la asistencia responda a ideales científicos y humanitarios es necesario algo más. Algo más que no es nuevo, que ha estado con nosotros desde el «*primum non nocere*» hipocrático y que hoy en día se expresaría como Medicina basada en la Evidencia. Su razón de ser consiste en desafiar la aproximación tradicional basada fundamentalmente en la intuición, la experiencia clínica sin base sistematizada, y la aparente racionalidad patofisiológica. Remarcaría, fundamentalmente, la exigencia de examinar sistemáticamente los resultados de la investigación clínica. En este contexto, instrumentos como los Appropriateness Evaluation Protocol, con todas sus limitaciones, bienvenidos sean. La Medicina basada en la Evidencia exige, por supuesto, nuevas habilidades para el médico, como la eficiencia en la búsqueda bibliográfica y la aplicación de reglas explícitas para evaluar la certidumbre que proporciona la literatura médica. Pero, sobre todo, debe ser un instrumento primordial para introducir homogeneidad en la práctica de la Medicina. Reducir las variaciones eliminando la utilización innecesaria, puede ser una pieza clave para controlar el incremento de los costes y garantizar que nadie deja de recibir algún servicio o prestación médicamente necesaria.

Bibliografía

- 1 González de Dios J, Mateos-Hernández MA, González-Casado I. Hospitalización inapropiada: un marcador de calidad asistencial. *An Esp Ped* 1997; **46**:521-524.
- 2 Sarría A. ¿Por qué se hospitalizan los niños en España? *An Esp Ped* 1996; **45**:264-268.
- 3 Sarría A, Sendra JM. Diferencias regionales en la utilización de hospitales. *Gac Sanit* 1993; **7**:63-69.
- 4 Sarría A, Sendra JM. Evolución de la tasa de cesárea en España: 1984-1988. *Gac Sanit* 1994; **44**:209-214.
- 5 Sarría A, García-Benito P. Diferencias en la utilización de hospitales entre las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña. *Gac Sanit* 1996; **10**:12-17.
- 6 Wennberg JE. *Health Affairs* 1996; **15**:164-167.
- 7 Wennberg JE. Variations in Medical Practice. En: O'Graham N. *Quality in Health Care: Theory, Applications and Evaluation*, 1995. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- 8 Fisher ES, Wennberg JE, Stukel TA, Sharp SM. Hospital readmission rates for cohorts of Medicare beneficiaries in Boston and New Haven.