

CONSENSO SOBRE LAS CONFERENCIAS DE CONSENSO

Sr. Director:

En un reciente editorial de *Gaceta Sanitaria*¹ se cuestiona si la conferencia de consenso (CC) para el control de la colesterolemia en España², primera de las celebradas en nuestro país, fue o no una verdadera CC del tipo de las propuestas y desarrolladas por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de EE.UU.³. Así mismo se duda de la objetividad del proceso, y se plantea si merece la pena iniciar programas de CC en nuestro país.

Dado que estuvimos directamente implicados en la organización, realización y difusión de dicha CC, y con el ánimo de contestar a algunos de los interrogantes abiertos en dicho editorial y arrojar luz sobre la cuestión, escribimos esta carta.

Respecto a la primera cuestión, la contestaremos narrando sumariamente cómo se preparó y desarrolló aquella reunión. La idea surgió a iniciativa de la Sección de Cardiología Preventiva de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) que propuso al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) la realización de una CC sobre este importante tema de salud pública, en un ambiente de independencia de cualquier presión interesada. El objetivo era no sólo evaluar el fundamento científico y la eficacia y seguridad de diversas alternativas de manejo de la colesterolemia en España, sino también estrechar el espacio existente entre el conocimiento actual disponible y la práctica cotidiana de los profesionales; de tal modo que se elaboran recomendaciones consensuadas para actuar de un modo efectivo sobre los niveles de colesterolemia en la población y para evitar la excesiva e inadecuada utilización de fármacos². Un Comité Organizador, compuesto por miembros de la SEC destacados conocedores del tema y de la Administración Sanitaria, delegó en una Comisión Gestora (constituida por tres prestigiosos cardiólogos y epidemiólogos cardiovasculares)² la conducción de las etapas del proceso. El MSC por su parte asumió el patrocinio, la dirección y la responsabilidad de realizar el proyecto en la colaboración con los promotores.

El proceso se desarrolló conforme a una metodología acorde a la utilizada en las CC organizadas por los NIH en EE.UU.³, lo que hizo posible unas características uniformes y consistentes en la conducción del mismo. Los pasos estándar del proceso de esta CC se describieron sumariamente en diversos artículos^{2,4-9}. Una fase preparatoria de varios meses de duración hizo posible llegar a la conferencia con las suficientes garantías para afrontar las cuestiones a debatir. Se trataba de que se pudiera responder objetivamente a una serie de preguntas sobre las «mejores» estrategias de control de la colesterolemia en nuestro medio, basándose en la evidencia científica relevante (bibliografía actualizada)² y los datos presentados por expertos. Estas preguntas o «consensus questions», que fueron formuladas por escrito y repartidas a los participantes antes de la reunión, fueron las siguientes: ¿qué cambios deben introducirse en la dieta española para impedir el aumento del promedio

poblacional de colesterol, basándose en el conocimiento actual de los patrones dietéticos españoles?, ¿qué medidas debe tomar la Administración en este sentido?, ¿qué medidas se tienen que adoptar para que se acepten y lleven a cabo estas recomendaciones?, ¿cómo identificar a los individuos hipercolesterolémicos?, ¿a partir de qué cifras se debe actuar y dejar de actuar, y en qué edades?, ¿qué actitudes se deben adoptar ante grupos de alto riesgo con otros problemas?, ¿cuándo usar fármacos y cuáles?, ¿qué técnicas se deben utilizar para determinar el colesterol, qué margen de error es aceptable, qué controles de calidad se deben establecer?, etc.¹⁰. Las contestaciones a estas preguntas se presentan de forma estructurada en los cinco apartados del informe de consenso².

Los participantes fueron seleccionados de tal modo que estuvieran representadas las Sociedades Científicas que tuvieran que ver con el tema. Asimismo, fueron invitados expertos en aspectos concretos y representantes del MSC relacionados con la investigación, la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares. Los conferenciantes se eligieron entre investigadores y clínicos expertos en los temas específicos del debate, incluyendo un economista de la salud, dos epidemiólogos, un representante de una Fundación privada y dos expertos extranjeros (experiencia italiana y estadounidense). Los miembros de la Ponencia Científica fueron quince expertos, que tenían una visión general del tema (incluyendo investigadores, metodólogos y clínicos)². Todos los participantes dispusieron de un documento sobre la metodología de desarrollo de la conferencia, una explicación verbal sobre el proceso y bibliografía relevante previamente seleccionada².

La conferencia propiamente dicha comenzó con las presentaciones de los conferenciantes⁴⁻¹⁰, en sesión abierta y durante un día entero, sobre el conocimiento científico actual de los aspectos relevantes a debatir. Estuvieron organizadas en cuatro sesiones presididas y moderadas por representantes de la Administración y profesionales sanitarios de reconocido prestigio, respectivamente. A continuación se procedió a la discusión de las evidencias científicas por parte de los aproximadamente treinta miembros de la audiencia, distribuidos en cinco grupos de trabajo (uno por cada bloque temático que constituían las preguntas de consenso), con sus respectivos moderadores y relatores, encargados de presentar al plenario las sugerencias de cada grupo, sin menoscabo de la libre intervención de cualquier persona de la reunión en el plenario.

En último término, la Ponencia Científica, en sesión cerrada, juzgó la evidencia presentada⁴⁻¹⁰, teniendo en cuenta las sugerencias de la audiencia, y redactó un borrador del informe. Éste fue presentado al día siguiente en sesión plenaria, para ser discutido por todos los participantes y consiguientemente mejorado. En las semanas siguientes a la reunión se corrigieron los defectos lingüísticos y se revisó por los miembros de la Ponencia. Lo que se

consensuó realmente fueron unos mínimos de actuación ante las preguntas que pudieron ser razonablemente contestadas. Estas recomendaciones² constituyen un informe del panel y no un documento de política de salud de la Administración, aunque ésta haya participado y lo utilice para orientar sus planes sanitarios.

Recomendaciones sobre el manejo de la colesterolemia habían sido ya formuladas en otros países desarrollados^{11,12}. Sin embargo, cada país necesita una adaptación a su situación real^{1,4,6,8,9,11}, según su patrón dietético y distribución de lípidos séricos, la prevalencia de la hipercolesterolemia y otros factores de riesgo, la magnitud de la enfermedad coronaria y los recursos sanitarios disponibles. El hecho de que las recomendaciones de las casi simultáneas CC española e inglesa sobre el colesterol no fueran las mismas no pone en tela de juicio, a nuestro parecer, la objetividad de la evaluación de la evidencia científica por ambos grupos, tal como se sugiere en el editorial citado¹. En España se consume proporcionalmente menos grasa saturada y más insaturada que en otros países occidentales, incluido el Reino Unido¹³; tampoco son tan altos (al menos todavía) nuestros valores medios de colesterol sérico poblacional, ni la prevalencia de este factor de riesgo y la mortalidad coronaria asociada^{11,14}. El que los informes no sean congruentes en todos los aspectos no significa, en este caso, más que diferentes situaciones epidemiológicas de partida, diferentes prioridades y sistemas de salud. Pero incluso una diferencia en la interpretación de la evidencia científica sería legítima. Por otra parte, diferencias en las estrategias de actuación se observan también en diferentes países ante el mismo problema¹², por consideraciones de política de salud. Hay no obstante, importantes similitudes en las dos CC citadas en lo que se refiere al énfasis en la prevención primaria poblacional, el papel fundamental y prioritario de la dieta, la relevancia de la atención en el nivel de la asistencia primaria, la potenciación de varios factores de riesgo, etc.

El último paso del proceso de consenso es la difusión del informe. Se procedió a su divulgación en siete revistas científicas profesionales y una en la prensa médica no especializada. Se publicó el informe y se remitió a los profesionales sanitarios (unos sesenta mil ejemplares), especialmente a aquellos que trabajan en centros de atención primaria y hospitales, y se hicieron presentaciones en reuniones y seminarios coorganizados con algunas de las Sociedades Científicas implicadas, dirigidas también a médicos y otros profesionales que tratan cotidianamente con este problema.

Las CC, al igual que otros procesos para la evaluación de nuevas técnicas y procedimientos, son mejorables¹⁵. La utilización de métodos cuantitativos para sintetizar la evidencia procedente de múltiples estudios de investigación (metaanálisis), el empleo de un período de tiempo más largo que el habitualmente utilizado para escribir el informe, o la clasificación mediante una escala de grados de la certeza de las recomendaciones, según el nivel de evidencia de las fuentes consultadas, son algunos elementos que podrían mejorar el proceso¹⁵. En la CC comentada, se tuvo en cuenta la fuerza de la evidencia de los estudios revisados para apoyar las recomendaciones, como lo muestra el que se indicaran los fármacos hipolipemiantes con eficacia demostrada por ensayos clínicos

controlados², si bien no se hizo de una manera sistemáticamente estructurada para todas las recomendaciones. En algunas de ellas primaban las consideraciones de factibilidad y el deseo de simplificar las recomendaciones en nuestro medio^{5,6}.

Al hilo de la pregunta que tituló el editorial¹, pensamos que se está en el proceso de un consenso sobre las conferencias de consenso, con propuestas y ensayos de mejoras metodológicas. La evaluación de las CC nos dirá si son o no un buen método para evaluar tecnologías médicas, en comparación a otras técnicas existentes. Podríamos decir que son un método tan bueno como es posible en el momento actual, que favorece la información independiente (y guiada por expertos) a los médicos¹⁶ y permite identificar los núcleos que requieren un acuerdo y desvalorizar otros aspectos¹⁷. Lo que no es óbice para ir modificando la metodología y las recomendaciones conforme vaya progresando el conocimiento científico y se diseñen procedimientos mejores para conducir el proceso y llegar, más y más eficazmente, a los destinatarios.

Por último, no hay que perder de vista que, muchas veces, más que la preocupación por el proceso o resolver dudas científicas, el objetivo es estimular el interés y la acción de los profesionales y la población sobre problemas como el de la colesterolemia. La aceptabilidad clínica y social de las recomendaciones y su puesta en práctica dependerá de la experiencia, dedicación y persuasión por parte de los profesionales sanitarios¹⁸, y de los esfuerzos de los profesionales y la Administración en la introducción de nuevas estrategias de educación sanitaria y marketing social¹⁹ para mejorar la aceptabilidad y cumplimentación de las recomendaciones por parte de todos: profesionales, Administración y población.

Respecto a la experiencia internacional del impacto de una CC sobre el mismo tema (colesterolemia), se ha logrado demostrar que los médicos son receptivos y responden a las nuevas evidencias científicas, y un aumento del conocimiento y actitudes positivas de la población⁴. Por parte española, el proceso de la citada CC no fue muy costosa (apenas llegó el coste total a los dos millones de pesetas) y se está procediendo en la actualidad a la plasmación de las recomendaciones en los planes de salud que diseña la Administración Sanitaria y en los programas de actividades preventivas de algunas sociedades científicas. Habrá que estar atentos para ver los resultados.

José Ramón Banegas^{1,2}

Fernando Rodríguez Artalejo²

Fernando Villar Álvarez¹

¹ Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

² Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

Bibliografía

1. Granados A. Las Conferencias de Consenso. ¿Un método para la evaluación de las tecnologías médicas? *Gac Sanit* 1991; 5: 201-2.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo, Consenso para el control de la Colesterolemia en España. Madrid: MSC, 1989.

3. Office of Medical Applications of Research. Guidelines for the Selection and Management of Consensus Development Conferences. National Institutes of Health. US.DHHS 1986.
4. Banegas JR. Las conferencias de Consenso llegan a nuestro país. Un instrumento racional para la evaluación y difusión de las tecnologías médicas. *Rev San Hig Pub* 1989; 63: 7-14.
5. Balaguer I, Sans S, Tomás L. El acuerdo de Consenso Español para el control de la Colesterolemia. *Hipertens Arterioscl* 1989; 2: 61.
6. Rodríguez Artalejo F, Banegas JR. Acuerdo para el control de la Colesterolemia en España. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 778-80.
7. Ortún V. Consenso para el control de la Colesterolemia en España. *Economía y Salud* Dic. 1989; 11.
8. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. Los Consensos sobre Enfermedades Cardiovasculares y sus implicaciones preventivas. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 101-2.
9. Villar F, Banegas JR. Las Conferencias de Consenso en España y su aplicación práctica. *Atenc Prim* 1991; 8: 273-4.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. El problema de la hipercolesterolemia. Aplicación en España. Documentos de trabajo de la Conferencia de Consenso para el control de la Colesterolemia en España. Madrid: MSC, 1989 (documento mimeografiado).

11. Balaguer I. *Cardiología Preventiva*. Barcelona: Doyma 1990.
12. The Toronto Working Group on Cholesterol Policy. Asymptomatic Hypercholesterolemia: A Clinical Policy Review. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 1021-122.
13. Moreiras O, Carbajal A, Perea I. *Evolución de los hábitos alimentarios en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1990.
14. ERICA Research Group. The CHD risk-map of Europe. The 1st. Report the WHO-ERICA Project. *Eur Heart J* 1988; 9 (Suppl 1): 1-36.
15. McGlynn EA, Koseoff J, Brook RH. Format and conduct of consensus development conferences. *Int J Tech Assess Health Care* 1990; 6: 450-69.
16. Fernández-Cruz A. ¿Tienen o no sentido las conferencias de consenso? *Rev Clin Esp* 1991; 189: 99-100.
17. Balaguer I. Consensos para el control de la Colesterolemia y de la Hipertensión y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en España. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 343-6.
18. Balaguer I. Límites y prioridades en el control del riesgo coronario. *JANO* 3-9 Junio 1988; 11.
19. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM, Villar F, González J. De la cultura del marketing a la idea de la promoción de la salud. *Idea Prevención* 1991 (en prensa).

Respuesta

Sr. Director

Me congratulo muy sinceramente de la casi total concordancia que se observa entre el juicio que le merecen las conferencias de consenso (cc) a los autores de la carta respuesta al director y lo que manifiesto en mi editorial del pasado mes de octubre¹. Es grato comprobar que el acuerdo existe fundamentalmente por lo que se refiere a las posibles mejoras que se podrían lograr rediseñando el proceso de éstas, así como refinando la metodología empleada y el formato y difusión de las recomendaciones.

Es gratificante haber dado lugar a que se explicitara claramente el proceso seguido en la reunión española para el consenso del control de la colesterolemia, dado que si bien es cierto que existe publicada una revisión histórica² acerca de las cc realizadas en otros países; como dije y ahora se ratifica, el proceso pormenorizado de la de Madrid no había sido publicado, con lo que no era posible valorar si aquella reunión fue o no una cc formal.

Solo unas pequeñas observaciones: las dudas que planteé sobre la objetividad del proceso de consenso y sobre el impacto que ejercen las recomendaciones de la cc en la práctica médica, no pretendía focalizarlas la reunión española, sino en el proceso e impacto de las cc en general. Los motivos ya los expuse y por lo que se desprende de algunas de las reflexiones de esa carta al director, los autores, de hecho, no estarían muy en desacuerdo conmigo.

Por otra parte, también quisiera puntualizar, con respecto al manejo de la colesterolemia, que si bien es cierto que cada país necesita adaptarse a su situación real, es decir a la prevalencia de la hipercolesterolemia y la de otros factores de riesgo coronario, dicha adaptación debe ser coherente con su contexto epidemiológico, estructural y económico. Así, entiendo que en un país como el nuestro donde, como el autor reconoce, los valores medios de colesterol sérico no son tal altos como en el Reino Unido, ni lo es la prevalencia de este factor de riesgo y la mortalidad coronaria asociada; recomendar la determinación oportunística del

colesterol sérico a toda la población, me parece cuanto menos sorprendente, aunque se enfatice que se debe determinar fundamentalmente a todos los varones entre 35 y 65 años y a todas las mujeres a partir de los 45 años. Nuestros colegas ingleses sólo recomiendan la determinación oportunística del colesterol a personas con más de uno de los «otros» factores de riesgo coronario conocidos (antecedentes coronarios previos, hipertensión arterial y tabaquismo), justificando su estrategia por el gran impacto sobre el consumo de recursos y las implicaciones financieras que otro tipo de recomendaciones podrían comportar sobre todo si tienen en cuenta que los beneficios en términos de salud de otros planteamientos no están suficientemente probados³.

Como ya manifesté en mi editorial, la presunta objetividad que proporciona la evidencia científica se torna subjetiva cuando intervienen diferentes observadores en contextos distintos. En nuestro país, los observadores de la evidencia no tomaron en consideración la potencial relación coste-inefectividad del «screening» casi masivo de colesterol al redactar sus recomendaciones, lo cual parece ser un denominador común de dicha reunión, ya que los costes se minimizan tanto en el análisis de éstos por lo que se refiere a la organización de esa conferencia como en la difusión y contenido de sus conclusiones.

A. Granados

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya

Bibliografía

1. Granados A. Las Conferencias de Consenso ¿Un método válido para la evaluación de las tecnologías médicas? *Gac Sanit* 1991; 5: 201-2.
2. Banegas JR. Las conferencias de Consenso llegan a nuestro país. Un instrumento racional para la evaluación y difusión de las tecnologías médicas. *Rev San Hig Pub* 1989; 63: 7-14.
3. Consensus Statement on Blood Cholesterol Measurement in the Prevention of Coronary Heart Disease. The Sixth King's Fund. Forum 1989 King Edward's Hospital Fund for London.



RECENSIÓN

Álvarez-Dardet C, Porta Serra M, eds. **Revisiones en Salud Pública**. Volumen 2. Barcelona: Masson 1991.

Los trabajos que integran este segundo volumen de *Revisiones en Salud Pública* se recogieron -según señala su presentación- poco después de comenzar la guerra del Golfo Pérsico. Este suceso justifica que los editores sustituyan el prólogo inicialmente previsto por una reflexión sobre la guerra. Hoy, a la hora de escribir esta recensión, se cumple un año de la retirada de las tropas iraquíes de Kuwait y del final de aquella contienda. Más de ciento cincuenta mil muertos, cientos de miles de enfermos y heridos, millones de refugiados y daños incalculables sobre el medio ambiente son el legado de una guerra percibida aparentemente sin víctimas por el mundo occidental (Health cost of the Gulf war. *BJM* 1991; 303:303-6). El prólogo del volumen que nos ocupa sigue siendo, tristemente, de actualidad.

Los editores en la introducción pretendían analizar las perspectivas de la Salud Pública en España para los 90. Aunque no podamos, de momento, conocer explícitamente cuál era su visión, veamos qué podemos adivinar a través de su selección de trabajos. Algunos de los grandes retos a la salud pública en la actualidad tienen cabida en este volumen, M.C. Cabezas y T.J. Clynn hacen una ágil revisión de las estrategias de intervención antitabaco realizadas y evaluadas en EE.UU. Su amplio conocimiento del tema y la experiencia en asistencia primaria les permite plantear un conjunto de medidas y consejos de cara a generalizar algunos de estos procedimientos en nuestro ámbito asistencial.

La cobertura vacunal infantil frente a las siete vacunas recomendadas en España es analizada por J.R. Villalbí a partir de los indicadores disponibles. A pesar de la diversidad de algunos de estos métodos, y teniendo en cuenta las ventajas y limitaciones que se señalan, el autor pone de manifiesto una situación preocupante, aunque en los últimos años se haya producido una notable mejora.

La evaluación de tratamiento y programas de seguimiento de toxicomanías es el tema del trabajo de J. Sánchez-Carbonell. El autor hace un análisis muy pormenorizado de los problemas de diseño que plantean numerosos estudios americanos y españoles. Finaliza apuntando una serie de cuestiones pendientes y retos derivados de la peculiar situación sociosanitaria de la droga en este país.

El artículo de L. Duhi, publicado originalmente en 1986, nos da la posibilidad de conocer de cerca los principios inspiradores del movimiento Ciudades Saludables. Una oportuna traducción, cuando en el contexto español este movimiento gana cada día más adeptos.

Otro elemento importante de esta revisión lo constituye una serie de reflexiones en torno a la epidemiología, herramienta cargada de futuro, a juzgar por las aportaciones recogidas en este número.

Desde el ámbito de la epidemiología histórica española, J. Bernabeu analiza el papel del descenso de la mortalidad en la llamada transición sanitaria. La introducción a las teorías más recientes en el debate historiográfico sobre las causas de la caída de la mortalidad hacen sumamente instructiva su lectura.

X. Bonfill nos presenta su personal visión del papel que puede jugar la epidemiología clínica en el hospital. Las certeras consideraciones sobre el impacto que el avance tecnológico y el gasto sanitario producen sobre la práctica clínica van desgranándose a lo largo de la exposición, dándonos la clave de hasta qué punto la propuesta del autor es el producto de una reflexión vivamente sentida.

J.F. Martínez analiza la evolución histórica de conceptos epidemiológicos fundamentales en el marco de las dos corrientes científicas más preponderantes, el positivismo y el realismo científico y pone las bases para el estudio de las relaciones entre salud y enfermedad a partir de un enfoque de epidemiología social.

El tercer eje sobre el que gira esta revisión es un conjunto de aspectos metodológicos de importancia capital en disciplinas afines a la salud pública. F. García Benavides y colaboradores realizan una exhaustiva reseña de los antecedentes inmediatos de las estadísticas de mortalidad en España y de sus problemas de validez. En conjunto, supone una buena puesta al día de todos aquellos aspectos de estas estadísticas que pueden interesar, tanto a sus usuarios habituales como ocasionales.

La metodología de los estudios realizados en nuestro país sobre técnicas de evaluación económica, aplicadas al campo sanitario es revisada por X. Badia. El autor apunta una serie de líneas de futuro que servirán sin duda para optimizar su aplicación.

E.M. Guallar analiza con detalle alternativas al diseño tradicional de los estudios de cohortes. Estas propuestas, según el autor, permiten obtener modelos válidos y estimadores del riesgo relativo no sesgados, lo que facilitará la realización de estudios epidemiológicos de manera más eficiente, en un inmediato futuro.

Finalmente, E. Guardiola, editora adjunta de la serie, nos da las claves para preparar un artículo de revisión. Como si, además de ofrecernos una buena herramienta de trabajo, reiterara la invitación a participar en futuras ediciones de *Revisiones en Salud Pública*. Parece pues, que nos encontramos en el inicio de la consolidación de esta publicación, lo que además de un éxito para los editores, constituye un logro para todos los profesionales de la salud pública en España.

Rosa Gispert Magarolas

Institut d' Estudis de la Salut.
Barcelona.

SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Los libros que han sido objeto de recensión por alguna revista científica incluyen la cita de la misma.

1. SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA

Adolescent Suicide: Assessment and Intervention. Alan L. Berman, David A. Jobes. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1991. 277 p, 35 \$ (tela), 17,50 \$ (rústica). (*New Engl J Med* 1991; 325: 1589-90).

Approaches to Breast Cancer Prevention. Basil A. Stoll (*Developments in Oncology*, vol 62) Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991. 244 p, 115 \$.

Behavioral Aspects of AIDS David G. Ostrow, (dir). New York NY: Plenum Medical Book Co, 1990. 414 p, 55 \$. (*JAMA* 1991; 266: 2624).

Ethics in Health Education. Spyros Doxiadis, (dir). New York, NY: John Wiley & Sons, 1990. 215 p, 69,50 \$.

Free to Be Foolish: Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain. Howard M. Leichter. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991. 281 p, 35 \$. (*JAMA* 1991; 266: 1575).

Infectious Diseases of Humans: Dynamics and Control. Roy M. Anderson, Robert M. May. Oxford: Oxford University Press, 1991. 757 p, 50 £. (*Lancet* 1991; 338: 1192-3).

Sexually Transmitted Diseases. King K. Holmes et al. 2ª ed. New York: McGraw-Hill, 1990. 1115 p, 115 \$. (*New Engl J Med* 1991; 325: 1259-60).

The Cholesterol Conspiracy. Russell L. Smith, Edward R. Pinckney. St. Louis: Warren H. Green, 1991. 389 p, 37,50 \$. (*New Engl J Med* 1991; 325: 1257).

The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and AIDS. Robert M. Wachter. New York, NY: St Martin's Press, 1991. 256 p, 19,95 \$. (*JAMA* 1991; 166: 2622-3).

The Surgical Solution: A History of involuntary sterilization in the United States. Philip R. Reilly. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991. 190 p, 19,95 \$. (*New Engl J Med* 1991; 325: 1386-87).

Tropical and Geographical Medicine. Kenneth S. Warren, Adel A.F. Mahmoud, 2ª ed. New York, NY: McGraw-Hill Publishing, 1990. 1159 p, 125 \$. (*JAMA* 1991; 166: 1704-5).

Vitamin Intake and Health: A Scientific Review. Suzanne K. Gaby, Adrienne Bendich, Vishwa N. Singh, Lawrence J. Machlin. New York, NY: Marcel Dekker, 1991. 217 p, 85\$. (*JAMA* 1991; 266: 1857).

2. SERVICIOS SANITARIOS, PLANIFICACIÓN, ECONOMÍA, SOCIOLOGÍA

Assessing Pediatric Practice: A Critical Study. Raymond S. Duff.

Charles D. Cook (dir). Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1990. 236 p, 27 \$. (*New Engl J Med* 1991; 325: 1258).

Community Psychiatry. D. H. Bennett, H. L. Freeman, (dir). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991. 704 p, 49,50 £. (*Br Med J* 1991; 303: 1144).

Medicine and Money: A Study of the Role of Beneficence in Health Care Cost Containment. Frank H. Marsh, Mark Yarborough. St Louis, Mo: Warren H Green Inc, 1990. 171 p, 39,95 \$.

Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. David J. Rothman. New York: Basic Books, 1991. 303 p, 24,95 \$. (*New Engl J Med* 1991; 325: 1387).

The Crisis in Health Care: Ethical Issues. F. McKenzie (dir). New York, NY: Penguin Books, 1990. 640 p, 12,95 \$.

3. EPIDEMIOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA, ESTADÍSTICA, INFORMÁTICA

Cataract: Biochemistry, Epidemiology and Pharmacology. J Harding. London: Chapman and Hall, 1991. 333 p, 60 £. (*Br Med J* 1991; 303: 1144-5).

FamilyMD 2.4: A Primary Care Information Tool. Mark Ebell, one 5¼-inch diskette, for IBM PC and compatibles, documentation: 35-pp manual, \$89 site license, or \$189 institutional license, Athens, Ga, Doggone Software Ltd, 1991. (*JAMA* 1991; 266: 2299-300).

Infections in Intravenous Drug Abusers. Donald P. Levine, Jack Sobel (dir). New York: Oxford University Press, 1991. 395 p, 75 \$. (*New Engl J Med* 1991; 325: 1259).

Medicine and Charity Before the Welfare State. Jonathan Barry, Colin Jones (dir). 1991. London: Routledge. 1991. 259 p, 45 £. (*Lancet* 1991; 338: 1194).

4. SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL

An Environmental Odyssey: People, Pollution and Politics in the Life of a Practical Scientist. Merrill Eisenbud. Seattle: University of Washington Press, 1990. 264 p, 24,95 \$. (*JAMA* 1991; 266: 1702).

Chemical Exposures: Low Levels and High Stakes. Nicholas A. Ashford, Claudia S. Miller. New York, NY: Van Nostrand Reinhold Co, 1991. 214 p, 18,95 \$. (*JAMA* 1991; 266: 1858-9).

Hazardous Waste and Human Health. British Medical Association. Oxford: Oxford University Press. 1991. 242 p, 6,99 £. (*Lancet* 1991; 338: 1444).