



Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria

S. Peiró / R. Meneu

Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS). València.

Correspondencia: Salvador Peiró. Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Plaza María Beneyto 2, 10. 46008 Valencia

(Variations in medical practice: implications for clinical practice and health policy)

En este número de *Gaceta Sanitaria*, Mireia Espallargues y otros investigadores del I-PORT de Barcelona presentan los resultados de una encuesta a oftalmólogos sobre cirugía de cataratas que muestra la existencia de apreciables diferencias en la práctica profesional, tanto en lo que respecta a pruebas oftalmológicas como al manejo quirúrgico y al seguimiento post-intervención¹. Entre sus hallazgos destacan la realización de pruebas innecesarias (conforme a la evidencia disponible) en muchos casos, la no realización —en otros— de alguna prueba recomendada por guías de práctica, y el bajo uso de algunas técnicas —anestesia local, cirugía ambulatoria— en relación a otros países. En conjunto, los resultados muestran una gran variabilidad en las prácticas clínicas, que es más explicable por las diferentes características de los oftalmólogos (edad, formación, experiencia, tipo de práctica, etc.) que desde la idea convencional de que las actuaciones clínicas se basan en la aplicación de conocimientos científicos a situaciones definidas por las características de la enfermedad y el paciente. Las implicaciones de estos resultados sobre la efectividad y eficiencia del procedimiento analizado son obvias, y los autores sugieren diversos tipos de intervenciones a nivel de *micro-gestión clínica* para reducir la variabilidad y mejorar la adecuación de la práctica clínica.

El concepto clásico de variaciones en la práctica médica (VPM) se refiere a las variaciones sistemáticas (no aleatorias) en incidencia acumulada de un determinado procedimiento clínico, a un determinado nivel de agregación de la población². Estos estudios, *ecológicos* y cuya principal herramienta metodológica es el *análisis de áreas pequeñas*, intentan relacionar el número de residentes en cada área geográfica que han recibido un determinado servicio sanitario en un período de tiempo definido, con la población total de tales áreas en el mismo período, para comparar las tasas obtenidas —habitualmente estandarizadas por edad y

sexo— y valorar si la variabilidad entre áreas implica una diferente utilización de los servicios estudiados. Aunque existen notorios precedentes³, los estudios contemporáneos sobre VPM aparecen a principios de los 70, teniendo especial impacto los trabajos publicados por Wennberg y cols.^{4,5}, que sentaron las bases conceptuales y metodológicas para el análisis actual de las VPM y, en buena medida, para el desarrollo de los programas de investigación sobre efectividad de los tratamientos y de difusión de resultados que han dominado el panorama de la investigación en servicios de salud durante la última década.

El concepto de VPM incluye también otros aspectos de la variabilidad en la utilización de servicios sanitarios, que no son poblacionales sino de base individual, como el diferente uso de pruebas diagnósticas, tratamientos, indicaciones quirúrgicas, indicaciones de ingreso hospitalario, duración de la hospitalización u otros, en pacientes en situaciones clínicas similares. Estos estudios, a diferencia de los anteriores, se desarrollan sobre una *base individual* (no ecológica) y las herramientas metodológicas esenciales son las utilizadas para el ajuste de riesgos. El objetivo ahora es evaluar la efectividad o la eficiencia de tecnologías o de proveedores (centros o profesionales sanitarios), o buscar determinantes de variabilidad en función de características de los pacientes (como el sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico), del médico (especialidad, edad, sexo, formación, experiencia, sistema de pago), del hospital (público o privado, rural o urbano, universitario o no, docencia, tamaño, terciarismo) o del sistema sanitario (financiación, organización, cobertura u otras). Obviamente, este tipo de análisis puede abordarse también a partir de encuestas sobre estilos de práctica.

Aunque ambos tipos de VPM (que simplificando podemos llamar poblacionales e individuales) tienen relaciones entre sí y ambos muestran que los médicos actúan de forma diferente ante situaciones similares (quebrando la creencia tradicional de que los profesionales

sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado —científico— a cada problema de salud), las implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica, así como los abordajes posibles de estos dos tipos de VPM, son sustancialmente diferentes.

Hipótesis explicativas sobre las variaciones en la práctica médica

Numerosos trabajos han puesto de manifiesto la asociación entre VPM y diversos factores. Por el lado de la demanda se ha señalado la importancia de la morbilidad, estructura demográfica de las poblaciones, características sociales, económicas, educativas, religiosas y otras, que determinarían la decisión de buscar tratamiento en presencia de sintomatologías similares (aunque habría que ser prudente a la hora de considerar estas variables como intrínsecas al paciente, ya que la accesibilidad geográfica, cultural y económica puede estar modulada por la propia oferta y, de otro lado, el personal sanitario puede interactuar de forma diferente con diferentes tipos de pacientes).

Por el lado de la oferta, se ha señalado la importancia de los factores de estructura, organización y capacidad instalada, así como el tipo de sistema sanitario, recursos per capita, existencia de alguna modalidad de co-pago, sistemas de pago e incentivos a médicos u hospitales, la especialización, docencia, tamaño y tipo de centro, la forma de incorporar nuevas tecnologías, etc. Sin embargo, y desde el lado de la oferta, el interés de los investigadores se ha centrado en las diferentes valoraciones que hacen los médicos sobre los méritos relativos de las diversas opciones de tratamiento o diagnóstico para una misma condición. Estas diferencias se han relacionado con la presencia de *incertidumbre* (no existe evidencia científica sobre los resultados de las alternativas de tratamiento o diagnóstico en una situación concreta), o de *ignorancia* (existe evidencia científica sobre el valor de las pruebas o tratamientos, pero el médico la desconoce o, aun conociéndola, emplea otras pautas)¹.

La controversia sobre la importancia relativa de cada uno de estos factores, ha dado origen a tres teorías explicativas para las VPM⁶. La primera de ellas, la *hipótesis del estilo de práctica del paciente*, sostiene que las diferencias en morbilidad explican buena parte de las VPM, que las variables de la demanda —nivel socioeconómico del paciente, estudios, grupo étnico y otras— son importantes como fuente de variabilidad y, en consecuencia, que la decisión del paciente de buscar tratamiento (influida por sus condiciones de morbilidad, socio-demográficas y culturales) es la principal explicación de las VPM. Bajo esta hipótesis las VPM pueden ser interpretadas como indicativas de inequidad o

diferencias en morbilidad, pero no necesariamente de demanda inducida por los proveedores.

La *hipótesis de los médicos entusiastas* de un procedimiento, parte de la constatación que las tasas de intervenciones o ingresos inapropiados son similares en las áreas de baja y alta utilización (en estas últimas habría unos pocos clínicos entusiastas del correspondiente procedimiento que serían los responsables de las VPM) para derivar que las VPM indican la existencia de una alta proporción de personas que no reciben una intervención que hubiera sido calificada como adecuada*. Bajo esta hipótesis, las VPM evidenciarían sobre todo un problema de subprovisión de cuidados.

Las propuestas básicas de la *hipótesis de la incertidumbre*, la tercera de las contempladas, aunque históricamente la primera en formularse⁴, pueden resumirse en que las diferencias en morbilidad y otras variables de la población no explican substancialmente las VPM, que la variabilidad es mínima cuando existe acuerdo sobre el valor de un procedimiento, y que sólo en presencia de incertidumbre los clínicos desarrollan estilos de práctica diferentes que son la principal fuente de VPM. Estos estilos de práctica vendrían muy afectados por algunos factores de la oferta como la capacidad instalada o los incentivos. Bajo esta hipótesis, las VPM serían un marcador de sobreutilización poblacional de servicios sanitarios.

Aunque todas las teorías tienen fortalezas e inconsistencias, buena parte de la polémica se debe a saltos de inferencia desde el nivel poblacional al individual y viceversa. Por ejemplo, los resultados de los estudios de base individual —y algunos ecológicos— hacen poco plausible restar importancia a los factores socio-económicos en las VPM (con su correlato de presencia de desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y orientación hacia políticas redistributivas). Igualmente, en los trabajos de base individual la morbilidad es el principal determinante de la utilización de servicios. Pero estos factores pierden relevancia cuando se comparan áreas vecinas de estructura socio-económica y morbilidad similares, y no debería confundirse la importancia causal de un factor sobre la utilización de servicios, con su importancia para explicar las VPM poblacionales. Por el contrario, los estudios que han mostrado descensos importantes en las tasas de utilización con el cambio de profesionales³, tras inter-

* Si en dos áreas de 10.000 habitantes y similar estructura de morbilidad, se ha detectado una proporción de hospitalizaciones innecesarias del 25%, con tasas de admisión hospitalaria de 300 por mil habitantes y 100 por mil, respectivamente, podría deducirse que en la primera 2250 personas fueron hospitalizadas adecuadamente (requerían ingreso y fueron ingresados), mientras que en 750 casos existió sobreutilización (no requerían ingreso, pero fueron ingresados); en la segunda, 750 pacientes fueron adecuadamente hospitalizados, en 250 casos existió sobreutilización, pero también existirían 1500 pacientes (diferencia entre los ingresos adecuados de las dos áreas) que requerían el ingreso y no fueron ingresados, situándonos ante un problema de sub-

venciones de retro-información⁴ o tras campañas de información a la población⁷, refuerzan la importancia del estilo de práctica como factor explicativo de la variabilidad, al menos en intervenciones electivas.

A este respecto, es interesante señalar como la capacidad instalada afecta al juicio clínico. Aunque los trabajos de base individual que han estudiado la utilización inapropiada en áreas con tasas bajas y altas de algún procedimiento no han hallado diferencias entre ellas^{8,9}, en términos poblacionales la mortalidad específica también es similar en ambos tipos de áreas¹⁰⁻¹¹, y la orientación hacia la presencia de subprovisión de cuidados no es obvia. Más probable parece que, cuando la capacidad instalada es alta, se incremente el número de ingresos en todos los niveles de gravedad de los pacientes, de modo que los pacientes más graves son más ingresados (y reingresados), pero los más leves también, sin que ello se traduzca en mejores resultados para la población¹². Si la gravedad media de los pacientes no se asocia con la tasa de ingresos o intervenciones, y no están claras las ventajas comparativas de cada alternativa en relación a otras, el resultado es que paciente a paciente no se detectan diferencias en inadecuación y, por contra, área a área, se obtienen resultados iguales con costes muy distintos.

Es interesante señalar que los clínicos que trabajaban simultáneamente en hospitales de New Haven y Boston, con tasas de ingresos de 156 y 213 por 1.000 habitantes/año, respectivamente, variaban su estilo de práctica para adaptarse a la disponibilidad de camas en cada hospital, sin que fueran conscientes de este cambio, ni reconocieran la existencia de restricciones¹⁰⁻¹¹. También tiene interés señalar la importancia de estas variaciones desde perspectivas de política sanitaria. Por ejemplo, Wennberg señaló que si en Boston se adoptasen las tasas de utilización de recursos de New Haven, podrían quedar disponibles para otros usos 143 millones de dólares anuales¹², y Fisher y cols., estimaron que si las áreas de Oregón tuvieran las tasas de utilización de servicios de Salem, su capital, podrían liberarse suficientes recursos para pagar los gastos de todo el programa *Medicaid* (atención de beneficencia) del citado Estado, en un momento que dicho programa estaba experimentado un severo y controvertido plan de racionamiento¹³.

Estrategias ante las variaciones en la práctica médica

La observación de variaciones en la atención de salud plantea importantes preguntas sobre la calidad de la atención, entendida ésta en un sentido amplio que incluiría aspectos de accesibilidad, adecuación, coste-efectividad y equidad: ¿la accesibilidad de una persona a un procedimiento diagnóstico o un tratamiento efectivo (con beneficios que superan a los riesgos) es distinta

según el lugar donde viva? ¿la probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento inapropiado (con mayores riesgos que beneficios) y tener un resultado adverso debido al mismo, es diferente según el servicio al que acuda? ¿Qué coste de oportunidad tiene para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria? Éstas y otras preguntas, han conducido a la aceptación general de que la variabilidad traduce problemas de efectividad en las actuaciones médicas y de eficiencia social y, por tanto, las VPM representan una fuente de preocupación social y para la comunidad sanitaria. No obstante, y aunque financiadores y compradores están interesados en las VPM bajo la suposición de que constituyen una oportunidad de reducir el gasto sanitario, las implicaciones de las VPM para la política sanitaria y la práctica clínica pueden ser muy diferentes desde una óptica individual y una poblacional.

Para la perspectiva individual, la variabilidad no constituye —en sí misma— un problema, sino que sería el reflejo de otros problemas (incertidumbre, ignorancia, problemas organizativos o incentivos perversos, etc.), cuyo abordaje se traduciría en mejoras de la efectividad y calidad de la atención, aunque no necesariamente en una disminución de los gastos o en mejores resultados poblacionales. Desde esta óptica la preocupación se centra en las situaciones que implican variaciones no intencionadas en procesos para cuyo diagnóstico y tratamiento existe una evidencia científica suficientemente consolidada y los abordajes posibles, siempre desde la microgestión clínica variaran en función del grado de evidencia disponible⁶. Así, ante una situación en que se conoce la efectividad e indicaciones (las pruebas preoperatorias serían un ejemplo, en el trabajo del I-PORT de Barcelona), la reducción de la variabilidad pasaría por actuaciones que hagan llegar la información necesaria a los clínicos de forma comprensible y rápida (guías clínicas, protocolos, formación continuada, sesiones de discusión, etc.), retroinformación sobre la propia práctica y sus resultados, empleo de técnicas de revisión de la utilización inadecuada y mecanismos de incentivación que contribuyan a estimular el uso apropiado o, como mínimo, que no estimulen la utilización innecesaria. Si la variabilidad es atribuible a un problema de incertidumbre, las estrategias de acción irían enfocadas a obtener resultados a más largo plazo: investigación que ponga en evidencia las variaciones en el uso de un procedimiento o la existencia de vacíos de conocimiento sobre sus resultados, profundizar en la eficacia, efectividad y coste-efectividad de distintos procedimientos alternativos para un mismo problema de salud, mecanismos que permitan mejorar la participación de los pacientes en las decisiones clínicas y, en último extremo, desarrollar y difundir consensos basados en la opinión de expertos sobre la mejor práctica en estos casos. A medida que la investigación fuera eliminando vacíos de conocimiento las iniciativas a tomar se desplazarían de un lado a otro. El movimiento Medicina Basada en la Evidencia es un buen exponente de este tipo de estrategias.

Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de los servicios clínicos tiene inferencias ambiguas y las implicaciones poblacionales y clínicas de unos mismos conocimientos sobre efectividad, pueden ser diferentes¹⁴. Como ejemplo, en el período 1985-89, el promedio anual de ingresos por catarata en mayores de 65 años varió desde poco más del 4% en Aragón y Galicia, a casi el 10% en Cataluña, Extremadura y País Vasco¹⁵, sin que se conozca el beneficio marginal —en términos de salud y calidad de vida— que el exceso de intervenciones** aporta, ni que posibles beneficios se han dejado de obtener por dedicar recursos a esta actividad. Y estas tasas aún están lejos de las de Estados Unidos que, en algunos Estados, duplican y triplican las tasas de las comunidades más elevadas en España.

Una persona más o menos enferma, la existencia de recursos disponibles (una cama, un quirófano, un oftalmólogo) y la creencia social de que más es mejor, tienen un resultado inequívoco: el incremento de ingresos y procedimientos médicos¹². Y aunque para una condición médica concreta —como la catarata— se investiguen beneficios y riesgos, y se mejore la adecuación de la práctica mediante la investigación de procesos y resultados, centenares de condiciones quedarán sin investigar y serán susceptibles a la influencia de la oferta en la práctica clínica. Si la política sanitaria ha de ser la expresión legítima

** La traducción de estas tasas a cifras de prevalencia de la intervención a una determinada edad implicarían que en unas comunidades en torno al 20% de las personas de 85 y más años han sido intervenidas de cataratas, mientras que en otras apenas serían el 5%.

de las preferencias sociales, debe contribuir a que el producto de los servicios sanitarios sea un insumo eficiente del bienestar social y, para ello, debe guiar el establecimiento de prioridades sociales y controlar el crecimiento de la oferta; es decir, desde la óptica de la política sanitaria, las estrategias «micro» deben ser combinadas con estrategias «macro» que busquen maximizar el bienestar de la sociedad, de la forma más eficiente y de acuerdo con sus preferencias distributivas. Las VPM poblacionales son, probablemente, el mejor indicador de dónde pueden haber problemas de eficiencia social.

Política sanitaria y práctica clínica tienen perspectivas distintas (comunitaria e individual respectivamente), enfrentamientos y complementariedades. Mejorar el conocimiento sobre la adecuación de los estilos de práctica de un procedimiento concreto sobre un grupo de pacientes específico, es el terreno donde —y no siempre— pueden coincidir ambas estrategias. Y aunque no todas las situaciones puedan ser objeto de investigación, es posible priorizar aquellas que optimizan la perspectiva social. Los procedimientos que consumen un elevado volumen de recursos, sujetos a incertidumbre, con alta variabilidad poblacional y grandes posibilidades de utilización inapropiada son, desde esta óptica, el objetivo central de la investigación en servicios de salud. No cabe duda que las cataratas cumplen estas condiciones, y el trabajo que hoy publica *Gaceta Sanitaria* es un buen ejemplo de la utilidad de esta área de investigación para informar la toma de decisiones en la práctica clínica y, aunque sus autores no lo hayan explicitado, también en la política sanitaria.

Bibliografía

1. Espallargues Carreras M, Castells Oliveres X, Castilla Cespedes M, Alonso Caballero J e investigadores del I-PORT de Barcelona. Evaluación de la práctica clínica en cirugía de cataratas: resultados de una encuesta a oftalmólogos de la provincia de Barcelona. *Gac Sanit* 1998;12:76-84.
2. Mcpherson K. Como debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica. *Var Pract Méd* 1995;7:9-17.
3. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc Royal Society Med* 1938;31:1219-36.
4. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* 1973;18:1102-8.
5. Wennberg JE, Gittelsohn AM. Variations in medical care among small areas. *Sci Am* 1982;264:100-11.
6. Marión Buen J, Peiró S, Márquez-Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998. En prensa.
7. Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E y cols. Effect of information campaign by the

8. Chassin MR, Kossecoff J, Park RE, J, Fink A, Solomon DH. Variations in the use medical and surgical services by the medicare population. *N Engl J Med* 1986;314:285-90.
9. Restuccia J, Shwartz M, Ash A, Payne S. High hospital admission rates and inappropriate care. *Health Affairs* 1996;15:156-63.
10. Wennberg JE, Freeman JL, Culp WJ. Are hospital services rationed in New Haven or over-utilised in Boston. *Lancet* 1987;1:1185-9.
11. Wennberg JE, Freeman JL, Shelton RM, Bubolz TA. Hospital Use and Mortality among Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven. *N Engl J Med* 1989;321:1168-70.
12. Wennberg JE. On the appropriateness of small-area analysis for cost-containment. *Health Affairs* 1996;15:164-7.
13. Fisher ES, Welch HG, Wennberg JE. Prioritizing Oregon's hospital resources. An example based on variations in discretionary medical utilization. *JAMA* 1992;267:1925-31.
14. Tanenbaum SJ. Medical effectiveness in Canadian and U.S. health policy: the comparative politics of inferential ambiguity. *Health Serv Res* 1996;31:517-32.
15. Compañ L, Peiró S, Meneu R. Variaciones geográficas en hospitalizaciones quirúrgicas en ancianos. *Rev Gerontol* 1995;5:166-70.