

Promoviendo la Efectividad Clínica para la Medición de Resultados: ¿Una ciencia básica de la práctica médica?

Dr. Adolfo Rubinstein

*Jefe Unidad de Medicina Familiar y Preventiva,
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.*

Presidente Fundación MF para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud (<http://www.fundacionmf.edu.ar>)

INTRODUCCIÓN

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. Por otro lado, los proveedores y financiadores de servicios sanitarios, preocupados por las crecientes dificultades para hacer frente a demandas cada vez mayores y recursos cada vez más escasos, buscan mayor efectividad y eficiencia en dichos servicios y están cada día más interesados en disponer de evidencias explícitas sobre la eficacia, seguridad, efectividad y costo-efectividad de los servicios, prácticas o tecnologías en general que deben proveer o financiar.

La Efectividad Clínica es la aplicación de instrumentos y métodos básicos al estudio de los problemas de los pacientes y poblaciones con el objeto de minimizar los sesgos que conlleva la sola intuición clínica o la experiencia no sistematizada en la toma de decisiones, facilitar la práctica médica basada en la mejor evidencia disponible, evaluar el verdadero impacto de las intervenciones en la modificación de la historia natural de las enfermedades, y optimizar la instrumentación de Programas que maximicen los beneficios sociales en la definición de Políticas o Servicios de Salud (1).

Quienes deben tomar decisiones sobre qué servicios financiar o qué tecnologías adoptar, se encuentran sometidos a tensiones originadas por un lado por la oferta de un número creciente de nuevos procedimientos médicos cada vez más sofisticados, más caros y más prometedores, y por el otro, por las restricciones presupuestarias impuestas por los economistas y administradores al aumento de los gastos médicos.

Este escenario de incertidumbre está entonces motorizado por tres fenómenos diferentes:

1. Ausencia de adecuada correlación entre el nivel de gasto sanitario de un país y los indicadores de salud de su población

Los resultados agregados de salud y bienestar de una población son poco sensibles a los cambios en el gasto en salud por encima de niveles mínimos alcanzados por los países desarrollados en general y por muchos países en desarrollo entre los cuales se encuentra el nuestro. El caso de la Argentina es paradigmático: este país gasta anualmente aproximadamente U\$ 21.000 millones anuales en salud, U\$ 650 por persona. Esta cifra constituye aproximadamente el 7% del PBI. Es el gasto per cápita más elevado de Latino América y es comparable al del tercio inferior de los países desarrollados. Sin embargo, casi el 40% de la población carece de seguro de salud y depende de la cobertura que brinda la salud pública. A pesar de que este gasto es superior al del resto de los países latinoamericanos, los resultados no son siempre mejores. Las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna son más altas que lo que cabría esperar en función del gasto, y en el 60% de los casos se trata de fallecimientos evitables con un diagnóstico y tratamiento oportuno. El gasto per cápita en Cuba, Chile, Uruguay y Costa Rica es muy inferior al argentino pero sus indicadores de esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil son mejores. Estos resultados son más curiosos si tenemos en cuenta que, con la excepción de Uruguay, la cantidad de camas y médicos por habitante existente en Argentina es muy superior al del resto de los países de Latinoamérica (2)

2. Variabilidad inapropiada observada en la práctica clínica

Si bien evitar riesgos innecesarios para nuestros pacientes siempre fue un poderoso estímulo para evaluar y revisar la práctica clínica, más recientemente, la sociedad comienza a reclamar mayor atención al problema de los gastos innecesarios. Hace 25 años, Wennberg y col. observaron en Vermont (USA) que distintas comunidades utili-

zaban sus recursos sanitarios de manera muy dispar en relación a los procedimientos cardiovasculares. Estas variaciones fueron también encontradas en diferentes regiones y ámbitos. Interpretaron que dichas variaciones no podían explicarse por diferencias de case-mix o por diferentes resultados, sino por inadecuadas decisiones médicas ante la incertidumbre (3). Diferentes estudios posteriores han demostrado desde una variación de hasta 6 veces en la implantación de prótesis de cadera entre 13 estados de Estados Unidos (4) hasta diferencias de hasta 26 veces en la realización de esclerosis hemorroidales (5). Con el tiempo, los políticos y administradores abrazaron esta hipótesis y desarrollaron instrumentos para "medir" y "dar cuenta" de la actividad clínica, enfrentando el hecho de que cada vez más debemos optar por una de muchas intervenciones deseables, porque no hay dinero para todas.

Distintas estrategias se han desarrollado con el objeto de reducir la variación atribuida al uso inapropiado de servicios: 1) Primer contacto obligado por parte del médico de atención primaria, 2) revisión de utilización (auditoría y feed-back), 3) barreras administrativas, 4) cambio de modalidad de pago e incentivos financieros (6). Sin embargo, el mayor desafío ético consiste en anteponer la racionalización al racionamiento de los recursos, a través del desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la elaboración de Guías de Práctica Clínica. 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 (7). 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 (8), (9)

3. Incertidumbre acerca del impacto real que sobre la salud de las personas tiene el uso de muchas prácticas médicas

Algunas estimaciones sitúan el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o directamente perjudiciales en 20% del gasto total. Más aún, 20 a 25% de los procedimientos médicos realizados en EEUU están basados en indicaciones inapropiadas o dudosas (10). 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.

«mezcla de casos o mezcla de patologías (case-mix en inglés)»: indicador como manera de ajustar por la diferente agregación de patologías o condiciones que tiene cada médico y que pueden ser potenciales confundidores (confounders) de la asociación entre médico e indicadores de utilización de servicios.

EFFECTIVIDAD CLÍNICA Y MEDICIÓN DE RESULTADOS EN ATENCIÓN MÉDICA

Si bien las posibles aplicaciones de los métodos básicos de esta disciplina son numerosas, intentaré profundizar la que tiene que ver con la medición de los resultados de diferentes intervenciones en la práctica clínica, explorando fundamentalmente la variabilidad en el uso de recursos y en las consecuencias de las intervenciones. Como ya lo puntualicé antes, ésta tiene mucho que ver con los diferentes mecanismos de toma de decisiones frente a la incertidumbre de los clínicos en su práctica cotidiana y los diferentes contextos (tipo de población, tipo de hospital, organización del sistema de servicios, modalidad de pago, sistema de valores, etc.) que condicionan dicha práctica.

Medición de Resultados en Atención Médica

La historia moderna de los sistemas de salud ha pasado por distintas etapas madurativas que podemos resumirlas en 3 períodos; un primer período caracterizado por la expansión de servicios y cobertura, y aparición de lo que Arnold Relman denominó el complejo médico-industrial entre fines de los '40 y fines de los '60. Este período, que produjo grandes avances en el desarrollo científico y tecnológico, significó también el comienzo de la escalada de costos que en los países desarrollados comenzó a vivirse con preocupación, especialmente en los Estados Unidos. El segundo período cuyo paradigma fue la contención de costos y cuyo epicentro fue Estados Unidos, se profundizó hacia mediados de los '70 y los '80 con el diseño de distintas estrategias para detener el incremento del gasto sanitario como los procesos de revisión de utilización, preautorización de hospitalizaciones, segunda opinión quirúrgica, etc. Si bien estas iniciativas lograron modificar levemente la pendiente de ascenso de los costos, no fueron suficientes para detenerlos a niveles controlables. Hacia fines de los '80, Lee Iacocca, el legendario hombre fuerte de Chrysler, mencionó que el costo de la cobertura de salud de sus trabajadores superaba el costo de la carrocería de sus automóviles, señalando los problemas serios de competitividad que enfrentaba la industria americana, en parte debido al aumento de los costos de la atención médica. A partir de los '90 y vigente hasta el presente, se produjo un cambio de sesgo orientado hacia una modificación de los modelos de compensación económica de los médicos y los hospitales, llevándolos a modelos explícitos de transferencia de riesgos como el pago por capitación, pago por módulos de internación por diagnóstico (DRG's), etc.

Finalmente, a mediados de la década pasada, el movimiento de Medicina Basada en la Evidencia y su iniciativa más importante, la Colaboración Internacional Cochrane para la revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones sanitarias, cobró un protagonismo definitivo para sentar las bases de una práctica clínica basada en evidencias más que en juicios o en opiniones, en parte a partir de las presiones de los financiadores y prestadores públicos y privados (figura 1).

Es en este contexto cuando comenzó a construirse un nuevo paradig-

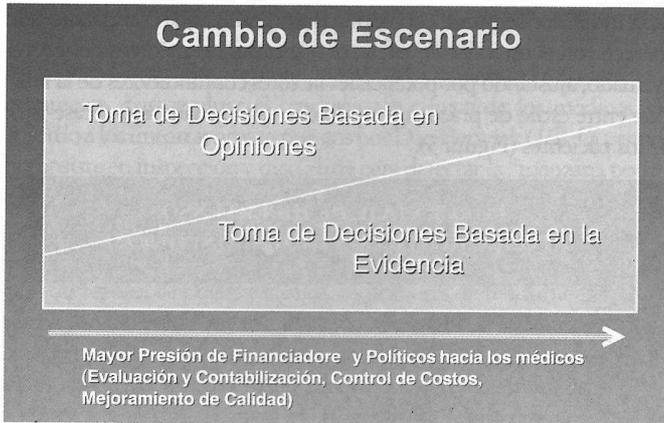


Figura 1

ma en la Atención Médica: la medición de resultados. Podemos definir como **Resultados (Outcomes)** a aquellos cambios, favorables o adversos, en el estado de salud presente o potencial de personas, grupos o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención médica. Desde ya, dependen de cuán estrecha o amplia es la definición de salud y de cuál es el rol que tienen los proveedores en el sistema de atención médica. Ellwood, a fines de los '80, describió los sistemas de gestión de resultados como la manera de ayudar a los pacientes, pagadores y proveedores a tomar decisiones más racionales sobre los efectos de las intervenciones médicas e incluyó entre otros:

Algunas Definiciones

- **Eficacia:** ¿Produce la intervención resultados deseables en condiciones óptimas?
- **Efectividad:** ¿Produce la intervención resultados deseables en condiciones normales?
- **Eficiencia:** ¿Podrían esos recursos ser invertidos más productivamente en otra cosa?

Cuadro 1

1) el desarrollo de estándares y guías de práctica clínica, 2) la recolección de datos clínicos, 3) la medición de resultados clínicos, funcionamiento y bienestar del paciente, y 4) el análisis y diseminación de los mismos.

Este proceso de medición de resultados exige que quienes lleven a cabo las diferentes actividades clínicas, den también cuenta de sus intervenciones. De esta manera, el diseño, implementación y diseminación de guías de práctica clínica se vuelve un instrumento imprescindible en el proceso de evaluación de las intervenciones médicas. Por supuesto, esta modalidad es muchas veces resistida por los médicos con el argumento de que se pretende limitar la autonomía clínica a través de recetas de cocina de difícil aplicación en el contexto de la

práctica de todos los días. Por eso, la elaboración de guías de práctica debe también considerar otros tipos de evidencia obtenidas en el "mundo real". Es aquí donde cobran especial importancia los llamados *Estudios de Efectividad*. En este tipo de investigaciones, se evalúan los resultados clínicos (y los costos) alcanzados en circunstancias habituales (efectividad) y no sólo los alcanzados a través de intervenciones experimentales provenientes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (eficacia). Algunas definiciones sobre estos conceptos las podemos observar en el cuadro 1 así como también algunos indicadores de efectividad clínica basados en la evidencia, comúnmente usados en atención primaria (Cuadro 2).

Indicadores de Efectividad Clínica basados en la Evidencia

- Aspirina en pacientes de riesgo de Enfermedad Coronaria (EC)
- Control de la HTA
- Consejo antitabáquico
- IECA en ICC
- Estatinas en prevención Iaria y 2aria de EC
- Anticoagulación en FA no reumática para prevención de AVE
- Control de la Diabetes Mellitus
- Rastreo de Ca cervical, Ca Mama, Ca Colo-rectal
- Consejo breve para reducir consumo de alcohol
- Inmunizaciones niños y adultos (excepto influenza)
- Vacunación antigripal para >65 años

Cuadro 2

Perfiles de Práctica Clínica

Como se mencionó anteriormente, el mejoramiento de la calidad y la disminución de los costos a través de la reducción de la variabilidad inapropiada de las acciones clínicas, es el principal subyacente que motoriza la Efectividad Clínica como nueva disciplina. Dichas fuentes de la variabilidad son diversas: variabilidad producida por diferencias entre países y entre sistemas de salud, variabilidad entre distintas regiones de un mismo país, o entre diferentes instituciones. Sin embargo, desde la perspectiva de la medición de resultados clínicos, muchas veces nos interesa conocer la variabilidad de los médicos en función de la población que atienden. En efecto, para poder medir un resultado apropiadamente, no sólo es necesario conocer la medida del resultado (Mortalidad, Indicadores de efectividad clínica, Funcionamiento y Calidad de Vida, Uso de Servicios, Costos, Satisfacción de usuarios, etc.) en sí mismo, sino también la manera de ajustar por el riesgo del paciente de padecer uno u otro resultado. (Figura 2). Las medidas de riesgo pueden

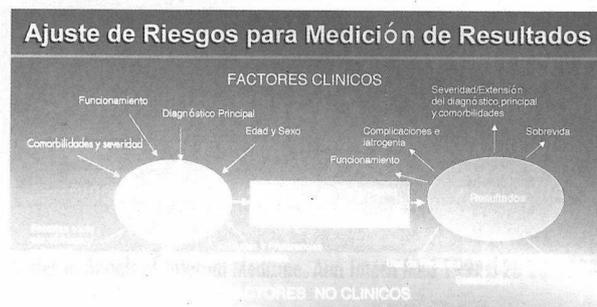


Figura 2

tener dimensiones demográficas como la edad y sexo, habitualmente recabadas por los sistemas administrativos y dimensiones clínicas como case-mix, comorbilidad, y estado de salud, que raramente son considerados en el análisis (Cuadro 3). La acelerada expansión de sistemas

cada indicador se puede confeccionar un gráfico que compara a cada médico con el estándar de referencia de todos los médicos del grupo evaluado, ajustando por potenciales factores confundidores de la relación entre estilo de práctica y resultados como edad, sexo o case-mix de los pacientes (Figura 3).

Ejemplos de Resultados y de Dimensiones de Riesgo	
Resultados	Dimensiones de Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad, Años Potenciales de Vida Perdidos, Expectativa de Vida ● Morbilidad, complicaciones ● Funcionamiento y calidad de vida ● Costos de atención ● Uso de servicios ● Satisfacción de usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> ● Edad, Sexo, Raza ● Factores socio-económicos ● Case-Mix y Comorbilidad ● Severidad diagnóstica ● Status funcional

Cuadro 3

de información de rápido acceso y simplicidad, ha llevado a cierto abuso en la diseminación de datos que se usan para desarrollar "perfiles" de atención para monitorear el rendimiento clínico de los médicos. Estos perfiles de atención médica intentan medir de qué manera el estilo de práctica de los médicos afecta la utilización de recursos de sus pacientes. Este instrumento de con población definida a cargo. Es un método que se orienta a la identificación de patrones de atención más que a la evaluación de decisiones clínicas específicas y sirve por lo tanto para evaluar el rendimiento e identificar oportunidades de mejora de la calidad de servicios prestada. Como ejemplo, podemos citar distintos indicadores de proceso y de resultados de la atención médica que hemos utilizado para el monitoreo del rendimiento clínico de nuestros médicos de familia desde hace ya varios años (Cuadro 4). Con

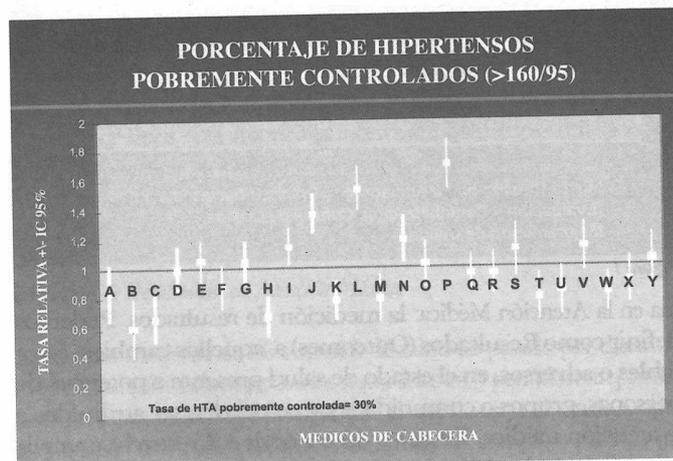


Figura 3

Estos indicadores se usan habitualmente para identificar la variabilidad de las prácticas, informar a los médicos sobre el patrón de utilización de sus pacientes con respecto al resto de la población y alertar sobre desviaciones en el proceso o en la frecuencia de ciertos desenlaces con el objeto de implementar, fundamentalmente, intervenciones educativas. Sin embargo, en numerosos países, este perfilamiento de la actividad médica es cada vez menos usado para esto y cada vez más usado para establecer sistemas de incentivos financieros y penalizaciones (11, 12, 13). La utilización de los perfiles en este último sentido presenta ciertos peligros que merecen ser considerados ya que si se soslayan, pueden dar lugar a interpretaciones equivocadas y decisiones erróneas (14, 15). (Cuadro 5)

Indicadores Evaluados	
Proceso	Resultado
Consultas al Méd. Cabecera	Prácticas Preventivas
Consultas a Especialistas	Control de HTA
Uso del laboratorio	Control de Diabetes tipo 2
Uso de Radiología	Satisfacción de usuarios
Hospitalizaciones	Gastos en medicamentos
	Gastos en prácticas diagnósticas

Cuadro 4

Peligros en la aplicación de Perfiles de Práctica Clínica	
<ul style="list-style-type: none"> ● Ajuste insuficiente de riesgos ● Medidas inestables debido a la presencia de pocas observaciones por médico ● Competencia en base a la selección de riesgos favorables y barreras para el acceso de los más enfermos ● Insatisfacción y resistencia por parte de los clínicos ● Costos financieros de la implementación y monitoreo del sistema 	

Cuadro 5

Estrategias para mejorar la Calidad de nuestras intervenciones clínicas

En función de lo anteriormente presentado, podemos considerar dos estrategias para evaluar el rendimiento clínico de los médicos, de acuerdo a los lineamientos expuestos por Dan Berwick (16). La primera consiste en inspección y disciplina para detectar la "manzana podrida" y sacarla del lote. Su teoría estadística subyacente se basa en explorar las colas de la distribución y buscar observaciones marginales o "outliers". Algunas de las intervenciones desarrolladas son la elaboración de perfiles de práctica clínica, indicadores de rendimiento, cumplimiento de estándares mínimos, etc. Estas intervenciones señalan a los médicos que se alejan de los valores de referencia de sus pares o de los estándares de efectividad acordados. La segunda estrategia consiste en la mejora continua basada en el "arreglo" de los procesos para mejorar los resultados. Su teoría estadística subyacente se basa en explorar el cuerpo de la distribución y buscar "valores centrales". Algunas de las intervenciones planteadas son el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia. Esta última estrategia es ciertamente más efectiva en el largo plazo ya que actúa sobre la mayoría de las observaciones (los médicos) que se encuentran en el cuerpo de la curva de distribución, moviéndolos hacia el lado deseado. Sin embargo, tomando los recaudos apropiados, ambas estrategias pueden ser complementadas para monitorear el rendimiento clínico y el proceso de toma de decisiones frente a la incertidumbre. Un ejemplo de evaluación de proceso de atención, medición de resultados y calidad aplicado a pacientes hipertensos puede apreciarse en la Figura 4.

Si no se tienen en cuenta debidamente los factores arriba mencionados, la medición, análisis y disseminación de estos resultados pueden dar lugar a distorsiones y perversiones en el sistema de atención médica. Tomando en cuenta ciertas prevenciones, los médicos debemos involucrarnos en todo esto porque la realidad actual nos exige modificar nuestro habitual estilo de práctica. Es necesario que seamos nosotros (y no otros) quienes lideremos estos cambios, para privilegiar los criterios de efectividad y calidad por sobre los de eficiencia solamente.

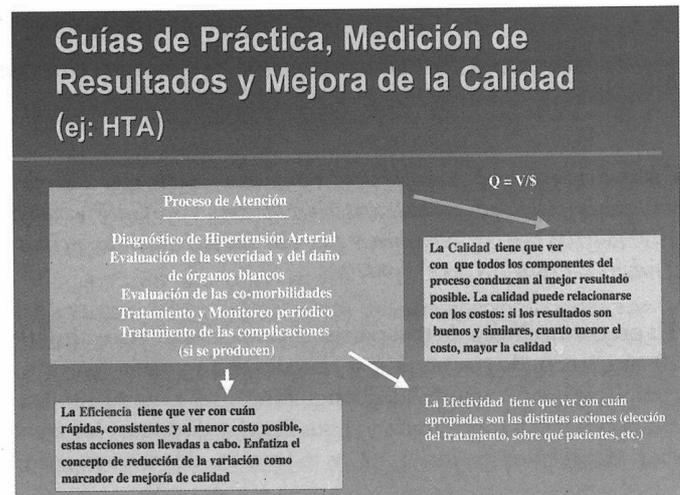


Figura 4

Bibliografía

- Dunning M, Lugon M, MacDonald J Is clinical effectiveness a management issue?. BMJ. Editorial 1998;316:243-244
- Información del Ministerio de Salud. Argentina. 1999
- Wennberg JE, Gitelsohn A. Small area variation in health care delivery. Science 1973; 182:1102-1108
- The Medical Cost-Containment Crisis: Fears, Opinions and Facts. Edited by Jack McCue. Health administration Press Perspectives, Ann Arbor. Michigan 1989.
- 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.
- Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. Health Affairs 1984;3:6-32.
- Rubinstein F. Práctica Clínica y evidencia disponible. Cuál es la estrategia?. Evidencia en Atención Primaria. 1998;1:1-2
- Feder G, Eccles M, Grol R et al. Using Clinical Guidelines. BMJ 1999;318:728-730.
- Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing guidelines. BMJ. 1999;318:593-596
- Brook RH, Chasin MR, Fink A et al. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J of Technology Assessment in Health Care. 1986;2:52-63.
- Rubinstein A. Efectividad Clínica y Medición de Resultados en Atención Primaria. Atención Primaria (España). 1999; vol.24, supp.2: 82-84.
- Guiffreda A, Gravelle H, Roland M Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes.. BMJ 1999;319:94-98
- Rubinstein F, Rubinstein A. Primary Care Physicians Profiles: Do doctor's Differences explain the difference??. Journal of General Internal Medicine. 1996;Vol 11 Supp 1: 83(abs).
- Kassirer JP. The Use and Abuse of Practice Profiles. N Eng J Med 1994;330:634-636
- Bindman AB. Can Physicians Profiles be Trusted?. JAMA 1999;281:2142-2143
- Berwick DM, Nolan TW. Physicians as Leaders in Improving Health Care: A New Series in Annals of Internal Medicine. Ann Intern Med 1998;128:289-292.