

## Variabilidad y gestión clínica. De cómo le puede servir el atlas a los Ulises-clínicos para superar la visión del cíclope.

Ignacio Marín León. Investigador del Grupo REDEGUÍAS. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Valme. Sevilla. ignacio.marin.sspa@juntadeandalucia.es

Eduardo Briones Pérez de la Blanca. Investigador del Grupo REDEGUÍAS. eduardo.briones.sspa@juntadeandalucia.es

Saludamos con entusiasmo la nueva entrega del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (VPM) sobre procedimientos cardiovasculares. Nunca el Sistema Nacional de Salud (SNS), cada uno de sus componentes colectivos e individuales, estaremos suficientemente agradecidos a los autores de esta magna iniciativa, con la que se nos invita a comprender la variabilidad presente en nuestro entorno y a elaborar estrategias para reducir sus componentes indeseados. Siempre es bueno, en medio de tanto discurso triunfalista, que se nos recuerde que no es cierto que *las leyes y los planes* bastan para asegurar *per se* lo que garantizan, es decir que nuestro sistema sea universal, equitativo, accesible, cohesionado y en busca de la reducción de las desigualdades. Y más cuando se hace con un retrato con la excelente calidad de definición del Atlas de VPM que tenemos en la mano.

Para los del discurso pesimista la foto del Atlas también les puede venir bien en su ensimismamiento, ya que el ojo analítico confirma que hay mucha tarea por hacer ¡que vengan las propuestas!

¿Qué podemos hacer con este retrato una vez que ha caído en nuestras manos?, pues como comentaban sus autores en la primera entrega de la serie<sup>1</sup>, “*este tipo de estudios no se lleva a cabo sólo por un loable afán de conocimiento, si no para contribuir a comprender nuestro sistema de salud con el fin de avanzar en su perfeccionamiento*”.

Al Atlas le podemos dar un uso académico, discutir sobre las causas de la VPM. De eso ya hay mucha bibliografía, aunque toda discusión siempre es bienvenida, no creemos que sea la de mayor utilidad ahora, en nuestro medio. Además para evitar que nadie despache con su ilustrado desprecio el Atlas que tiene en la mano, le ahorramos los argumentos, podemos resumirle lo que ya sabemos sobre de qué no depende la variabilidad.

Brevemente, el concepto de VPM se centra en las variaciones sistemáticas, no aleatorias, estandarizadas por edad y sexo. Como se evalúa en agregados poblacionales, áreas de salud, no se valora la variabilidad en el nivel paciente (ante similares situaciones clínicas), ni tampoco es muy importante el factor de variación en prevalencia de problemas de salud. Sabemos que los factores que influyen sobre la VPM son: 1) *la demanda*: prevalencia, edad, nivel socioeconómico, sistema de accesibilidad y cultura; 2) *la oferta*: número de instalaciones, sistema de financiación y de organización del circuito del proceso, además de la decisión clínica; 3) *la evidencia científica* sobre el procedimiento. Estas resumen las tres teorías explicativas de la variabilidad: la hipótesis paciente, la hipótesis entusiasmo profesional, la hipótesis incertidumbre<sup>2</sup>.

Los que deseen no obtener más utilidad que la académica del Atlas volverán a contarnos los estudios en Canadá<sup>3</sup> y California<sup>4</sup>, en los que la adecuación no explicaba la variabilidad, ya que encontraron tasas de inadecuación similares entre las regiones

de baja o de alta tasa de utilización de prótesis de cadera o rodilla y de otros procedimientos. Tampoco se explicaba por la gravedad de la afectación, que es muy similar entre las áreas de bajo y alto uso, ni por sus niveles de incidencia y prevalencia. De nuevo, en tales estudios y otros que les han seguido, las razones alegadas para explicar la variabilidad son:

- La capacidad del sistema: número de profesionales e instalaciones.
- La disponibilidad de otras opciones quirúrgicas o terapéuticas a las que referir a los pacientes.
- Las preferencias de los pacientes, pero esto claramente depende mucho de lo que se les oferte.
- Las diferencias de prevalencia entre las áreas, aunque ello es muy infrecuente.

El aspecto prevalencia de problemas de salud exigirá alguna consideración, aunque en una realidad como la española es poco probable que las diferencias de prevalencia expliquen las VPM. Es cierto que hay diferencias de nivel socioeconómico, incluyendo el cultural, que explican algo de la prevalencia diferenciada de patología y de variación en la demanda. Al menos eso sugieren estudios sobre patologías prevalentes en núcleos menos favorecidos de las ciudades, o los que señalan que la diferencia de nivel cultural puede ser una explicación a la variabilidad de la demanda, dado que las áreas sí pueden representar poblaciones con tales diferencias de riesgo (pensemos en el contraste rural/urbano)<sup>5</sup>.

Los lectores que se queden en tal aproximación académica describirán la foto que muestra el Atlas como una visión de un solo ojo, la del cíclope, al que le falta la visión espacial que permita hacer el contraste de entrar en los recovecos que el Atlas revela. Por tal vía de la falta de detalle, pueden pretender devaluar la foto de la realidad que muestra el Atlas, como una herramienta poco útil para la gestión. Alguno incluso sugerirá tras leerlo que nos olvidemos que tal variabilidad existe. A todos los actores del drama (políticos, planificadores, gestores y clínicos) les puede tentar la amnesia en algún momento. Excepto a los Ulises interesados en no quedarse en una visión como la del cíclope.

Para éstos, la VPM sobre procedimientos cardiovasculares se puede recibir como una fuente de preguntas, en la que indagar si se están abordando correctamente las respuestas a cuestiones tales como ¿cuánta atención, en términos de duración, intensidad y frecuencia, está siendo prestada?

Los autores del Atlas expresaban siete desideratas<sup>1</sup>, de las que para el ámbito del gestor clínico interesan especialmente tres: 1.- ¿Qué factores se asocian con la variabilidad de mi área: ¿de demanda? ¿de estilo de práctica? ¿de oferta? Al valorar cuáles afectan a cada uno, se puede encontrar que la asistencia prestada a las mujeres y ancianos sean factores que contribuyen a la VPM de ese área. 2.- ¿Qué papel juegan en la variabilidad la

incertidumbre sobre la patología considerada y los estilos de práctica que predominan en cada medio? La cuestión no se reduce sólo a saber a quién tratar (extensión de la asistencia), si no también a cómo se trata (la intensidad de la respuesta). Aspecto muy ligado a variables de estilo de "oferta". 3.- ¿Qué puedo hacer para evitar la infra y sobreutilización a la que mi área está contribuyendo?

### **De qué les puede servir el atlas a los clínicos y los gestores clínicos**

En los procedimientos en los que existe variabilidad quiere decir que algo pasa con la calidad de la utilización de ese procedimiento. La observación de VPM plantea cuestiones sobre accesibilidad, equidad, adecuación y coste/efectividad para un desenlace esperado. No sabemos qué es lo relevante en cada caso, pero algo ocurre. La variabilidad es un marcador sensible de alteración de la calidad, aunque poco específico. Como cribaje de problemas de calidad es excelente, posteriormente deben venir nuevos "test" (estudios) para saber el diagnóstico preciso del problema, pero de entrada ya nos informa de que en relación con ese procedimiento existe un problema de eficiencia, y lo que es más importante, una oportunidad de mejora.

Veamos algunos ejemplos. Si como se muestra en las tablas del Atlas, un área tiene una tasa estandarizada de angioplastia de 3,16 por 10.000 habitantes y otro área de 13,5 por 10.000 habitantes, con una razón de variación de 4,26, o la primera hace pocas o la segunda hace muchas o las dos áreas no hacen las angioplastias que les correspondería hacer. El Atlas nos da ocasión de preguntarnos cuál es nuestro caso, y valorar si los resultados que se obtienen son los idóneos. Para ello puede ser extraordinariamente útil comparar los resultados de esas dos áreas en términos de mortalidad, para la patología en cuestión. Otro esfuerzo de mapeo nos puede venir en nuestra ayuda, nos referimos al Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas en España<sup>6</sup>. El cruce de ambos datos (variabilidad y mortalidad) entre las dos áreas en comparación en el ejemplo es muy aleccionador, y para algunos responsables sanitarios un motivo importante de reflexión. La variabilidad, por tanto, funciona como indicador centinela de que algo ocurre susceptible de ser mejorado.

También se puede comparar la variabilidad con resultados de proceso. Así, la razón de incidencia entre la patología coronaria y los procedimientos relacionados muestra por ejemplo que en un área concreta para una incidencia similar a la estándar, la tasa de utilización de procedimientos es un 1,5 mayor que la estándar (mapas de razones de incidencia estandarizadas del Atlas). Por su parte, los datos del estudio EUROASPIRE II muestran para ese mismo área que en los informes de alta post IAM o procedimiento coronario, sólo a un 52,6 % se recomendaba betabloqueantes, al 16,2 % IECA, al 39,1% hipolipemiantes; mientras que en el año 2000 tenían la tensión arterial controlada dentro de los márgenes recomendados por las guías el 57,4 %, y los lípidos el 47 %<sup>7</sup>.

Basta de excusas, el Atlas puede ser una excelente herramienta de meso y mini gestión. Si asumimos que si no hay variaciones en la morbilidad o estas son mínimas, el "volumen de enfermedad asistido" probablemente tenga que ver con cómo está organizada dicha asistencia, con las decisiones de los clínicos, influyendo aquí también la oferta instalada en el área.

El otro tipo de análisis que se precisa para conocer el diagnóstico de lo que sucede en el área es el de la adecuación. No se trata de que la adecuación explique la VPM, si no de saber cuánta inadecuación hay en nuestra área y en qué medida está contribuyendo a la variabilidad. Cuando hay variabilidad entre áreas puede haber una utilización inapropiada, tanto por sobreutilización como por infrautilización de recursos y servicios<sup>4</sup>. Identificarla y corregirla resulta más fácil con la aportación de los Atlas de variabilidad. Los análisis de la variabilidad de las pruebas son en realidad el primer paso de las técnicas de gestión de la utilización.

Sería un signo de madurez del SNS que en los congresos que organizan nuestras sociedades científicas se prepararan sesiones para discutir y comparar los análisis de variabilidad entre áreas y su relación con resultados en pacientes, resultados intermedios de proceso y adecuación. El conocimiento operativo y el impacto que generarían serían extraordinarios.

### **Variabilidad y calidad asistencial**

Otro enfoque para la utilización del Atlas es el de evaluación y mejora de la calidad. En cualquier caso si la VPM se basa en tres pilares (demanda, oferta e incertidumbre), la composición de lugar sobre el problema en un área dada, debe contemplar los tres para diseñar intervenciones que superen los problemas de calidad que pueden conducir a la variabilidad. Se trata de dejar la vía contemplativa para adentrarse primero en el análisis de por qué se da la VPM que se da, y luego pasar al análisis de qué se puede hacer para evitarla.

La lectura del Atlas debe suscitar a los gestores clínicos (todos los profesionales asistenciales) cuestiones concretas respecto a sus áreas, pues seguro que si las áreas están en los percentiles 5-95, una o varias de las cuestiones que a continuación se plantean les conciernen. Las cuestiones son del tipo ¿hacemos más/menos de lo esperado? ¿cuánto es lo esperable? ¿cuántos recursos precisaría por 10.000 habitantes, para atender adecuadamente las necesidades de la población? ¿tenemos problemas de acceso? Una mirada a las tablas del Atlas suscitará si se está atendiendo bien a las mujeres, ¿y a los ancianos?

Una explicación de la variabilidad hay que buscarla en la ignorancia e incertidumbre en la que se mueve el médico. Bien, esto ya es sabido, pero ello tampoco puede ser una excusa, ya que la cuestión de la incertidumbre está razonablemente acotada por las guías clínicas bien elaboradas, que nos delimitan las áreas objetivas de "certeza", dado que suponen "la mejor evidencia disponible".

Hay condiciones para delimitar claramente lo que se considera "cuidados efectivos" de los "cuidados sensibles a la oferta", como por ejemplo realizar el procedimiento en dos fases, con un primer cateterismo diagnóstico y luego en un segundo paso el terapéutico. Hay metodología, y ejemplos, de guías clínicas de excelente calidad para responder a la incertidumbre con un esfuerzo de protocolización. Bien es cierto que se pueden incentivar las prácticas más adecuadas, por ejemplo con guías, pero eso sólo no es suficiente para cambiar la práctica, tal como confirman los estudios EUROASPIRE<sup>8</sup>, hay que acompañarlos de un esfuerzo en la difusión del conocimiento y en la implantación de cambios en la práctica clínica<sup>9</sup>.

En definitiva este editorial quiere ser una llamada a los gestores clínicos (los clínicos de a pie y los responsables de unidades asistenciales) sobre cómo utilizar la extraordinaria aportación que los Atlas de VPM hacen al SNS<sup>10</sup>. Es una llamada a que dejemos la torpeza y suficiencia del cíclope, para superarla con la capacidad de ver, la astucia y la voluntad de Ulises. No hay excusas para ignorar los puntos de referencia que nos marcan los mapas.

FINANCIACIÓN: Este artículo ha sido financiado mediante la ayuda del Instituto de Salud Carlos III, n.º expediente, FIS PI051895/2005 y la ayuda de la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía, n.º expediente, PAI CTS306 2005.

## Referencias

1. Meneu R, Bernal E. Variaciones de práctica: Una agenda para los próximos años. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005;1:37-42.
2. Peiró S. Variaciones en la práctica médica y utilización inadecuada de tecnologías. En: Meneu R, Peiró S. eds. *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*. Barcelona: Masson;2004. pp 101-34.
3. Van Walraven C, Paterson M, Kapral M, Chan B, Bell M, Hawker G *et al*: Appropriateness of primary total hip and knee replacements in regions of Ontario with high and low utilization rates. *Can Med Assoc J*. 1996;155:697-705.
4. Chassin MB, Kossekoff J, Park RE, Winslow CM, Kahn KL, Merrick NJ *et al*. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? *JAMA*. 1987;258:2533-7.
5. Mayer O Jr, Simon J, Heidrich J, Cokkinos D V, De Bacquer. On behalf of EUROASPIRE II study group. Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:47-52.
6. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín I, Benach N *et al*. *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España 1987-1995*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2001.
7. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J*. 2001;22:554-72.
8. De Sutter J, de Bacquer D, Kotseva K, Sans S, Pyörälä K, Wood D *et al*. Screening of family members of patients with premature coronary heart disease. Results from the EUROASPIRE II family survey. *Eur Heart J*. 2003;24:249-57.
9. Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, Villar E, Rincón M *et al*. Efectividad de la implantación de una guía clínica sobre la angina inestable mediante una estrategia multifactorial. Ensayo clínico aleatorizado en grupos. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:640-8.
10. Corcoll i Reixach J. Reflexiones sobre VPM: Implicaciones locales de la variabilidad geográfica. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005;1:15-6.