

## Evidencia científica, niveles asistenciales y eficiencia

### *Scientific evidence, levels of care and efficiency*

M. Serrano

La medicina ha conseguido asentarse sólidamente en la evidencia cierta para recomendar o para desaconsejar determinada práctica, una vez que ha sido comprobada por reproducibles demostraciones matemáticas en algunos casos y con menos seguridad estadística en algunos otros. Las decisiones que se han de tomar ante pacientes concretos portadores de ciertos procesos patológicos han de someterse al conocimiento actualizado sobre cada enfermedad en cuanto a la rentabilidad de las pruebas diagnósticas, seguridad de juicios pronósticos y a las mejores recomendaciones terapéuticas. Para poner en práctica estas recomendaciones puede contribuir de modo muy notorio la accesibilidad a la información bibliográfica a través de soporte informático, y la amplia difusión de los datos probados en las revistas de las distintas especialidades e incluso en la prensa médica no especializada.

El afán de ampliar nuestro conocimiento, el ansia de utilizar todos los medios a nuestro alcance para profundizar hasta en los datos menos trascendentes para la toma de decisiones de interés clínico, podría inducirnos a no detenernos en lo que ya está recomendado para una situación particular. Es posible que aún se mantengan actitudes de búsqueda para lo que ya está respondido o para resolver proble-

mas clínicos que no precisan ulterior investigación. Un cultivo puro de estreptococo  $\beta$  hemolítico obtenido de amígdalas, por ejemplo, no precisaría de un antibiograma rutinario, o un pólipo rectal observado por endoscopia debería extirparse sin necesidad de realizar una segunda exploración tras su estudio anatomopatológico, o, por considerar un tercer caso, a un paciente con migraña clásica que aqueja cuatro crisis mensuales debería aconsejarse terapia farmacológica específica, sin necesidad de estudios radiológicos craneales, fuera cual fuera la complejidad de éstos, si la clínica fuera suficientemente demostrativa del diagnóstico. Y como estos ejemplos podrían mencionarse infinidad de otros similares. Estas prácticas, que por fortuna no son corrientes en nuestro medio sanitario, no dejarían de ser una pérdida inútil de recursos que resultan invertidos en acciones que no tienen rentabilidad.

Los profesionales más concienzudos pueden, sin embargo, sentirse tentados por estudiar profundamente muchos de los problemas que cada día encuentran en su labor profesional. Esta actitud puede tener al menos tres lecturas. Sería la primera explicación el interés excesivamente academicista que espera obtener nuevas evidencias de lo que ya se conoce; esta actitud podría estar justificada únicamente en situaciones excepcionales o en el

Especialista en Medicina Interna. Médico de Atención Primaria.

Aceptado para su publicación el 13 de octubre de 1998.

desarrollo de estudios diseñados específicamente para generar evidencia válida bajo el punto de vista estadístico. Puede obedecer también a un desmedido afán por evitar el error punible, o de desprendernos de la capa de incertidumbre tras la que se desarrolla inevitablemente nuestra labor habitual. Finalmente, la actitud de rebuscar en los datos colaterales de una determinada patología podría estar motivada por el desconocimiento (peor sería el desprecio) de los datos clínicos demostrados, o la personal opinión de que no nos resultan intuitivamente creíbles.

Hay distintos niveles de atención clínica en nuestro sistema sanitario, y las evidencias que permanentemente se generan deben servir de soporte para asegurar una óptima atención de los pacientes en el nivel adecuado para ello. La Atención Primaria ha de ser capaz de resolver la mayor parte de los problemas de salud mediante la adecuación de los recursos accesibles a los Centros de Salud para el diagnóstico y tratamiento de los problemas más comunes, lo cual aumentaría la seguridad de una buena práctica en los profesionales de este nivel. La Atención Especializada es la que resolverá aquellas situaciones para las que los recursos del primer nivel no fueran suficientes, tanto para su diagnóstico como para el establecimiento del alcance pronóstico o en la definición de la terapéutica más adecuada.

En los dos ámbitos sanitarios son de aplicación las actuaciones recomendadas para la mejor práctica clínica, teniendo en cuenta que la generalización de las desviaciones mencionadas antes, que son comprensibles en ciertas ocasiones, generarían un mayor consumo de recursos de tiempo y esfuerzo personal, de costes y de materiales, cuya mejor utilización nos debemos plantear permanentemente.

La resolución de cada problema sanitario ha de tener criterios similares sea cual sea el nivel en el que el paciente es atendido, manteniendo actitudes coordinadas y consensuadas, sin que se entrevean discrepancias fruto de una mal entendida

competencia. Es cierto que en los Centros de Salud se recibe la mayor parte de la demanda sanitaria de la población, por la descentralización y la accesibilidad de su estructura asistencial, y que la Atención Especializada, por su concentración en el medio hospitalario, sigue considerándose como de referencia. Esto ha de suponer un impulso en el afán de asimilar las más recientes evidencias clínicas por parte de los profesionales de Atención Primaria, para lo que podría ser un punto de inflexión adicional el conseguir que las especialidades hospitalarias fomenten aún más decididamente el pragmatismo científico, y así conseguir que las decisiones sean tomadas en el nivel más adecuado en cada ocasión. Tanto unos como otros consideramos prioritario y urgente un procedimiento que permita la máxima eficiencia del sistema. Y, por lo mismo, unos y otros tendremos que modificar alguno de nuestros criterios asentados y cristalizados a lo largo de los últimos veinte años para lograrlo.

En definitiva, en mi opinión, las actuaciones que han de consensuarse entre los dos niveles deben estar centradas en el enfermo, la utilización de los recursos ha de concentrarse según la mejor de las evidencias científicas, las pruebas diagnósticas y las decisiones terapéuticas deben seguir las pautas comunes dadas en la literatura y, por último, aquellos estudios encaminados a probar nuevas hipótesis clínicas deberían contar con recursos específicos, lo que es práctica común en toda investigación.

El reciente Decreto Foral que define la libre elección de especialistas es, en su origen y en su finalidad, un marco de referencia para que la Atención Especializada y la Atención Primaria se entiendan y lleven al óptimo deseable la comunicación horizontal entre ambas. De la disponibilidad e inteligencia que mostremos para desarrollar en la práctica la integración de esfuerzos depende en gran parte la eficiencia del sistema sanitario en el que trabajamos.