TENDENCIAS EN LA SOBREUTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS.

Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the Overuse of Ambulatory Health Care Services in the United States. Arch Intern Med. 2012 Dec 24:1-7.

Introducción: Dado el elevado coste que genera la sanidad, los políticos muestran un interés creciente en identificar las ineficiencias de nuestro sistema de salud. El objetivo de este estudio fue determinar si la sobreutilización, infrautilización o malautilización de los servicios sanitarios ambulatorios ha disminuido durante la pasada década.
Métodos: Se hizo un análisis transversal de los datos de los registros del Nacional Ambulatory Medical Care y de las del departamento de pacientes ambulatorios del Nacional Hospital Ambulatory Medical Care Survey en el periodo comprendido entre los años 1999 y 2009. Estos registros muestran a nivel nacional y con periodicidad anual los datos de visitas a ambulatorios no financiados estatalmente.
Se utilizaron 22 indicadores de calidad, usando una combinación de medidas de calidad usadas actualmente y de recomendaciones de las guías de práctica clínica. Las variables principales fueron los ratios de sobreutilización, infrautilización o malautilización y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.
Resultados: Se observó un aumento estadísticamente significativo de 6 de los 9 indicadores de infrautilización. Así, se vio que aumentaban el uso de fármacos antitrombóticos en la fibrilación auricular, el empleo de AAS y betabloqueantes en la enfermedad coronaria, la utilización de betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca congestiva y el uso de estatinas en pacientes diabéticos. En cuanto a los indicadores de sobreutilización, 2 de los 11 mejoraron, 1 empeoró y 8 se mantuvieron sin cambios. Hubo una disminución significativa en la sobreutilización del cribado de cáncer de cérvix en mujeres mayores de 65 años y en la utilización de antibióticos en las exacerbaciones asmáticas. Sin embargo, se observó un aumento en el uso de técnicas de screening de cáncer de próstata en varones mayores de 74 años. Respecto a los indicadores de malautilización, disminuyó la proporción de pacientes con infecciones de tracto urinario a los que se les prescribió un antibiótico inapropiado.
Conclusiones: Encontramos una mejora significativa en los indicadores de infrautilización y una reducción menos importante en los de sobreutilización. Dado el elevado gasto sanitario, consideramos que estos datos son relevantes.

Dado el elevado coste que genera la sanidad, los políticos han mostrado en los últimos tiempos un interés creciente en identificar las ineficiencias de nuestro sistema sanitario (1). Al analizar las causas por las que se malgastan anualmente unos 700 mil millones de dólares en nuestro sistema de salud, la sobreutilización -o provisión de servicios en los que los riesgos exceden a los beneficios- aparece como uno de los componentes más importantes, estimándose que produce un gasto anual de unos 280 mil millones de dólares (2). El concepto de sobreutilización ha empezado a ganar importancia sobretodo entre los líderes de opinión. Diversas asociaciones nacionales de médicos han incidido en el exceso de utilización de métodos de cribado y

diagnóstico, identificando distintos escenarios comunes en los que se ofertan servicios con escaso valor y alto coste (3,4). Las investigaciones demuestran que la sobreutilización está muy extendida y afecta a múltiples especialidades (5,6).

Para valorar el estado actual de los sistemas sanitarios se recurre generalmente a examinar una de estas tres dimensiones: estructura (características de los recursos del sistema), proceso (interacciones entre clínicos y pacientes) y resultados (cambios en el estado de salud de los pacientes) (7). Las evaluaciones de indicadores de proceso son las que más influyen en el aumento de la calidad, ya que son estas actividades las que el clínico puede controlar más directamente. Estas medidas pueden clasificarse en sobreutilización, infrautilización y malautilización. La sobreutilización consiste en utilizar recursos con la intención de mejorar la salud pero cuyos riesgos superan a los beneficios (p.e.: el uso de antibióticos en infecciones respiratorias de origen viral); la infrautilización implica no prestar medidas cuyos beneficios superan a los riesgos (uso de aspirina en pacientes con enfermedad coronaria); y la malautilización es la aplicación de tratamientos erróneos (usar antibióticos distintos de la nitrofurantoína como las quinolonas o el trimetoprim-sulfametoxazol para el tratamiento de infecciones del tracto urinario no complicadas).

Recientes estudios (8) han demostrado una mejora en la infrautilización de los servicios médicos necesarios; sin embargo, no está claro que las tasas de sobre o malautilización hayan descendido. Entender la relación entre los cambios producidos en estos indicadores nos ayudará a conocer el estado de nuestro sistema sanitario, particularmente en lo que respecta a la calidad de los cuidados y el crecimiento del coste asociado.

En este estudio aplicamos los conceptos de infra, sobre o malautilización a una muestra representativa de pacientes tratados de manera ambulatoria para determinar si la sobre y la malautilización de los servicios de salud han disminuido en la última década.

II. Métodos.

Fuente de los datos.

Se hizo un estudio transversal usando datos obtenidos del Nacional Ambulatory Medical Care (NAMCS) y de pacientes ambulatorios del Nacional Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) en el periodo comprendido entre los años 1998-1999 y 2008- 2009. Tanto el NAMCS como el NHAMCS son registros anuales realizados a nivel nacional por los Centros para el Control de Enfermedades y el Centro Nacional de Prevención de Estadísticas de la Salud. El primero registra visitas de pacientes a médicos en consultas no relacionadas con un hospital y sin financiación federal, mientras que el segundo registra los datos de los pacientes vistos en consultas externas de hospitales no financiados con fondos federales. La muestra se obtiene de los datos recogidos de cada consulta seleccionada aleatoriamente a lo largo de una semana (el NHAMCS utiliza periodos de cuatro semanas). Se usaron datos de 1998, 1999 y de 2008 y 2009 para aumentar el tamaño de las muestras.

Ambos registros utilizan un diseño de obtención de muestras estratificado que permite hacer estimaciones a nivel nacional. La información recogida en ambos

registros incluye datos sobre las características de la visita, el diagnóstico, la medicación y las prestaciones pedidas.

Indicadores de calidad.

Se desarrollaron indicadores de calidad utilizando una combinación de ítems usados actualmente y otros recomendados por las guías de práctica clínica (tabla 1). Los indicadores elegidos medían la calidad de los servicios y podían ser calculados utilizando la información recogida en los NAMCS y en los NHAMCS en los años elegidos. Se identificaron 22 variables que se distribuyeron en tres categorías: infrautilización, sobreutilización y malautilización de los servicios de los sistemas de salud (9-31). Se permitió la aplicación de recomendaciones de guías anteriores a 1999 o posteriores a 2009 para poder comparar la evolución de los indicadores de calidad a lo largo del tiempo y su consistencia con estudios previos (8).

Para cada indicador se identificó la población elegible (denominador) usando una combinación de variables: motivo de consulta del paciente, diagnóstico (usando la CIE 9 clínicamente modificada) y casillas de verificación del diagnóstico (debido a cambios en el diseño de la encuesta, esta variable no se utilizó para identificar visitas en 1998 y 1999). Se rechazaron las visitas de aquellos pacientes que presentaran contraindicaciones clínicas. Por ejemplo, para ver la proporción de pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes (basándonos en los estándares de calidad desarrollados por el Colegio Americano de Cardiología, la Asociación Americana del Corazón y el Consorcio para la Mejora de la Práctica de la Asociación Americana de Médicos) se utilizó como denominador el número de pacientes vistos con fibrilación auricular documentada y que no presentaban contraindicaciones para la anticoagulación, como hemorragia digestiva (8). Tras comprobar a cuántos de ellos se les había prescrito anticoagulantes, se calculó la correspondiente proporción. Los fármacos se identificaron utilizando una combinación del código de medicamentos desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y de la base de datos Multum Lexicon Plus (32).

Análisis estadístico.

Para cada medida se calculó la proporción ponderada de visitas en los que el paciente recibió los cuidados recomendados o, en el caso de los indicadores de supra o malautilización, la proporción ponderada de visitas en las que el paciente recibió indicaciones no recomendadas. Se usó el test de chi cuadrado para comparar las diferencias en cada una de estas proporciones entre el periodo 1998-1999 y el 2008-2009.

Se tuvieron en cuenta las muestras ponderadas y el diseño de variables disponibles en las dos bases de datos utilizadas para generar estas estimaciones. La fiabilidad de éstas cumple con los estándares especificados por el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y no se incluyeron indicadores de calidad que tuvieran menos de 30 casos en cada grupo (33). Los intervalos de confianza al 95% se obtuvieron usando el software estadístico Stata, versión 11.0,

Tabla 1. Indicadores de calidad de Infrautilización, Sobreutilización y Malautilización.

Indicador de calidad	Denominador	Numerador	Exclusión	Fuente o Guía Clínica del Indicador de Calidad
INDICADORES DE SOBREUTILIZACIÓN				
Screenning de cáncer de próstata a varones >74 años	Visitas de varones ≥ 75 años	Visitas de varones ≥ 75 años a los que ha pedido PSA	Visitas de varones ≥ 75 años con cáncer de próstata	USPSTF18
Screening de ECG a adultos en un examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general a los que se ha pedido ECG	Visitas de adultos con enfermedad coronaria, arritmia, dolor torácico, hipertensión, disnea o síncope	USPSTF19
Screening de urinanálisis a adultos en un examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general a los que se ha pedido urianálisis	Visitas de adultos con enfermedad urológica, embarazo o enfermedad de los órganos genitales	USPSTF20
Screening de recuento de células sanguíneas a adultos en un examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general a los que se ha pedido recuento de células sanguíneas	Visitas de adultos con cáncer, anormalidades hematológicas	USPSTF21
Screening de rayos X a adultos en un examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general	Visitas de adultos que van para examen médico general a los que se ha pedido radiografía de tórax	Ninguna	USPSTF22
Screening de cáncer cervical en mujeres >65 años	Visitas de mujeres ≥65 años	Visitas de mujeres ≥65 años a las que se pide un Papanicolau	Visitas de mujeres ≥65 años con cáncer cervical cáncer uterino, displasia cervical o hemorragia cervical	USPSTF23
Screening de mamografía en mujeres ≥75 años	Visitas de mujeres ≥75 años	Visitas de mujeres ≥75 años que recibieron una mamografía	Visitas de mujeres ≥75 años con historia de cáncer de mama, masa o bulto en el seno	USPSTF24
Rayos X para dolor agudo de espalda en adultos de 18-55 años	Visitas de adultos con dolor agudo de espalda	Visitas de adultos con dolor agudo de espalda que recibieron rayos X	Visitas de adultos con cáncer, pérdida de peso, fiebre, caquexia o signos neurológicos	NCQA25
Antibióticos para infección del tracto respiratorio superior	Visitas de adultos con infección del tracto respiratorio superior no complicada	Visitas de adultos con infección del tracto respiratorio superior no complicada que recibieron antibiótico	Visitas de adultos con VIH, EPOC o cáncer	ICSI26
Antibióticos para bronquitis aguda	Visitas de adultos con bronquitis aguda	Visitas de adultos con bronquitis aguda que recibieron antibiótico	Visitas de adultos con VIH; fibrosis quística, cáncer, bronquitis crónica, enfisema, bronquiectasias, alveolitis alérgica extrínseca, obstrucción de las vías respiratorias crónicas, tuberculosis, o neumoconiosis	NCQA27

Tabla 1 (cont). Indicadores de calidad de Infrautilización, Sobreutilización y Malautilización.

Indicador de calidad	Denominador	Numerador	Exclusión	Fuente o Guía Clínica del Indicador de Calidad
INDICADORES DE INFRAUTILIZACIÓN				
Terapia antitrombótica para fibrilación auricular	Visitas de adultos con fibrilación auricular	Visitas de adultos con fibrilación auricular que recibieron warfarina, dicumarol, ansindiona, o aspirina como terapia antitrombótica	Visitas de adultos con hemorragia gastrointestinal, gastritis, duodenitidis, alcoholismo, abuso de drogas, trastorno de la marcha, enfermedad de Alzheimer, hemorragia cerebral o trombocitopenia	ACC/AHA/AMA-PCPI9
Utilización de IECA para insuficiencia cardíaca	Visitas de adultos con insuficiencia cardíaca	Visitas de adultos que recibieron IECA o ARA-II	Visitas de adultos con hiperkaliemia o angioedema	CMS Joint Commissión10
Aspirina para enfermedad coronaria	Visitas de adultos con enfermedad coronaria	Visitas de adultos que recibieron agentes antiplaquetarios	Visitas de adultos con hemorragia gastrointestinal, gastritis, duodenitis o hemorragia cerebral	ACC/AHA/PCPI11
Betabloqueantes en insuficiencia cardíaca	Visitas de adultos con insuficiencia cardíaca	Visitas de adultos con insuficiencia cardíaca que recibieron betabloqueantes	Visitas de adultos con asma, EPOC, o bloqueo cardíaco	ACC/AHA/PCPI12
Betabloqueantes en enfermedad coronaria	Visitas de adultos con enfermedad coronaria	Visitas de adultos con enfermedad coronaria que recibieron betabloqueantes	Visitas de adultos con asma, EPOC o bloqueo cardíaco	ACC/AHA/PCPI12
Utilización de antiplaquetarios para ictus isquémico	Visitas de adultos con historia de ictus isquémico	Visitas de adultos con historia de ictus isquémico que recibieron aspirina, aspirina más dipiridamol o clopidogrel	Visitas de adultos con hemorragia gastrointestinal, gastritis, duodenitis o hemorragia cerebral	AAN/ACR/PCPI/NCQA14
Estatinas en enfermedad coronaria	Visitas de adultos con enfermedad coronaria	Visitas de adultos con enfermedad coronaria a los que se prescribió estatinas	Visitas de adultos con enfermedad hepática, abuso de alcohol o con fármacos que interaccionan con estatinas	UMHS15
Farmacoterapia para osteoporosis	Visitas de adultos con osteoporosis	Visitas de adultos con osteoporosis a los que se prescribió bifosfonato, calcitonina, estrógenos, paratohormona, modulador selectivo del receptor de estrógeno, calcitriol	Ninguna	AAFP/AAOS/AACE/AACR/ES/PCPVNCQA17
INDICADORES DE MALAUTILIZACIÓN				
En infecciones urinarias utilizar antibióticos distintos a nitrofurantoína, trimetoprim-sulbactam o quinolonas	Visitas de mujeres adultas con infección urinaria no complicada	Visitas de mujeres adultas con infección urinaria no complicada que recibieron distintos antibióticos a nitrofurantoína, trimetoprim-sulbactam o quinolonas	Visitas de mujeres adultas con vaginitis/cervicitis, infecciones de la piel, infecciones renales, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, cáncer nefrolitiasis en el embarazo o procedimientos urológicos	IDSA29
Medicaciones inapropiadas en ancianos	Visitas de adultos ≥65 años con medicaciones informadas	Visitas de adultos ≥65 años que recibieron algunas de las 33 medicaciones potencialmente inapropiadas	Visitas de adultos ≥65 años con diabetes	Beers30 y Zhan et al31

Abreviaturas: **AAFP/AAOS/AACE/AACR/ES/PCPI/NCQA,** American Academy of Family Physicians, American Academy of Orthopaedic Surgeons, AmericanAssociation of Clinical Endocrinologists, American College of Rheumatology, Endocrine Society, Physician Consortium for Performance Improvement, National Committee for Quality Assurance; **AAN/ACR/PCPI/NCQA,** American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement, National Committee for Quality Assurance; abx, antibiotics; **ACC/AHA/AMA-PCPI**, American College of Cardiology, American Heart Association, American Medical Association–Physician Consortium for Performance Improvement; **CMS,** Centers for Medicare & Medicaid Services; **HDC,** Health Disparities Collective; **ICSI,** Institute for Clinical Systems Improvement; **IDSA,** Infectious Diseases Society of America; **NAEP,** National Asthma Education Program; **UMHS,** University of Michigan Health System; **USPSTF,** United States Preventive Services Task Force.

III. Resultados.

Características de las muestras.
Comparado con los datos obtenidos en 1998-1999, las visitas de 2008-2009 se realizaron a pacientes ligeramente más viejos (edad media de 54,2 años frente a los 50,9 de 1998/99; *p*<0,01). Este grupo contaba también con un mayor número de pacientes asegurados por Medicare (26,2 vs 22,7; *p*=0,03). Por lo demás, ambas muestras fueron similares en lo que se refiere a sexo, raza, motivos de consulta y religión practicada.

Cambios en las medidas de infrautilización.
En el análisis de las medidas de infrautilización se observó una mejora de 6 de los 9 indicadores de calidad. En este intervalo de diez años se observó un aumento en el uso de antitrombóticos en pacientes con FA (45,9% frente a 71,9%; *p*<0,01). También aumentó el uso de aspirina (28,4% a 64,5%; *p*<0,01), betabloqueantes (28,1 a 55,2; *p*<0,01) y estatinas (26,8% vs 58,6%; *p*<0,01) en pacientes con enfermedad coronaria. También aumentó el consumo de betabloqueantes en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (20,6% frente a 59,7%; *p*<0,01) y el uso de estatinas (12,1% vs 36,2%; *p*<0,01) en pacientes diabéticos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de los indicadores de calidad de infrautilización: uso de IECA en insuficiencia cardiaca congestiva, utilización de antiplaquetarios en el ictus y tratamiento farmacológico de la osteoporosis.

Cambios en la sobreutilización a lo largo del tiempo.
Sólo se apreció mejoría en 2 de los 11 indicadores de sobreutilización, 1 empeoró y 8 no se modificaron. Hubo un descenso estadísticamente significativo en la sobreutilización del cribado de cáncer de cervix en mujeres mayores de 65 años (3,1% vs 2,2; *p*=0,2) y en el uso de antibióticos en el tratamiento de las exacerbaciones asmáticas (22,3% vs 6,8%; *p*<0,01). También disminuyó la tasa de analíticas de orina en las revisiones generales, aunque la diferencia estuvo en el borde de la significación estadística (39,9 frente a 25,3%; *p*=0,05). Sin embargo, aumentó el cribado de cáncer de próstata en varones mayores de 74 años (3.5 vs5.7%; *p*=0,03). No se observaron cambios en los 7 ítems restantes.: analítica completa y electrocardiograma en revisiones generales, uso de antibióticos para infecciones del tracto respiratorio superior y bronquitis aguda, mamografía en mujeres mayores de 75 años, técnicas de imagen para dolores agudos de espalda y radiología de tórax en revisiones generales.

De los dos indicadores de malautilización, uno de ellos mejoró significativamente. La proporción de pacientes con infección del tracto urinario a los que se prescribió un antibiótico erróneo pasó de un 24,9% a un 2,7% (*p*<0,01). No hubo cambios en la proporción de ancianos a los que se les prescribieron fármacos inapropiados. Al hacer un ajuste en función del tipo de seguro -como posible causa de diferencias en el acceso a las prestaciones- no se produjo ningún cambio en el resultado.

IV. COMENTARIOS.

Tras examinar la actividad ambulatoria a lo largo de 10 años, se observó una mejora en 6 de los 9 indicadores de infrautilización, frente a sólo 3 de los 13 ítems de tratamiento inapropiado (sobre y malautilización). Estos hallazgos sobre la utilización inapropiada de recursos como son las determinaciones de PSA en varones ancianos y del despistaje de cáncer de cerviz en ancianas son consistentes con los de otros estudios (34,35). Estos resultados sugieren también que a lo largo de la pasada década se han producido pocos cambios en cuanto a la prestación de servicios ambulatorios inadecuados.

Dada la cuestionable sostenibilidad de los sistemas de salud, estos hallazgos sólo sirven para influir en la discusión de estrategias para mejorar la calidad de los cuidados, particularmente ahora que las soluciones se analizan desde el punto de vista del impacto económico. Encontramos que hay espacio para la mejora en todos los ítems de sobreutilización, un espacio en el que se debe alcanzar el equilibrio entre calidad alta y costes reducidos. También consideramos que los esfuerzos dedicados a mejorar la infra y la sobreutilización no han sido equitativos. Los Estados Unidos tienen un gasto total en salud en relación con su PIB mayor que el resto de países (36). Aunque continúa el debate sobre qué se considera un gasto adecuado en salud, hay una tendencia a intentar dar una alta calidad a un menor coste. Una de las formas de conseguir esto sería eliminando las prestaciones inadecuadas, que no benefician al paciente y le pueden suponer un riesgo añadido (37).

Hay varias explicaciones posibles para nuestros hallazgos; una de las más probables sería que la identificación y reducción de prácticas inapropiadas no ha sido considerada una prioridad a la hora de mejorar la calidad. A lo largo de las últimas dos décadas hemos asistido a un aumento sustancial de los métodos para medir la calidad en sanidad. Paralelamente también ha aumentado la creencia en que la medicina puede y debe ser practicada en base a la evidencia existente. Basándose en una combinación de información obtenida de ensayos clínicos y estudios observacionales, los paneles de expertos han creado guías de práctica clínica, guías que se encuentran depositadas y son mantenidas por la Agencia para la Investigación y la Calidad en Salud (38). La creación de estas guías de práctica clínica ha favorecido el desarrollo de medidas que permiten evaluar la calidad de nuestro sistema de salud (39). Aunque estas evaluaciones se basan principalmente en medidas basadas en procesos, éstas se refieren principalmente a situaciones de infrautilización de servicios y cuidados. Y a pesar de que sabemos que la sobreutilización contribuye al despilfarro y a la ineficiencia de nuestro sistema sanitario, los parámetros de sobreutilización no son tenidos en cuenta de manera habitual a la hora de hacer evaluaciones sobre la calidad de un sistema. En vista del aumento de guías y literatura relacionada con la infrautilización, no resulta extraño haber encontrado que los parámetros de sobreutilización de los servicios sanitarios ambulatorios no han experimentado grandes cambios en los últimos diez años. La reducción de las prácticas inadecuadas requerirá la misma atención y medidas que las ya aplicadas para reducir la infrautilización de terapias necesarias.

Esto último, sin embargo, resulta más fácil en la teoría que en la práctica. Existen muchos retos metodológicos, políticos y culturales que afrontar. Dos son los principales retos metodológicos que encontramos a la hora de crear medidas de calidad que cuantifiquen la administración de cuidados inapropiados (40). En primer lugar, y a diferencia de lo que ocurre con la infrautilización, no resulta fácil obtener

información sobre la sobreutilización de recursos a partir de los datos accesibles al público. Así, en un paciente con un infarto de miocardio sólo necesitaremos conocer el diagnóstico y tratamiento al alta así como la medicación recibida durante el ingreso para saber si se le ha prescrito ácido acetil salicílico. El segundo reto lo constituye la dificultad de crear guías de práctica clínica y medidas de sobreutilización para cada una de las prestaciones en salud. Determinar si un paciente ha recibido un tratamiento inadecuado requeriría conocer una serie de criterios clínicos más detallados de lo que se requiere para establecer si ha habido infrautilización de los servicios.

Aunque existen métodos para evaluar el uso apropiado de servicios como el RAND, éstos consumen mucho tiempo y recursos (41). Por ejemplo, para crear unos criterios RAND apropiados sobre la utilización correcta de la inserción de drenajes en el tímpano no sólo se necesita hacer una revisión bibliográfica exhaustiva, sino que se requiere además la creación de un panel de expertos con participación de pediatras y otorrinos infantiles que hagan una lista detallada de los factores clínicos a tener en cuenta, como la presencia de audición o el retraso en el lenguaje (42). Algunas organizaciones de especialistas, como el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (43), han desarrollado criterios para valorar el uso apropiado de una serie de procedimientos y tests diagnósticos. Sin embargo, este método no se ha implantado lo suficiente como para desarrollar una serie de guías potentes y universales.

Tampoco se ha hecho ningún esfuerzo formal para desarrollar y promover el uso de medidas estandarizadas de sobreutilización, aunque algunas de ellas se podrían definir y estudiar fácilmente. Así, aunque existe una fuerte evidencia en contra de hacer cribados de cáncer de próstata en pacientes muy ancianos y enfermos (44), todavía se sigue haciendo (35). A pesar de resultar un ítem fácilmente medible, esta práctica no se ha considerado como una medida potencial de sobreutilización, ni ha sido adoptada por los diferentes organismos evaluadores de calidad.

Existen ciertos prejuicios políticos y culturales a la hora de hablar de sobreutilización al equipararlo en cierto modo a limitar el acceso a los servicios de salud. Así, la Agencia de Investigación de Atención Sanitaria, entre cuyas funciones se encuentra la creación de guías de práctica clínica, fue casi disuelta cuando hizo una recomendación en contra del uso de cirugía en el manejo inicial de las lumbalgias (45). Desde entonces, el gobierno no ha seguido con la tarea de crear guías. La falta de deseo de nuestra sociedad a abordar el racionamiento (46), así como los intereses de la industria farmacéutica, influyen en la falta de interés de nuestra sociedad en valorar el exceso de utilización de servicios como medio para conseguir una alta calidad en la atención al mismo tiempo que mejora la sostenibilidad del sistema.

Las reacciones de los facultativos a la limitación de la prestación de servicios inadecuados han resultado ser muy dispares. Así, cuando el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU actualizó y publicó sus recomendaciones desaconsejando el uso del PSA en varones asintomáticos, se recibieron fuertes críticas de la Asociación Americana de Urología (47). Sin embargo, no todos los médicos se oponen a limitar el acceso a prestaciones de dudoso beneficio. Recientemente, la Alianza Nacional de Médicos, a través de su proyecto de “Buenas Prácticas” lanzó una campaña para limitar las prestaciones ambulatorias inadecuadas y propuso una serie de cinco prácticas de sobreutilización en relación con la Medicina Interna, la Familiar y Comunitaria y la Pediatría (3,5). El Panel Americano de Medicina Interna puso en

marcha la campaña "Elegir Sabiamente" en colaboración con otras nueve asociaciones de especialistas, incluyendo cardiólogos, radiólogos y oncólogos, para identificar tests y procedimientos de uso común cuya utilización no siempre resulta apropiada (48). Esta campaña es importante por contar con la colaboración de distintos grupos de médicos que anteponen la calidad frente al beneficio económico. Estas iniciativas parecen anunciar un cambio en la cultura de la práctica clínica que es necesario para empezar el arduo trabajo de evitar las actuaciones inapropiadas en el sistema de salud americano.

Las conclusiones de este estudio presentan ciertas limitaciones. En primer lugar, el número de medidas de infra, sobre y malautilización disponibles en las series de datos al alcance de los investigadores es limitado. Así, este estudio dibuja solo una parte de la situación sobre el uso apropiado de los tratamientos ambulatorios y no se puede demostrar con datos estadísticos que la mala utilización ocurra más frecuentemente que la infrautilización. En segundo lugar, algunas de las diferencias observadas pueden no resultar estadísticamente significativas por carecer los tests del suficiente tamaño de muestra. En tercer lugar, existió una limitación por la falta de disponibilidad de datos. Así, la NAMCS sólo registra de 6 a 8 fármacos por visita, por lo que resulta probable que en algún momento no se recogieran datos suficientes sobre medicación, lo que nos conduciría a una infra o sobreestimación de los resultados. En cuarto lugar, es posible que se haya subestimado la utilización de algunos servicios, ya que la NAMCS sólo registra una visita por año.

Por último, no se pudieron tener en cuenta los mecanismos explicativos sobre infra y sobreutilización como el razonamiento clínico y la toma de decisiones. Entender la raíz del problema de la sobreutilización requeriría buscar más allá de los datos públicos. En nuestro examen de cuidados ambulatorios en Estados Unidos encontramos una mejora en la mayoría de las medidas de infrautilización, pero los cambios fueron mínimos en cuanto a cuidados inapropiados se refiere. Reducir los costes en salud y mejora la calidad de los cuidados en Estados Unidos puede conseguirse si reducimos la sobre o malautilización de servicios, pero esto requerirá que se tomen decisiones difíciles que históricamente ni los pacientes ni los facultativos ni los políticos han querido tomar. Desarrollar guías de práctica clínica que definan cuándo no debe aplicarse un tratamiento y tomar medidas para conocer el uso inapropiado de cuidados son pasos críticos para avanzar en la misión de incrementar el valor y la eficiencia de los sistemas de salud.

REFERENCIAS

1. Orszag P. McAllen Medicine. Office of Management and Budget Blog. http://www.whitehouse.gov/omb/blog/09/05/28/ McAllenMedicine/. Accessed March 3, 2012.
2. Reuters T. Where can $700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf. Accessed March 5, 2012.
3. Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011;171(15):1385-1390.
4. Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med*. 2012;156(2):147-149.
5. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top $5 billion. *ArchIntern Med*. 2011;171(20):1856-1858.
6. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health careservices in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171-178.

7. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Vol 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
8. Ma J, Stafford RS. Quality of US outpatient care: temporal changes and racial/ethnic disparities. *Arch Intern Med*. 2005;165(12):1354-1361.
9. American College of Cardiology; American Heart Association; American Medical Association Physician Consortium for Performance Improvement. *Atrial Fibrillation and Atrial Flutter Physician Performance Measurement Set.* Chicago, IL:
American Medical Association; 2007.
10. Centers for Medicare & Medicaid Services; The Joint Commission. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage %2FQnetTier2&cid=1141662756099. Published 2010.
11. American College of Cardiology; American Heart Association; Physician Consortium for Performance Improvement. *Clinical Performance Measures: Chronic Stable Coronary Artery Disease: Tools Developed by Physicians for Physicians.* Chicago, IL: American Medical Association; 2005.
12. American College of Cardiology; American Heart Association; Physician Consortium for Performance Improvement. *Clinical Performance Measures: Heart Failure: Tools Developed by Physicians for Physicians.* Chicago, IL: American Medical
Association; 2005.
13. American College of Cardiology; American Heart Association; Physician Consortium for Performance Improvement. *Clinical Performance Measures: Chronic Stable Coronary Artery Disease: Tools Developed by Physicians for Physicians.* Chicago,
IL: American Medical Association; 2005.
14. American Academy of Neurology; American College of Radiology; Physician Consortium for Performance Improvement; National Committee for Quality Assurance. *Stroke and Stroke Rehabilitation: Physician Performance Measurement Set.*
Chicago, IL: American Medical Association, National Committee for Quality Assurance; 2009.
15. University of Michigan Health System. *Secondary Prevention of Coronary Artery Disease.* Ann Arbor: University of Michigan Health System; 2009.
16. *HDC Topics: Diabetes.* Health Disparities Collaboratives. Rockville, MD: Health Disparities Collaboratives; 2006.
17. American Academy of Family Physicians; American Academy of Orthopaedic Surgeons; American Association of Clinical Endocrinologists; American College of Rheumatology; Endocrine Society; Physician Consortium for Performance Improvement; National Committee for Quality Assurance. *Osteoporosis PhysicianPerformance Measurement Set.* Chicago, IL: American Medical Association, National Committee for Quality Assurance; 2006.
18. US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer, topic page.
http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm. Published October 2011.
19. US Preventive Services Task Force. Screening for coronary heart disease, topic page. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsacad.htm. Published October 2011.
20. US Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults, topic page. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsbact.htm. Published July 2008.
21. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services.* 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
22. US Preventive Services Task Force. Lung cancer screening, topic page. http: //www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspslung.htm. PublishedMay2004.
23. US Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer, topic page. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspscerv.htm. Published May 2011.
24. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer, topic page. http:
//www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsbrca.htm. Published July 2010.
25. National Committee for Quality Assurance. *Technical Specifications.* Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 2010. *HEDIS 2011: Healthcare Effectiveness Data and Information Set*; vol 2.
26. Institute for Clinical Systems Improvement. *Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults.* Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2008.
27. National Committee for Quality Assurance. Avoidance of antibiotic treatment in adults with acute bronchitis. In: National Committee for Quality Assurance. *Technical Specifications.* Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 2010.
HEDIS 2011: Healthcare Effectiveness Data and Information Set; vol 2.
28. National Asthma Education and Prevention Program. *Expert Panel Report 3: Guidelinesfor the Diagnosis and Management of Asthma.* Bethesda, MD: US Dept of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung,
and Blood Institute; 2007.
29. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al; Infectious Diseases Society of America; European Society for Microbiology and Infectious Diseases. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis

and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011;52(5):e103-e120.
30. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Intern Med*. 1997;157(14):1531-1536.
31. Zhan C, Sangl J, Bierman AS, et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA*. 2001;286(22):2823-2829.
32. Centers for Disease Control and Prevention. The new ambulatory care drug database system. http://www2.cdc.gov/drugs/applicationnav1.asp. Accessed March 5, 2012.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Reliability of estimates. http://www .cdc.gov/nchs/ahcd/ahcd_estimation_reliability.htm. Accessed August 10, 2012.
34. Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. *JAMA*. 2004;291(24):2990-2993.
35. Walter LC, Bertenthal D, Lindquist K, Konety BR. PSA screening among elderly men with limited life expectancies. *JAMA*. 2006;296(19):2336-2342.
36. Organization for Economic Cooperation and Development. Health policies and data. http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/healthataglance2011.htm. Published 2011. Accessed February 10, 2012.
37. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care [published online March 14, 2012]. *JAMA*. 2012;307(14):1513-1516. doi:10.1001/jama.2012.362.
38. National Guideline Clearinghouse. http://www.guideline.gov/. Accessed March 3, 2012.
39. Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):559-568.
40. Keyhani S, Siu AL. The underuse of overuse research. *Health Serv Res*. 2008;43(6):1923-1930.
41. Keyhani S, Kleinman LC, Rothschild M, Bernstein JM, Anderson R, Chassin M. Overuse of tympanostomy tubes in New York metropolitan area: evidence from five hospital cohort. *BMJ*. 2008;337:a1607. doi:10.1136/bmj.a1607.
42. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care*. 1986;2(1):53-63.
43. Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW, et al; Coronary Revascularization Writing Group; Technical Panel; Appropriate Use Criteria Task Force; American College of Cardiology Foundation; American College of Cardiology Foundation Appropriate
Use Criteria Task Force; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Thoracic Surgeons; American Association of Thoracic Surgery; American Heart Association; American Society of Nuclear Cardiology; Society of Cardiovascular Computed Tomography. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 appropriate use criteria for coronary revascularization focused update: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2012;143(4):780-803.
44. Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;137(11):917-929.
45. Gray BH, Gusmano MK, Collins SR. AHCPR and the changing politics of health services research. *Health Aff (Millwood)*. 2003(suppl):W3-283-307.
46. Pipes S. Obama will ration your health care. *Wall Street Journal*. December 30, 2008.http: //online .wsj.com/article/SB123060332638041525.html . Accessed October 26, 2011.
47. Lacy SS. AUA response to 2011 US Preventive Services Task Force draft recommendations on prostate cancer testing. http://www.auanet.org/content /health-policy/government-relations-and-advocacy/in-the-news/aua-response-to-uspstf.cfm. Published November 8, 2011. Accessed April 27, 2012.
48. Wisely C. An initiative of the ABIM Foundation. http://choosingwisely.org/. Accessed April 27, 2012.