

## Efectividad y eficiencia de una consulta externa monográfica de asma corticodependiente

C. Domingo Ribas

Servei de Neumologia. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

**OBJETIVO:** Evaluar la efectividad y eficiencia de una consulta externa monográfica de asma corticodependiente centralizada en un hospital de referencia controlada por un Servicio de Neumología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudian en los 20 primeros pacientes consecutivos (edad:  $58,1 \pm 9,5$  años; 14 mujeres y 6 varones) tratados en la consulta externa monográfica de asma corticodependiente, con un tiempo de seguimiento prospectivo de  $12,33 \pm 4,6$  meses, las siguientes variables: *a*) espirometría forzada (E); *b*) dosis de corticoides; *c*) número y coste (NC) de las visitas en consultas externas hospitalarias; *d*) NC de las E; *e*) NC de las asistencias en urgencias; *f*) NC de los ingresos hospitalarios en planta, y *g*) coste acumulado que la asistencia de estos pacientes genera para el hospital y el Servei Català de la Salut (SCS). Se comparan estos resultados con los controles históricos de cada paciente.

**RESULTADOS:** Se han observado: *a*) mejoría del FEV<sub>1</sub> ( $55,1 \pm 21,6\%$  frente a  $60,1 \pm 21\%$ ;  $p = 0,02$ ); *b*) descenso de los requerimientos de corticoides ( $21,9 \pm 11,2$  frente a  $12,8 \pm 6,0$  mg;  $p < 0,0001$ ); *c*) aumento estadísticamente significativo del NC de visitas en consultas externas y NC de E; *d*) descenso estadísticamente significativo del número de asistencias en urgencias e ingresos en planta, y *e*) reducción del coste acumulado derivado de la asistencia de estos pacientes para el SCS, que pasa de 4.400.070 a 1.171.157 ptas., así como una reducción del déficit hospitalario que generan, con lo que se consigue nivelar el presupuesto, partiendo de un déficit de casi 2.000.000 de ptas.

**CONCLUSIONES:** El cambio de la atención sanitaria de estos pacientes ha generado una mejoría asistencial (efectividad) reduciendo notablemente los costes económicos (eficiencia). Creemos que las especialidades médicas deben desempeñar un papel importante en el proceso de reorganización asistencial del actual sistema nacional de salud catalán.

**Palabras clave:** Asma corticodependiente. Efectividad y eficiencia del control monográfico.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 274-280)

Effectiveness and efficiency of an outpatient clinic for corticosteroid-dependent asthmatics

**OBJECTIVE:** To evaluate the efficacy and efficiency of a specialist outpatient clinic for corticosteroid-dependent asthmatics. The clinic was supervised by the respiratory medicine service of a reference hospital.

**MATERIAL AND METHODS:** The first 20 consecutive patients (mean age  $58.1 \pm 9.5$  years; 14 women, 6 men) treated at a specialist outpatient clinic for corticosteroid-dependent asthmatics were studied, with prospective follow-up of  $12.33 \pm 4.6$  months. The following variables were examined: *a*) forced spirometry (FS), *b*) corticosteroid doses, *c*) number and cost (NC) of visits to the outpatient clinic, *d*) NC of FS, *e*) NC of emergency room visits, *f*) NC of hospitalizations, *g*) cumulative cost of health care generated by these patients within the National Health Service of Catalonia (NHSC). The results were compared with those recorded in each patient's history.

**RESULTS:** Findings were *a*) improved FEV<sub>1</sub> ( $55.1 \pm 21.6\%$  vs.  $60.1 \pm 21\%$ ,  $p = 0.02$ ); *b*) decreased corticosteroid use ( $21.9 \pm 11.2$  mg vs.  $12.8 \pm 6.0$  mg,  $p < 0.0001$ ); *c*) statistically significant increase in NC to the outpatient clinic and NC of FS; *d*) statistically significant decrease in number of visits to emergency services and hospitalizations; *e*) reduced total cost of health care for these patients borne by the NHSC, which went from 4,400,070 Spanish pesetas to 1,171,157 Spanish pesetas. A hospital deficit of nearly 2,000,000 Spanish pesetas was canceled.

**CONCLUSIONS:** Changing the system for delivering health care to these patients has led to improved care (effectiveness) and a noteworthy reduction in cost (efficiency). We conclude that medical specialists should play an important role in reorganizing the present health care system of the NHSC.

**Key words:** Corticosteroid-dependent asthma. Specialized health care: effectiveness, efficiency.

### Introducción

El asma bronquial es una enfermedad con una elevada prevalencia en nuestro medio, alrededor de un 3 a un

5% de la población<sup>1</sup>. En la mayoría de los casos, se trata de una enfermedad que cursa con episodios reversibles de obstrucción de la vía aérea. En algunos, sin embargo, los pacientes pueden no recuperar en su totalidad la función respiratoria después de las exacerbaciones asmáticas, con lo cual se produce un deterioro progresivo del funcionalismo respiratorio. Finalmente, si bien la mayoría de los pacientes responden satisfactoriamente a la terapia inhalada con broncodilatadores y corticoides,

Correspondencia: Dr. C. Domingo.  
Servei de Neumologia. Corporació Parc Taulí.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona.  
Correo electrónico: cdomingo@cspt.es

Recibido: 19-9-00; aceptado para su publicación: 13-3-01.

algunos requieren tratamiento con corticoides por vía oral de manera crónica (ya sea en forma de tandas frecuentes o cotidianamente).

Con la organización asistencial actual de la medicina catalana, la mayoría de los pacientes con asma leve y moderada son controlados por los médicos de asistencia primaria. Estos dos grupos de pacientes representan la mayoría de la población asmática. No queda claro, sin embargo, cómo debe realizarse la asistencia médica a los pacientes asmáticos corticodependientes. Con el modelo asistencial catalán actual, se podría realizar de tres maneras distintas: *a)* control del paciente en asistencia primaria, con consultas esporádicas al internista y/o neumólogo hospitalario; *b)* control mixto entre asistencia primaria y hospital (internista y/o neumólogo), y *c)* control único por el neumólogo del hospital.

Dada la facilidad de acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria, ya sea primaria u hospitalaria, los dos primeros grupos en la realidad práctica quedan reducidos a uno.

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad asistencial y el coste económico que reporta el control ambulatorio por un especialista hospitalario en neumología de pacientes con asma corticodependiente, tanto para el Servei Català de la Salut como para el hospital donde se realiza el estudio (Corporació Parc Taulí).

## Material y métodos

Los pacientes fueron evaluados en un primer momento por el Servicio de Neumología para establecer el correcto diagnóstico de asma bronquial. Cuando fueron considerados corticodependientes (requerimiento de 7,5 mg/día de prednisona o 15 mg a días alternos durante un mínimo de un año), se remitieron a la consulta externa monográfica de asma bronquial corticodependiente que tiene el Servicio de Neumología de la Corporació Parc Taulí, donde fueron tratados de acuerdo con la normativa del International Consensus Report de 1992. Esta consulta externa funcionaba los martes por la tarde de 15 a 17 horas. Los pacientes eran visitados previa cita por el neumólogo responsable de la consulta, con una frecuencia que habitualmente oscilaba entre 4 y 12 semanas, si bien aquellos que lo precisaban eran visitados con mayor asiduidad. En esta consulta se instruía a los pacientes en el manejo del *Peak-flow*.

Una vez iniciado el control hospitalario de estos pacientes, se les proponía que no acudieran a controles de asistencia primaria y que, en caso de hacerlo, anotaran la fecha y lo comunicaran en la siguiente visita hospitalaria. Además se les indicaba que, en caso de problemas, dudas o aparición de descompensaciones clínicas, contactaran telefónicamente con el neumólogo del hospital que los controlaba. Los pacientes tenían libertad absoluta para consultar los servicios de urgencia ya fueran del ambulatorio o del hospital cuando lo consi-

deraran oportuno, con independencia de si habían contactado o no telefónicamente con su neumólogo del hospital. En caso de acudir a urgencias del ambulatorio, debían también anotarlo y comunicarlo durante el control hospitalario.

## Población y tiempo de seguimiento

Se estudiaron los 20 primeros pacientes con asma que fueron visitados consecutivamente en la consulta monográfica de asma corticodependiente. La edad media fue de  $58,1 \pm 9,5$  años, 14 fueron mujeres y 6 varones. Los valores espirométricos y requerimientos de corticoides al inicio y final del seguimiento se exponen en la tabla I.

El tiempo de seguimiento fue de  $12,33 \pm 4,6$  meses.

## Variables estudiadas

Las variables clínicas que se estudiaron fueron las siguientes:

1. Espirometría forzada.
2. Dosis de corticoides.
3. Número de visitas en consultas externas hospitalarias.
4. Número de espirometrías practicadas.
5. Número de asistencias en urgencias.
6. Número de ingresos hospitalarios en planta.

En cuanto a las variables económicas estudiadas, se incluyeron:

1. Coste de las visitas en consultas externas hospitalarias.
2. Coste de las espirometrías practicadas.
3. Coste de las asistencias en urgencias.
4. Coste de ingresos hospitalarios en planta.
5. Coste acumulado para la Corporació Parc Taulí y el Servei Català de la Salut que la asistencia de estos pacientes genera.

## Evaluación económica y particularidades de financiación del convenio

1. Precios del Servei Català de la Salut para 1994:
  - Precio por segunda visita en consultas externas: 4.438 ptas.
  - Precio por asistencia en urgencias (estancia inferior a 12 h): 16.443 ptas.
  - Precio por día de estancia hospitalaria: 22.190 ptas.
  - Precio máximo pagado por estancia mensual:  $8,6 \times 22.190$  ptas. = 190.834 ptas. Por tanto, si el paciente en un mismo mes estaba ingresado un número de días (*n*) inferior a 8,6 el hospital ganaba dinero, y si permanecía más de 8,6 días ingresado en un mismo mes (ya fuera en uno o más ingresos), el hospital incurría en pérdidas. De ahí que la fórmula utilizada para valorar los beneficios/pérdidas por asistencia en planta referida previamente fuera:  $(8,6 - n) \times 22.190$  ptas.
  - Precio por espirometría: 1.600 ptas.
2. La Corporació Parc Taulí no podía facturar nunca al Servei Català de la Salut las espirometrías practicadas a estos pacientes, pues su coste se consideraba incluido en el pago por visita o asistencia en planta; de ahí que las espirometrías

TABLA I  
Evolución del funcionalismo respiratorio y de requerimientos de corticoides

	FEV <sub>1</sub> *	FVC	FEV <sub>1</sub> /FVC	Dosis de corticoides**
Inicio (T0)	1,48 ± 0,94 l 55,1 ± 21,7%	2,66 ± 1,15 l 76,9 ± 19,4%	54,32 ± 14,7%	21,9 ± 11,2 mg
Final (T1)	1,57 ± 0,97 l 60,1 ± 21,9%	2,72 ± 1,16 l 78,8 ± 16,0%	56,7 ± 17,2%	12,8 ± 6,0 mg

Inicio (T0): inicio del seguimiento en la consulta externa monográfica de asma corticodependiente; final (T1): final del seguimiento en la consulta externa monográfica de asma corticodependiente. \**p* = 0,02; \*\**p* < 0,0001.

se contabilicen únicamente en el apartado de las pérdidas del hospital, no como gastos del Servei Català de la Salut.

3. El valor de las visitas en consulta externa se ha contabilizado en el cómputo del coste acumulado para el Servei Català de la Salut, pero no como ingresos de la Corporació Parc Taulí, puesto que el pago de estas visitas se realiza conjuntamente con toda la actividad de consulta externa del hospital.

4. Los valores de facturación del Servei Català de la Salut, así como la repercusión económica de los diferentes apartados, se obtuvieron de la Dirección de Servicios de Administración de la Corporació Parc Taulí.

5. No se ha evaluado el coste farmacológico que para el sistema nacional de salud pudiera tener el control hospitalario de los pacientes. Este punto, sin embargo, no tendría repercusión para el hospital.

6. Cálculo del coste acumulado para la Corporació Parc Taulí y el Servei Català de la Salut que la asistencia de estos pacientes genera, teniendo en cuenta los precios de facturación del año 1994.

– Para la Corporació Parc Taulí:

$$(8,6 - n) \times 22.190 \text{ ptas.} - \text{coste de las espirometrías}$$

(n: número de días que el enfermo está ingresado en la planta).

– Para el Servei Català de la Salut:

$$n.^{\circ} \text{ de asistencias a urgencias} + n.^{\circ} \text{ de ingresos en planta} + n.^{\circ} \text{ de visitas en consultas externas.}$$

Para cada paciente, se compararon los datos prospectivos con sus datos históricos. Los datos prospectivos fueron aque-

llos obtenidos desde el momento en que fueron controlados en esta consulta externa. Los datos históricos se obtuvieron a partir de los datos facilitados por el Servicio de Epidemiología e Información clínica y el Servicio de Neumología de la Corporació Parc Taulí. Se contabilizaron aquí únicamente las asistencias en urgencias, ingresos hospitalarios, visitas en consultas externas hospitalarias y espirometrías practicadas en el hospital. No se contabilizaron las visitas, espirometrías y asistencias en urgencias realizadas en asistencia primaria. Por tanto, se realizó voluntariamente una infravaloración de los actos médicos y sus respectivos costes en asistencia primaria durante el control prospectivo de cada paciente. El tiempo de seguimiento, para cada paciente, coincidió exactamente con el período de control histórico evaluado.

### Evaluación estadística

Los resultados se exponen en forma de media  $\pm$  desviación estándar. La comparación de los datos espirométricos, dosis de corticoides y los datos de seguimiento con sus controles históricos, tanto clínicos como económicos, se realizó mediante la prueba de la t de Student para datos apareados.

### Resultados

De los 20 pacientes evaluados, ninguno prefirió abandonar el control en consultas externas para volver a ser controlado en la asistencia primaria. Durante el

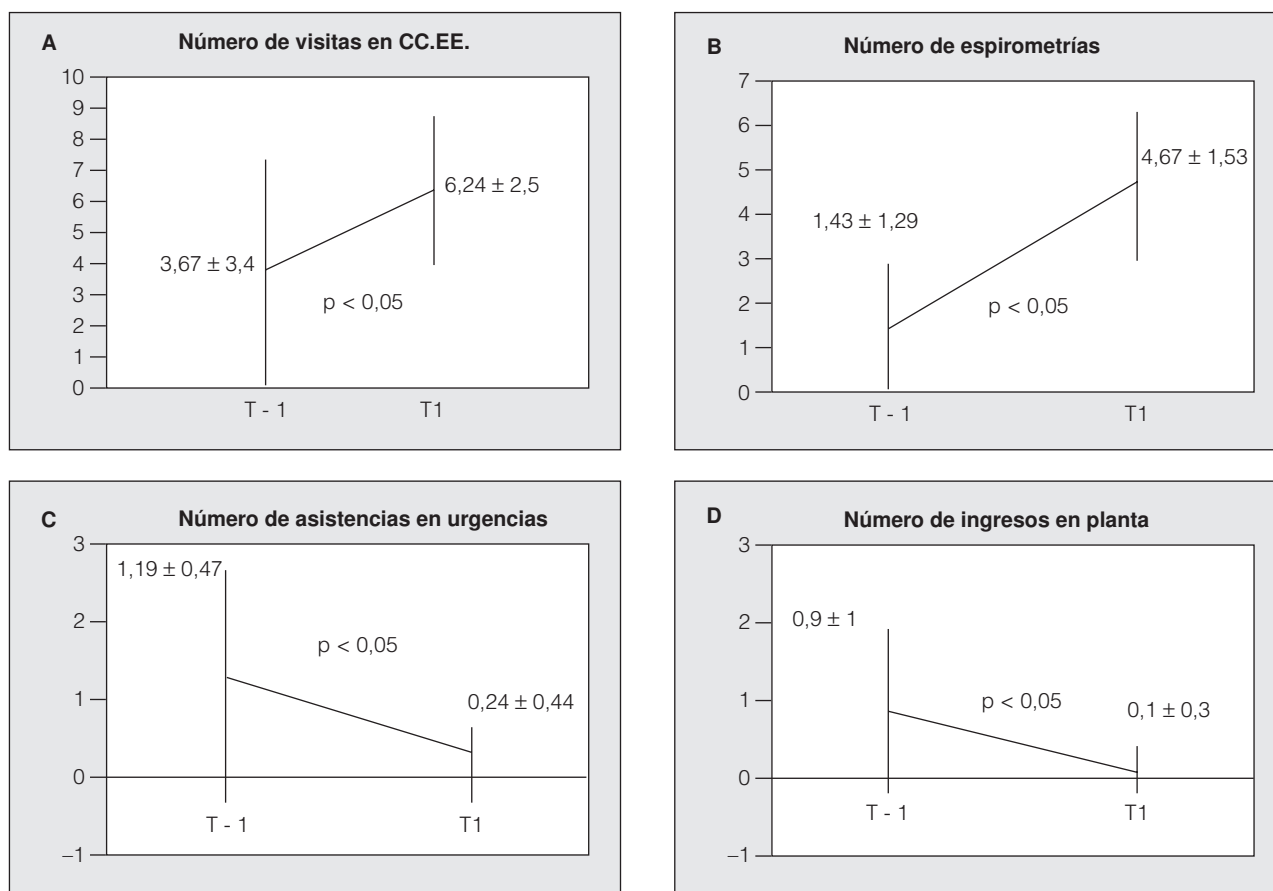


Fig. 1A-D. Evolución del número de visitas, espirometrías practicadas y requerimientos de asistencias en urgencias e ingresos en planta. Obsérvese que el incremento de visitas y espirometrías va parejo al descenso de asistencias en urgencias e ingresos en planta de hospitalización. CC.EE.: consultas externas.

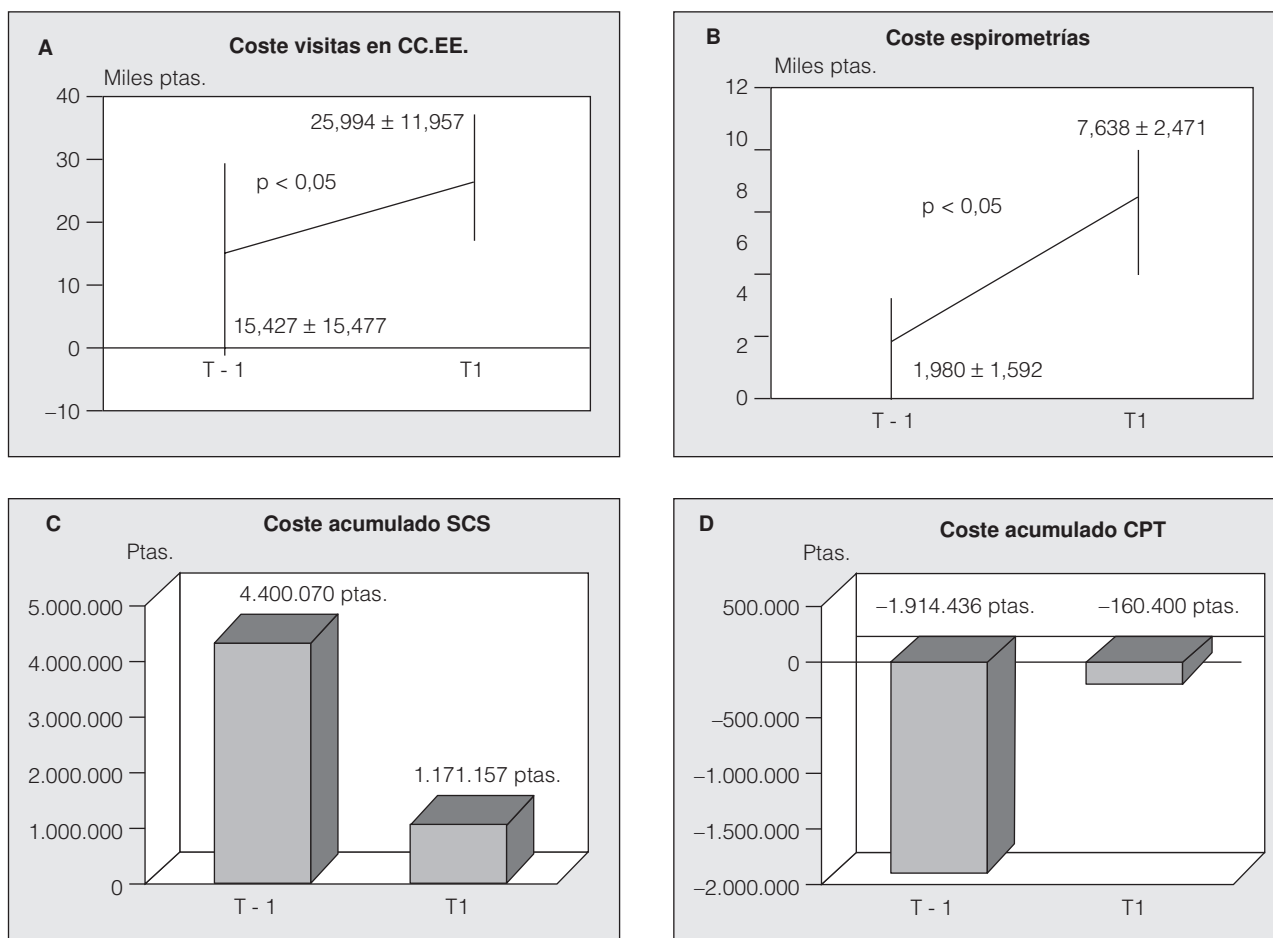


Fig. 2A-D. Evolución de costes. Obsérvese que el incremento de costes derivado del aumento de visitas y espirometrías (es decir, la mejoría de asistencia sanitaria que recibieron estos pacientes) se acompaña de una notable disminución del coste acumulado que estos pacientes generan para el Servei Català de Salut (SCS) y una casi desaparición del déficit que generaban para su hospital de referencia. CC.EE.: consultas externas; CPT: Corporació Parc Taulí.

tiempo de seguimiento ningún paciente refirió haber sido atendido por problemas neumológicos en asistencia primaria, ya fuera en forma de consulta o asistencia urgente. No se detectó ningún fallecimiento durante el tiempo de seguimiento.

#### Resultados de las variables clínicas

Se observó una mejoría del FEV<sub>1</sub>, así como un descenso del requerimiento de corticoides, que fueron estadísticamente significativos (tabla I). Cinco pacientes recibieron tratamiento con metotrexato. Se observó también un incremento estadísticamente significativo del número medio de visitas en consultas externas del hospital, así como del número medio de espirometrías practicadas en el hospital. Paralelamente, se apreció un descenso del número de asistencia en urgencias y de ingresos en planta, que también fueron estadísticamente significativos (figs. 1A-B).

#### Resultados de las variables económicas

El coste medio de las visitas en consultas externas y de las espirometrías practicadas en el hospital aumentó significativamente (figs. 2A y B). Sin embargo, el coste acumulado para el

Servei Català de la Salut de la asistencia médica de estos pacientes descendió de 4.400.000 a 1.171.000 ptas. Para la Corporació Parc Taulí, las pérdidas derivadas de la asistencia de estos pacientes se redujeron desde casi 2 millones a 160.000 ptas. (figs. 2C y D).

#### Discusión

En la actualidad, el Estado español destina cerca del 9% del producto interior bruto (PIB) al gasto sanitario, lo que supone una cantidad superior a los 4 billones de ptas.<sup>3</sup> De este montante total el médico, en el ámbito de la microgestión sanitaria o gestión clínica, asigna el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones terapéuticas<sup>4,5</sup>. Por tanto, para mejorar la calidad asistencial, así como la asignación de recursos sanitarios, es preceptivo reducir las diferencias entre eficacia y efectividad, atacando los factores vulnerables de las diferentes patologías.

Ha aparecido recientemente en la bibliografía<sup>6</sup> algún artículo de opinión que pretende asignar una importancia desmedida a los servicios de medicina interna sobre las especialidades médicas, sin que para ello existan tra-

bajos que respalden estas teorías. Se trata, por tanto, de aseveraciones fundadas más en una exagerada valoración de la efectividad subjetiva, fruto del desconocimiento de parámetros que permiten medir la efectividad clínica, que en la llamada medicina basada en la evidencia que promueve la colaboración Cochrane.

El fomento de la llamada por algunos «escepticismo»<sup>4</sup> nos llevó a intentar evaluar la efectividad de la asistencia a pacientes asmáticos corticodependientes, mediante un modelo asistencial cuya diferencia organizativa radica en el control único y amplio de este tipo de pacientes por parte del neumólogo de hospital. Este modelo centrípeto facilita la implementación de las *guidelines* o normativas internacionales, lo cual permite reducir notablemente la variancia de la medida de la actuación, minimizar los déficit de conocimientos de la práctica clínica que la medicina basada en la evidencia por sí sola hoy día es incapaz de resolver<sup>7</sup>, y aplicar técnicas de control de la enfermedad y tratamientos vanguardistas. Finalmente, este modelo favorece la accesibilidad del paciente a la asistencia médica.

Como ilustran nuestros resultados, el incremento racional, a la vista de los mismos, del número de visitas en consultas externas y espirometrías hospitalarias permitió un mejor control de la evolución de la enfermedad. Ello se acompañó, como es lógico, de una significativa mejoría de la función respiratoria y reducción de requerimientos de corticoides orales, descenso del número de asistencias en urgencias y de ingresos en planta de estos pacientes. Pueden llamar la atención las elevadas dosis de corticoides que recibían los pacientes al inicio del seguimiento, pero debe tenerse en cuenta que procedían de diversos ámbitos. Por otro lado, los requerimientos finales de corticoides, si bien disminuyen alrededor de un 50%, también son elevados, lo cual refleja la gravedad de los pacientes tratados, como ilustra también el hecho de que, durante el seguimiento, 5 de ellos fueran incluidos en protocolo de tratamiento con un inmunodepresor para disminuir los requerimientos de corticoides orales. El beneficio del modelo asistencial deriva, por tanto, de una intervención sobre los factores asistenciales vulnerables de carácter multidisciplinario.

El incremento del gasto medio por paciente que comporta el aumento del número de visitas en consultas externas y espirometrías con cargo al hospital queda, sin duda, mitigado cuando se evalúa el coste acumulado para todo el grupo, tanto para el Servei Català de la Salut como para la Corporació Parc Taulí. Existe, por consiguiente, una correlación entre la práctica clínica que se ajusta a las normativas internacionales y una notable reducción del coste asistencial de estos pacientes. Estos resultados, además, infravaloran sin duda los beneficios del cambio asistencial, puesto que no se han tenido en cuenta diversos factores. En primer lugar, no se han contabilizado en los controles históricos las visitas y espirometrías practicadas en la asistencia primaria como coste para el Servei Català de la Salut. En segundo lugar, puesto que el hospital no cobraba las espirometrías practicadas, su coste se ha deducido de los ingresos hospitalarios. En tercer lugar,

puesto que el Servei Català de la Salut pagaba las visitas en consulta externa de estos pacientes de manera conjunta con toda la actividad de consulta externa del hospital, los beneficios derivados de estas visitas no se han podido contabilizar en el cómputo de ingresos hospitalarios como hubiera correspondido. Por este motivo, muy probablemente se ha infravalorado la reducción de pérdidas del hospital, que por tanto hubiera sido inferior a la cantidad calculada (-160.000 ptas.). Finalmente, el coste acumulado calculado para el Servei Català de la Salut de las visitas en consultas externas de estos pacientes ha sido el máximo posible, puesto que se ha asumido que el precio pagado por visita fue el máximo del convenio (en caso de que el hospital hubiera sobrepasado la actividad pactada para consultas externas, el precio pagado por el Servei Català de la Salut habría sido inferior al del convenio, fenómeno de la rescala de tarifas en función de la actividad asistencial total, que es el que se ha utilizado para el cálculo de costes acumulados). Por tanto, voluntariamente hemos infravalorado los ingresos del hospital y, por consiguiente, también la reducción de las pérdidas derivadas de la asistencia médica de estos pacientes. Además, se ha valorado al máximo posible el coste que la misma tuvo para el Servei Català de la Salut.

Vale la pena insistir en la disminución de las consultas a urgencias derivadas de nuestra intervención, pues su utilización es masiva. La tasa de frecuentación de los servicios de urgencias es de 332/1.000 habitantes/año<sup>8</sup>, es decir, que uno de cada 3 ciudadanos consulta una vez al año un servicio de urgencias. Entre todas las consultas a estos servicios, las enfermedades respiratorias representan en algunos casos hasta el 34% de los diagnósticos al alta<sup>9</sup>, y el asma en concreto supuso un 20% de los diagnósticos de ingreso en el estudio de Barbado et al<sup>9</sup>. Para evitar y/o disminuir el número de reingresos en los servicios de urgencias, que oscila entre el 3,4%<sup>10</sup> y el 9,36%<sup>9</sup>, se crearon las áreas de observación de pacientes adscritas a los servicios de urgencias/emergencias<sup>11,12</sup>, cuyo uso en las áreas urbanas parece ser superior al de zonas rurales, al menos en Estados Unidos<sup>13</sup>. En algunos servicios de urgencias/emergencias, los pacientes con asma son los que presentan una mayor tasa de utilización de estas unidades de observación, que en algunos casos llega hasta el 11%<sup>14</sup>. Además, debe tenerse en cuenta que el 80% de las consultas a los servicios de urgencias hospitalarios son debidas a decisión propia de los pacientes<sup>15</sup>. Por tanto, con nuestra intervención, sin duda hemos contribuido a disminuir las consultas a urgencias y estancias en las salas de observación de estos servicios. Además, dado que la consulta a estos servicios es mayoritariamente debida a voluntad y decisión de los propios pacientes, el cambio de actitud de los pacientes de la población estudiada, consistente en reducir las consultas a urgencias por el control en consultas externas, evidencia un cambio de la demanda asistencial de estos pacientes, que sin duda obedece, al menos en parte, a la mejoría clínica experimentada.

No se ha valorado la repercusión que podría tener la indicación de exploraciones complementarias caras (como ciertas determinaciones analíticas o tomografías

computarizadas torácicas), que supuestamente pudiera indicar un especialista y que no practicaría un médico de asistencia primaria o un internista, ni el coste farmacológico que podría representar el cambio en el tipo de asistencia médica. Debe tenerse en cuenta que los pacientes asmáticos no requieren exploraciones complementarias caras para filiar/orientar/abordar su patología y que, por otro lado, los pacientes eran dirigidos a esta consulta una vez diagnosticados, con lo cual la posibilidad de generar gastos derivados de exploraciones complementarias «atípicas» fue prácticamente nula. En lo que al gasto farmacológico se refiere, debe tenerse en cuenta que en 1994 el único fármaco nuevo introducido recientemente fue el salmeterol (broncodilatador de larga duración sensiblemente más caro que los betaagonistas de corta duración). Su uso, sin embargo, se había introducido en el mercado 2 años antes, por lo que algunos/muchos de los pacientes estudiados ya recibían esta terapia. En lo que sin duda se insistió fue en la forma de administración y dosis a utilizar, para rentabilizar al máximo su beneficio terapéutico. Se podría argumentar que, en todo control especializado predominantemente hospitalario, se tiende a realizar estudios terapéuticos/ensayos clínicos para evaluar la eficacia de nuevos fármacos, lo que a la larga puede encarecer notablemente la asistencia sanitaria de los pacientes. Esto es parcialmente cierto en nuestro caso, pues 5 pacientes recibieron tratamiento inmunodepresor con metotrexato para intentar disminuir la dosis oral de corticoides<sup>16,17</sup>. El precio del metotrexato, sin embargo, es muy bajo y, de acuerdo con la dosis que se administraba a los pacientes, el coste semanal por paciente era de unas 50 ptas. No creemos, por tanto, que existiera un incremento del gasto farmacéutico suficientemente importante que pudiera justificar desviaciones en nuestros resultados que hicieran variar las conclusiones.

No se ha realizado en este estudio ninguna intervención para valorar la modificación del estándar de calidad de vida que se produjo en estos pacientes. Sin embargo, el hecho fehaciente de que absolutamente todos ellos se adhirieran al nuevo tipo de control médico de su enfermedad evidencia un incremento de la efectividad subjetiva del control hospitalario especializado de estos pacientes. En otras palabras, ilustra la conversión de un bien de confianza (*credence good*), como suele ser la consulta a un médico especialista, en un bien de experiencia. Por otro lado, en términos de mercado competitivo, las premisas de que los individuos son racionales, que revelan sus preferencias con sus acciones y que el individuo es el mejor juez de su bienestar también apoyarían un supuesto beneficio en el estándar de calidad de vida de este grupo de pacientes derivado del control hospitalario especializado.

Un supuesto que se debe evaluar siempre es la relación coste/oportunidad. Podría argumentarse que la dedicación monográfica a este tipo de enfermos fuera en detrimento de otras patologías, quizá más prevalentes y que, por tanto, la intervención llevada a cabo en este grupo de asmáticos crónicos corticodependientes no fuera socialmente eficiente. Puesto que hemos podido demostrar una notable reducción del coste acumulado

tanto para el Servei Català de la Salut como para la Corporación Parc Taulí, la conclusión lógica es que, con los mismos recursos que se consumían, se podrían cubrir mayores necesidades asistenciales. Por consiguiente, la relación coste/oportunidad sería también en este caso beneficiosa.

Finalmente, puesto que los criterios para remitir a los pacientes a esta consulta externa de control monográfico de asma bronquial corticodependiente fueron estrictamente médicos, creemos que en ningún momento se puede plantear la posibilidad de inequidad o presencia de costes de influencia, evitándose además la aplicación de la llamada «economía esquimal»<sup>18</sup>.

Nuestro estudio ilustra la importancia de la reorganización asistencial de al menos algunos procesos clínicos, así como la importancia de la asistencia especializada tanto en términos de efectividad como de eficiencia. En definitiva, este cambio organizativo permitió conjugar la eficiencia técnica (obtuvimos un producto –asistencia médica– minimizando los factores de producción), eficiencia de gestión (conseguimos la asistencia médica minimizando costes) con la eficiencia económica (conseguimos asistencia médica minimizando su coste social). Todo ello permitió, pues, una distribución de los recursos existentes de acuerdo con el interés global de la población<sup>3</sup>, sin que se afectara la relación médico-paciente ni se atentara contra la ética médica, factores sin duda básicos para una saludable praxis médica<sup>19</sup>.

Creemos, pues, que los cambios que necesariamente deben producirse en la gestión sanitaria (ya sea en los ámbitos de la macro, meso o microgestión) han de basarse en estudios científicos, no en opiniones sectaristas no demostradas, deben contar con la opinión de los facultativos, y en ningún caso deben despreciarse las especialidades médicas atribuyéndoles la génesis de gastos incontrolables/incontrolados secundarios a la falta de polivalencia profesional o a un encorsetamiento arcaico no demostrado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jaen A, Ferrer A, Ormaza I, Rué M, Domigno Ch, Marín A. Prevalencia de bronquitis crónica, asma y obstrucción al flujo aéreo en una zona urbanoindustrial de Cataluña. Arch Bronconeumol 1999; 35: 122-128.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. International consensus report on diagnosis and management of asthma. US Eur Respir J 1992; 5: 601-641.
3. Soto J. Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. Med Clin (Barc) 1999; 113: 655-657.
4. Ortún Rubio V. Gestión sanitaria y calidad. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 688-692.
5. Ortún Rubio V. ¿Conocimiento para gestionar? Gestión clínica y sanitaria 1999; 1: 5-6.
6. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto del cambio en la sanidad. Med Clin (Barc) 1993; 100: 587-590.
7. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. Lancet 1995; 345: 840-842.
8. Muñio Mínguez A, Gil Gómez J, Gabarro N, Segado Soriano A, López González-Cobos C, Villalba García MV. Unidad de observación y corta estancia de medicina en el servicio de urgencias. Ann Med Interna (Madrid) 1998; 15: 138-141.

9. Barbado Ajo MJ, Jimeno Cargues A, Ostolaza Vázquez JM, Molinero de Dios J. Unidad de corta estancia dependiente de Medicina Interna. *Ann Med Interna (Madrid)* 1999; 16: 504-510.
10. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA, Michigan RO et al. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 964-968.
11. American College of Emergency Physicians. Policy statements. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 863-864.
12. American College of Emergency Physicians. Management of observations units. *Ann Emerg Med* 1988; 17: 1348-1352.
13. Yealy DM, De Hart DA, Ellis G, Wolfson AB. A survey of observations units in the United States. *Am J Emerg Med* 1989; 7: 576-580.
14. Zwicke DL, Donohue JF, Wagner EH. Use of the emergency department observation unit in the treatment of acute asthma. *Ann Emerg Med* 1982; 11: 77-83.
15. Vilardell Ramoneda LI. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 452-453.
16. Domingo Ribas Ch, Comet Monte R, Bosque García M, Morón Besoli A, Montón Soler C. Eficacia del metotrexate en el tratamiento de pacientes asmáticos corticodependientes. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 142-146.
17. Comet R, Domínguez Ch, Larrosa M, Morón A, Marín A. The role of methotrexate in the management of steroid-dependent asthma: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Chest* 1999; 116(4): 300S.
18. Ortún Rubio V. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-388.
19. Rodenstein DO. La trampa de la gestión en medicina. Introducción a una discusión necesaria. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 544-549.