

## ORIGINALES

# Variabilidad de la práctica médica ante una sinusitis en función del consumo de recursos

S. Molinos Castro, R. González Martínez, J.E. Cimas, A. Cabal y E. Carril

Centro de Salud de Cabañaquinta. Aller (Asturias).

**Objetivo.** Conocer qué factores ligados al profesional influyen en la variabilidad de la práctica clínica.

**Diseño.** Descriptivo transversal, mediante entrevista clínica con caso ficticio (sinusitis).

**Emplazamiento.** Centros de salud de Asturias.

**Participantes.** Ciento treinta y dos médicos seleccionados mediante muestreo por conglomerados.

**Mediciones y resultados principales.** Se recogieron variables socioprofesionales del médico (sexo, edad, años de ejercicio, formación posgrado, cursos, reciclajes y distancia al centro de referencia).

Tras presentar el caso, se anotaron las acciones que realizó el facultativo, y se calculó el gasto en pesetas de cada acción realizada. Se relacionó el gasto y el consumo de recursos con las variables personales de los médicos mediante análisis multivariante.

El gasto total medio fue de 76.592 pts. (mínimo, 8.958; máximo, 244.220), de las que 55.550 corresponden a incapacidad temporal (media de 10 días de baja) y 15.261 a las consultas realizadas. El coste medio del tratamiento fue de 3.762 pts.

Mediante regresión lineal múltiple, la única variable que mostró influencia significativa sobre el gasto fue la distancia al centro de referencia (a mayor distancia, menor gasto).

Al transformar la variable gasto total en dicotómica (por encima y por debajo de la media), las variables que influyeron significativamente para un menor gasto eran haber realizado cursos, mayor distancia al centro de referencia y ser mujer.

**Conclusiones.** Existe una amplísima variabilidad en la toma de decisiones ante un mismo problema clínico. Las únicas variables que explican (sólo parcialmente) una tendencia en el gasto son el sexo, la distancia al centro de referencia y la realización de cursos.

**Palabras clave:** Consumo recursos; Gasto; Variabilidad.

## VARIABILITY OF MEDICAL PRACTICE IN SINUSITIS AS A FUNCTION OF CONSUMPTION OF RESOURCES

**Objective.** To find what factors linked to the doctor affect the variability of clinical practice.

**Design.** Cross-sectional descriptive study through a clinical interview with a fictitious complaint (sinusitis).

**Setting.** Asturias health centres.

**Participants.** 132 doctors chosen through conglomerate sampling.

**Measurements and main results.** Social and professional variables of the doctor (sex, age, years in practice, postgraduate training, courses, recycling courses and distance to the referral centre) were gathered. After the case was presented, the doctor's actions were noted and the cost in pesetas of each action was noted. Cost and the consumption of resources were related to the personal variables of the doctors through multivariate analysis. Mean total expenditure was 76592 pesetas (minimum: 8958; maximum: 244220), of which 55550 were for short-term time off work (average of ten days off) and 15261 for the consultations made. Average cost of treatment was 3762 pesetas. Through multiple linear regression, the only variable that showed significant effect on expenditure was distance to the referral centre (the greater the distance, the less expenditure). On transforming the total expenditure variable into a dichotomous variable (above and below the mean), the variables with significant effect on less expenditure were courses done, greater distance from the referral centre and being a woman.

**Conclusions.** There is a very broad variability in decision-taking before the same clinical problem. The only variables that explain (and only partially) an expenditure trend are sex, distance to the referral centre and doing courses.

(Aten Primaria 2000; 26: 203-209)

Correspondencia: Juan Enrique Cimas.  
Avda. Rufo García Rendueles, 22, 6.º F. 33203 Gijón (Asturias).

Correo electrónico: jcimash@meditex.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 26-IV-2000.

## Introducción

La variabilidad de la práctica médica es un tema muy debatido en la actualidad, que interesa por sus múltiples consecuencias no sólo a los clínicos sino también a los gestores sanitarios y a los ciudadanos<sup>1,2</sup>. Las causas de esta variabilidad son muy diversas (características del paciente, del médico, centro asistencial...).

El concepto clásico de variaciones en la práctica médica se refiere a las variaciones sistemáticas (no aleatorias) en incidencia acumulada de un determinado procedimiento clínico a un determinado nivel de agregación de la población<sup>3</sup>.

El concepto de variabilidad en la práctica médica incluye el diferente uso de pruebas diagnósticas, tratamientos, indicaciones quirúrgicas, indicaciones de ingreso hospitalario, duración de la hospitalización u otros en pacientes en situaciones clínicas similares. El objetivo es buscar determinantes de variabilidad en función de características del paciente (caso de sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico...), del médico (especialidad, edad, sexo, formación, experiencia...), del centro asistencial (público o privado, rural o urbano, docente, tamaño...) o del sistema sanitario (financiación, organización, cobertura u otras)<sup>2-5</sup>.

Una de las causas siempre citada de esa variabilidad son los estilos de práctica profesional, definidos como el conjunto de peculiaridades en la forma de trabajar del médico. Los resultados de diversos estudios muestran que los médicos actúan de forma diferente ante situaciones similares, contrariamente a la extendida idea de que cada problema de salud tiene un tratamiento adecuado que es aplicado inequívocamente por los profesionales sanitarios. Existe una gran variabilidad en las prácticas clínicas, que es más explicable por las diferentes características de

los médicos (edad, sexo, formación, experiencia...) que por la idea convencional de que las actuaciones clínicas se basan en la aplicación de conocimientos científicos a situaciones definidas por las características de la enfermedad y del paciente<sup>6</sup>. Pese a su hipotética repercusión, no son muchos los estudios realizados para caracterizar dichos estilos y calibrar sus efectos.

Por el lado de la demanda se ha señalado la importancia de la morbilidad, estructura demográfica de las poblaciones, características sociales, económicas, educativas y otras que determinan la decisión de buscar tratamiento en presencia de sintomatologías similares<sup>3</sup>. Se sabe que la actitud de una persona influye y/o condiciona fuertemente las respuestas de un individuo a los estímulos que recibe, existiendo una relación actitud-conducta<sup>7</sup>.

Por el lado de la oferta, se ha señalado la importancia de los factores de estructura y organización, así como el tipo de sistema sanitario. Se ha observado, por ejemplo, la influencia de factores demográficos y ocupacionales en la incidencia de absentismo en los trabajadores de salud<sup>3,8</sup>.

En la mayoría de los casos, la variabilidad vendría condicionada por una interrelación entre distintos factores, y la influencia de unos u otros varía según cada caso. Así, por ejemplo, parece existir entre la población la creencia de mayor eficacia y rapidez de acción de la medicación intramuscular frente a la vía oral, y esto se da principalmente en un determinado tipo de pacientes, aunque por otro lado las pautas de actuación varían en función de las características personales del médico prescriptor<sup>9</sup>. También se han realizado diversos estudios para tratar de averiguar qué factores pueden influir en el gasto sanitario<sup>10</sup>. Diversos autores<sup>7,8</sup> han señalado la existencia de un gasto farmacéutico distinto en el medio rural, que podría estar relacionado con el mayor envejecimiento de la población, con el superior índice de médicos por habitante, y con una compensación de la sensación de desprotección que ocasiona el aislamiento. La distancia entre la localidad de trabajo y el centro de especialidades de referencia origina un incremento del gasto farmacéutico que puede explicarse igualmente por el aislamiento aludido, así como por una necesidad de solucionar un mayor porcentaje de

problemas, determinado por la menor accesibilidad a las interconsultas. También parecen influir otros factores, como el número de meses trabajados al año y la formación posgrado; sin embargo, existe controversia en cuanto a la influencia del sexo o del modelo de atención sanitaria.

El objetivo de este estudio es averiguar qué factores, relacionados con el profesional médico, pueden influir en la variabilidad de la práctica médica ante un caso de sinusitis, midiendo el gasto generado en pesetas y el consumo de recursos.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en centros de atención primaria de Asturias cuyo período de recogida de datos fue entre diciembre 1998 y febrero 1999. El universo poblacional fue la totalidad de los médicos de atención primaria que trabajasen en centros de salud de Asturias (71 centros, 532 médicos) en el momento del estudio, excluyendo los residentes de tercer año de medicina familiar y comunitaria y los pediatras.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple por conglomerados, siendo la unidad de muestreo el centro de salud. En cada uno de los centros de salud seleccionados se entrevistó a la totalidad de los médicos que cumpliesen criterios de inclusión y que trabajasen en el centro en ese momento.

Para el cálculo de la muestra se asumió que la media de los médicos por centro es de 8. Por tanto, como para una precisión del 5% sería necesario una muestra de 140 médicos, correspondería seleccionar 17 centros de salud. Para corregir las pérdidas por los no participantes se aumentó la muestra hasta 20 centros de salud (en total 152 médicos).

A todos los centros seleccionados se les envió una carta previa al inicio del estudio, en la cual se explicaba en qué consistía éste. Posteriormente, se contactó telefónicamente con el coordinador de cada centro para concertar la fecha y horario de la entrevista.

A cada uno de los médicos seleccionados se le presentó un caso clínico estandarizado de alta prevalencia en atención primaria (sinusitis bacteriana, anexo 1), simulando las condiciones reales de consulta (el entrevistador interactuaba con el médico, simulando las demandas de un paciente). Se pedía a cada médico que realizase las actuaciones que creyese convenientes, estableciéndose una relación entre el entrevistador y el médico de tipo médico-paciente. Tras cada una de las acciones del médico, se le entregaban los resultados de su actuación y se le pedía que nuevamente obrase en consecuencia. La entrevista finalizaba con la resolución del proceso, considerándose éste resuelto cuando se

prescribía un antibiótico, cualquiera que fuese, considerándose que desde ese momento el paciente no acudiría de nuevo a consulta. Se decidió también dar por finalizado el proceso en caso de que se sobrepasasen las 5 consultas sucesivas sin que el profesional administrase antibiótico.

La sistemática de la entrevista era: a) presentación del caso; b) si el médico solicitaba una exploración o pruebas complementarias, se le entregaban por escrito los resultados de las mismas, de manera que le pudieran orientar para acciones posteriores; c) se consideraban también las derivaciones y las consultas sucesivas (ya fuesen burocráticas o de revisión), así como las posibles bajas laborales, y d) también se tuvieron en cuenta los tratamientos prescritos tanto en primera consulta como en sucesivas.

En la hoja de recogida de datos, además de los datos anteriormente expuestos, se recogían las características sociodemográficas de cada médico, así como datos referidos a la formación posgrado, cursos de ORL en los últimos 3 años, períodos de reciclaje, lectura habitual de revistas de atención primaria y/o de medicina interna, distancia desde el lugar de trabajo al centro de pruebas y especialidades de referencia (distancia aproximada en minutos).

Las entrevistas fueron realizadas por dos de los autores (SMC y RGM), tras un entrenamiento previo con médicos de nuestro centro.

Dada la dificultad para realizar una estimación de los precios en el sistema público de salud (por la imposibilidad para cuantificar el gasto real de una prueba tanto en recursos materiales como humanos), nos vimos obligados a utilizar la lista de precios de referencia de una entidad privada concertada con la Seguridad Social. Asumimos, por conveniencia, que esos costes serían extrapolables a todos los centros estudiados.

El coste del tratamiento farmacológico se obtuvo de los precios publicados en el *Vademécum Internacional Medicom* 1998. La incapacidad laboral se valoró en función de la base diaria que corresponde a los mineros de HUNOSA (Hulleras del Norte, SA), según información facilitada por el coordinador de salud laboral de nuestra área.

Se consideraron como recursos consumidos cada consulta realizada, pruebas solicitadas, tratamientos prescritos, incapacidad laboral (en días) e interconsultas realizadas a atención especializada.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia en el análisis univariante. Para el análisis bivariante se usaron el test de la t de Student, ANOVA y el test de ji-cuadrado, según fuese el tipo de variable estudiada (cuantitativa o cualitativa).

Posteriormente, se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple, considerando como variable dependiente el gasto, y tras transformar es-

te último en dicotómico (gasto por debajo/por encima de la media), se planteó un modelo de regresión logística.

Para los cálculos estadísticos, se utilizó el programa SPSS WIN 7.5.

## Resultados

De los 152 médicos seleccionados, se entrevistó a 132, pertenecientes a 20 centros de salud. Los no participantes fueron 20, de los cuales 7 no quisieron colaborar, 11 no pudieron por problemas horarios y 2 estaban ausentes en el momento de la entrevista. Las características socioprofesionales de los médicos entrevistados pueden verse en la **tabla 1**.

El gasto medio por médico para resolver el caso fue de 76.592 pts. (mínimo, 8.958; máximo, 244.220), de las cuales 55.550 corresponden a incapacidad transitoria (IT) (media de 10 días de baja laboral) y 15.261 a las consultas sucesivas (media, 2,74 consultas por proceso). El coste medio del tratamiento farmacológico fue de 3.762 pts. El importe medio de cada actuación del facultativo se expone en la **tabla 2**.

El consumo de recursos queda reflejado en la **figura 1**. Se consumieron un total de 2.205 recursos, con una media de 16,7 recursos por profesional (desviación estándar [DE], 6,8). Un 36% de los médicos consumió el 51,3% de los recursos, siendo los más consumidos la prescripción de antibióticos (97,7%), consultas sucesivas (97,7%), IT (96,2%) y analgésicos (91,6%). En 3 casos no se prescribió antibiótico, por lo que el caso se dio por finalizado tras la quinta consulta sucesiva.

Al analizar el gasto total y relacionarlo con las variables personales de los profesionales mediante regresión lineal múltiple (**tabla 3**), sólo mostró influencia significativa la distancia al centro de referencia, considerada en minutos (a mayor distancia, menor gasto). Debemos señalar que el modelo de regresión lineal utilizado sólo explicaba un 4,6% de la variabilidad total.

Tras estudiar diferentes modelos de regresión lineal, la distancia al centro de referencia permanecía significativamente relacionada con un menor gasto en fármacos ( $p = 0,03$ ), en IT ( $p = 0,02$ ) y en consultas sucesivas ( $p = 0,009$ ). Igualmente, en el análisis bivariante se encontró asociación estadística entre una mayor distancia y mayor prescripción de

**TABLA 1. Características socioprofesionales de los médicos entrevistados**

Edad media	43,4 (DE, 6,2)
Sexo	
Varones	84 (63,6%)
Mujeres	48 (36,4%)
Años trabajados (media)	16,5 (DE, 6,8)
Formación MIR	
Sí	57 (43,2%)
No	75 (56,9%)
Plaza en propiedad	
Sí	98 (74,2%)
No	34 (25,7%)
Distancia media (en minutos) al centro de referencia	12,7 (DE, 13,9)
Cursos en los últimos 3 años	
Sí	123 (93,2%)
No	9 (6,8%)
Lectura de revistas científicas	
Ocasional	26 (19,7%)
Habitual	106 (80,3%)
Reciclajes en los últimos 3 años	
Sí	51 (38,6%)
No	81 (61,4%)

DE: desviación estándar.

**TABLA 2. Importe (en pesetas) de los recursos consumidos por facultativos**

	Media	Mínimo	Máximo
Analítica	375	0	9.900
Radiología	1.403	0	7.800
Otras pruebas	123	0	5.600
Consultas sucesivas	15.261	6.436	32.180
Derivaciones	303	0	10.000
Tratamiento	3.762	263	10.699
Incapacidad temporal	55.558	0	189.343
Gasto total	76.592	8.958	244.220

**TABLA 3. Regresión lineal múltiple con el gasto total como variable dependiente**

	B	Beta	Significación
Constante	146.286		
Edad	-868,18	-0,148	0,39
Sexo	-11.550,29	-0,151	0,12
Cupo	-9,17	-0,105	0,30
Distancia al centro referencia (minutos)	-653,73	-0,247	0,01
Cursos en los últimos 3 años	-22.694,45	-0,156	0,07
Reciclaje en los últimos 3 años	-5802,9	-0,077	0,37
Lectura de revistas	15.779,6	0,177	0,05
Formación MIR	2.726,15	0,056	0,53
Años trabajados	561,6	0,194	0,55

**TABLA 4. Regresión logística con el gasto total como variable dependiente**

	Odds ratio	IC del 95%	p
Edad	0,91	0,84-1,01	0,19
Sexo	0,37	0,16-0,99	0,03
Formación MIR	0,47	0,19-1,16	0,11
Plaza en propiedad	1,40	0,51-3,43	0,50
Años trabajados	1,05	0,52-4,41	0,44
Cupo	0,99	0,99-1,00	0,11
Distancia al centro referencia	0,93	0,15-0,95	0,001
Cursos en los últimos 3 años	0,06	0,05-0,34	0,03
Reciclaje en los últimos 3 años	0,76	0,37-1,77	0,51
Lectura de revistas	1,38	0,41-2,90	0,53

IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; p: significación estadística.

antibióticos en la primera visita (p = 0,04). Posteriormente, transformamos la variable dependiente gasto total en una variable dicotómica (gasto por encima de la media/gasto por debajo de la media). A partir de esta trans-

formación, pudimos construir un modelo de regresión logística (tabla 4), tomando igualmente como independientes las variables personales de los médicos. Este modelo explicaba el 69,7% de la variabilidad. Las variables que mostraban influencia signifi-

ficativa para un menor gasto fueron haber realizado cursos de formación continuada, mayor distancia al centro de referencia y ser mujer.

Las diferencias entre los grupos de médicos de mayor y menor gasto pueden verse en la tabla 5.

Analizadas las diferencias en el gasto y el consumo de recursos entre los distintos centros de salud mediante análisis de la variancia (ANOVA), no se hallaron diferencias significativas para el gasto (F = 0,807; p = 0,69), ni para el consumo de recursos (F = 0,849; p = 0,64).

### Discusión

La variabilidad en la práctica médica es un tema muy debatido y que permanece en la actualidad sin una explicación clara acerca de sus causas.

En nuestro trabajo hemos analizado la variabilidad de un grupo de profesionales de atención primaria a la ho-

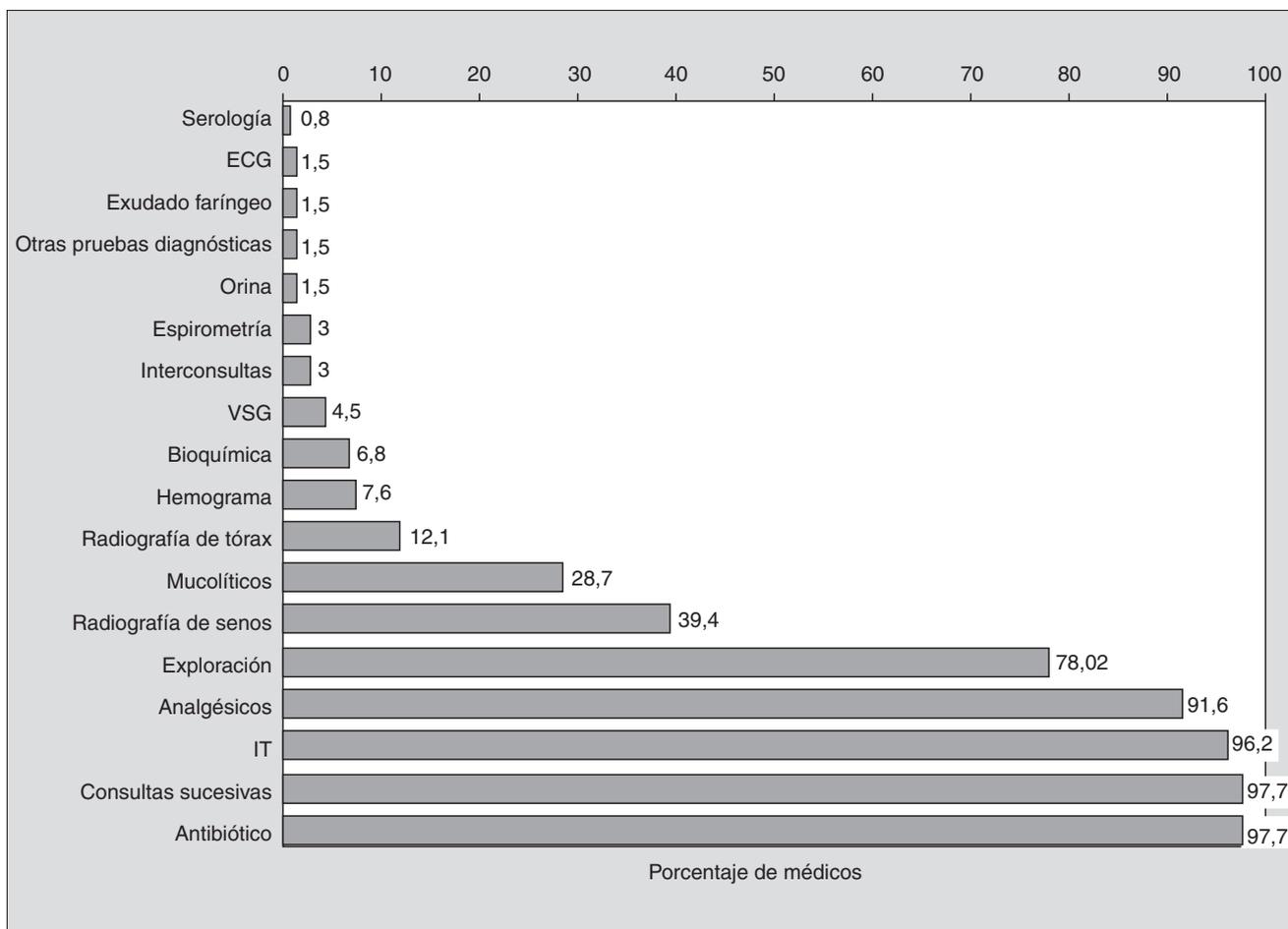


Figura 1. Consumo de recursos, en porcentaje de médicos que utilizan cada uno de ellos. IT: incapacidad temporal.

**TABLA 5. Diferencias entre los grupos de médicos con gasto mayor y menor que la media**

	Bajo gasto (n = 69)	Alto gasto (n = 63)	p
Edad	43,53 (DE, 7,2)	43,39 (DE, 5,2)	0,90
Sexo			
Varón	38 (55,1%)	46 (73%)	0,05
Mujer	31 (44,9%)	17 (27%)	0,05
Formación MIR			
Sí	34 (49,3%)	23 (36,5%)	0,19
No	35 (50,7%)	40 (63,5%)	0,19
Plaza en propiedad			
Sí	49 (71%)	49 (77,8%)	0,49
No	20 (29%)	14 (22,2%)	0,49
Años trabajados (media)	16,18 (DE, 8)	16,95 (DE, 5,3)	0,52
Cupo (media)	1.597,3 (DE, 448,5)	1.616 (DE, 337,9)	0,79
Distancia media (en minutos) al centro referencia	15,65 (DE, 16,7)	9,66 (DE, 9,15)	0,01
Cursos en los últimos 3 años			
Sí	68 (98,6%)	55 (87,3%)	0,03
No	1 (1,4%)	8 (12,7%)	0,03
Lecturas de revistas científicas			
Ocasional	12 (17,4%)	14 (12,2%)	0,55
Habitual	57 (82,6%)	49 (87,8%)	0,55
Reciclaje en los últimos 3 años			
Sí	27 (39,1%)	24 (38,1%)	0,95
No	42 (60,9%)	39 (61,9%)	0,95

ra de resolver un caso clínico estandarizado. Nos hemos centrado para ello en el análisis del gasto y del consumo de recursos, relacionándolo con las características personales y profesionales de los médicos entrevistados. Sólo ser mujer, trabajar a mayor distancia del centro de referencia y haber realizado cursos de formación continuada mostraron influencia en la reducción del gasto total.

Deben tenerse en cuenta algunas limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, el hecho de no tratarse de un paciente real, sino simulado por el entrevistador, puede dar lugar a una actuación distinta por parte del médico de la que tendría lugar en condiciones reales. Sin embargo, este método tiene la ventaja de permitir presentar el mismo caso, en idénticas condiciones, a los distintos profesionales entrevistados, por lo que la variabilidad observada no puede atribuirse al paciente. En segundo lugar, el hecho de que el médico entrevistado conozca que se trata de una simulación puede hacer variar de un modo u otro su actuación. Utilizar precios estandarizados permite efectuar un análisis comparativo, pero enmascara que el coste real

de los recursos consumidos puede ser muy diferente en los distintos centros estudiados.

También cabe señalar que usar gasto como variable independiente tiene el inconveniente de que una misma cantidad puede corresponderse con diferente número de recursos consumidos. A su vez, si se toma para el análisis el consumo de recursos, ignoramos que 2 recursos pueden tener un coste muy diferente. Por todo ello, decidimos realizar el análisis estudiando ambas variables: gasto y consumo de recursos.

Es importante señalar que nuestro trabajo no pretendía evaluar calidad de la atención, por lo que el caso era muy abierto (sin estándares de proceso) y se estableció arbitrariamente la finalización del mismo al prescribir antibiótico o sobrepasar un número de consultas.

La posible «contaminación» entre profesionales por comentar el caso entre ellos se minimizó realizando la entrevista a todos los médicos de cada centro en el mismo día, teniendo este sistema el inconveniente de que algunos médicos no pudieron ser entrevistados por no encontrarse en esos momentos disponibles.

Nuestros resultados muestran que la mayor parte del gasto es atribuible a la incapacidad temporal (dos tercios del gasto total), lo que concuerda con lo descrito por Peterson et al<sup>11</sup> en un estudio realizado entre médicos de atención primaria de Suecia. Es interesante señalar que, siendo uno de los recursos con más impacto económico, ha sido poco estudiado, dado que la mayor parte de los estudios de variabilidad son llevados a cabo en atención especializada donde es infrecuente la prescripción de incapacidad temporal. Se ha descrito también un importante consumo de recursos derivado de la situación de baja laboral<sup>10</sup>.

Por contraste con la incapacidad temporal, lo que menos gasto genera en nuestro trabajo es el tratamiento farmacológico, del cual sí existen numerosos estudios en atención primaria<sup>7,8</sup>. Un dato poco estudiado, y que sí hemos reflejado, es el gasto que suponen las sucesivas consultas para un mismo proceso, el cual es más elevado que el gasto que supone el tratamiento farmacológico. Sólo hemos encontrado un estudio que haga referencia a este tema<sup>11</sup>.

Desde el punto de vista de la utilización de recursos, llama la atención que un 51,3% fue consumido por el 36% de los médicos. Recursos tales como el tratamiento antibiótico, la incapacidad temporal, la prescripción de analgésicos, la exploración y las consultas sucesivas han sido utilizados por más del 50% de los médicos. El resto de los recursos ha sido consumido por menos del 50%, lo que traduce una mayor variabilidad en la práctica de estos últimos. Una situación similar ha sido observada en los estudios realizados por Peterson et al<sup>11</sup>.

Destaca que un 22% de los médicos no realizó exploración física, aunque creemos que en parte puede ser debido al hecho de ser una situación simulada.

Sólo hemos encontrado 3 factores, entre todos los analizados, que expliquen parcialmente la variabilidad observada: sexo, distancia al centro de referencia y realización de cursos de formación continuada. Así, ser mujer, trabajar a mayor distancia del centro de referencia y haber realizado cursos implica un menor gasto en la resolución de este proceso. No obstante, es evidente que otras variables, no contempladas en nuestro estudio, tienen un gran peso en la variabilidad.

La influencia del sexo del profesional es controvertida. En nuestro estudio, hemos encontrado una influencia del sexo sobre la variabilidad, incluso al ajustar por otras variables, coincidiendo en ello con otros trabajos<sup>7,12,13</sup>. Sin embargo, otros autores no encuentran relación<sup>8,14</sup>.

En cuanto a la formación continuada, a pesar de que encontramos una relación con la variabilidad, ningún otro estudio aporta datos al respecto. Podríamos especular que la dificultad en definir y cuantificar las actividades de formación continuada complica su utilización en este tipo de estudio. En nuestro caso, hemos considerado solamente el haber realizado algún curso de formación continuada en los últimos 3 años y la lectura de revistas científicas. Esta última no mostró ninguna influencia sobre la variabilidad.

El factor de los analizados que más constantemente se muestra como relacionado con la variabilidad en nuestro trabajo es la distancia en minutos al centro de referencia, en sentido de que una mayor distancia implica una menor utilización de recur-

sos y un menor gasto total (lo que se logra con un menor gasto en tratamiento, incapacidad temporal y consultas sucesivas). El menor gasto en tratamiento, incapacidad temporal y consultas sucesivas puede deberse a que el alejamiento hace actuar a estos profesionales de forma más agresiva desde el inicio; y así vemos en nuestro estudio que la mayor parte de ellos pautan tratamiento antibiótico en la primera consulta. Esta actuación puede estar determinada por la necesidad de solucionar un mayor porcentaje de problemas, dada la menor accesibilidad a pruebas diagnósticas e interconsultas. Otros autores aluden también a esta situación<sup>7,8,15</sup>, si bien algunos de ellos encuentran un mayor gasto farmacéutico entre los médicos más alejados del centro de referencia.

Algunos trabajos hablan de la situación laboral de los profesionales médicos, la formación MIR, el tiempo trabajado y la edad como factores condicionantes de variabilidad<sup>16,17</sup>, aunque la mayoría de estos estudios los analizan de forma aislada, sin tener en cuenta la posible influencia de otros factores. En nuestro caso, al utilizar un análisis multivariante, no se encontró ninguna relación entre la variación en el gasto y en el consumo de recursos con la situación laboral de los médicos.

Los estudios de variabilidad no han permitido hasta el momento determinar con certeza cuáles son los factores responsables de la misma, o hasta qué punto puede deberse a fenómenos aleatorios<sup>11,18-20</sup>.

No puede afirmarse que la variabilidad lleve aparejado un uso inapropiado de los recursos, por exceso o por defecto, o que traduzca un problema de calidad en las actuaciones médicas. La importancia de la variabilidad estriba en que puede ser reflejo de otros problemas (incertidumbre, ignorancia, problemas organizativos, gastos innecesarios o infrutilización), cuyo abordaje redundaría en una mejoría de la calidad de la atención, aunque no necesariamente siempre en una disminución de los gastos<sup>21</sup>.

Nuestro trabajo ha identificado algunos factores relacionados con la variabilidad en la práctica clínica (sexo, distancia al centro de referencia, formación continuada), pero una gran parte de esta variabilidad no ha podido ser explicada por estos factores. Así pues, esta situación abre nuevos

interrogantes acerca de qué variables no incluidas en este estudio pueden tener una influencia relevante sobre la práctica médica.

## Bibliografía

1. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos en la práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 14-22.
2. Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit* 1998; 11: 55-58.
3. Howie JGR, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AMD. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 181-185.
4. Huygen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, Van Son JAJ, Meyboom WA, Van Eyk JThM. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 141-144.
5. Ballesteros AM, Saturno P, Ortega P, Mínguez R, Molina F, Martínez MT et al. Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 168-175.
6. Cabedo VR, Serra A, Vaquer A, Cantos R, Minuesa E, Arce T et al. La prescripción de inyectables por vía intramuscular: estudio comparativo. *Aten Primaria* 1992; 9: 13-18.
7. Cabedo VR, Poveda JL, Peiró S, Nacher A, Gotteris MA. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 407-416.
8. Espigares M, Montes G, Altimiras J, Iglesias JM, Brioso F. Factores predictivos de la prescripción farmacéutica: perfil del médico hiperprescriptor. *Gac Sanit* 1994; 8: 25-29.
9. Marquet R, Bueno JM. Calidad y variabilidad. ¿Consensos europeos en atención primaria? *Aten Primaria* 1993; 11: 62.
10. López-Picazo JJ, Ortín E, Navarro A, Moreno P, Pereñíguez JE. Estudio de la incapacidad laboral transitoria por enfermedad común en trabajadores de una gerencia de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 85-88.
11. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 68-75.
12. Fiol M, Guillaumet J, Llobera J, López R, Pareja A, Pérez JA et al. La prescripción farmacéutica: comparación entre el nuevo y el viejo modelo de atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1990; 7: 32-38.

13. López MA, Martínez de la Concha D, Bueno A, Rodríguez-Contreras R. Prescripción farmacéutica en atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1988; 2: 190-193.
14. Catalán A, Madrideojos R, Font M, Pané O, Jimenez J, Huguet M. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit* 1989; 3: 497-501.
15. Sans A, Gispert M. Exploración de los factores determinantes del gasto en un sector sanitario. *Gac Sanit* 1991; 5: 68-71.
16. Mira JJ, Gil V, Orozco D, Llinás G, Estévez C, García-Ungo S. ¿Es posible diferenciar estilos en la práctica del médico de atención primaria? *Aten Primaria* 1997; 7: 5-12.
17. Cabedo VR, Poveda JL, Tejedó MJ. Perfil de los médicos de atención primaria en un área de salud: un análisis de clusters. *Aten Primaria* 1996; 18: 221-224.
18. Groeneewegen PP, Hutten JBF. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1991; 32: 1111-1119.
19. Roland M, Grimshaw J, Grol R, Shanks D, Johnson A, Russell I et al. Do general practitioners attitudes and characteristics of their practices explain patterns of specialist referral? *Eur J Gen Pract* 1997; 3: 143-151.
20. García Olmos L, Abraira V, Gérvas J, Otero A, Pérez Fernández M. Variability in GPs' referral rates in Spain. *Fam Pract* 1995; 12: 159-162.
21. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 382-390.

### Anexo I. Paciente de 38 años. Varón

---

**Antecedentes personales:**

---

Minero de interior

---

Fumador de 10 cigarrillos al día y bebedor de fines de semana. No hay alergias medicamentosas

---

Apendicectomía hace 5 años

---

No sigue tratamientos crónicos. Resto sin interés

---

Enfermedad actual: paciente que desde hace 2 días refiere cuadro de malestar general, tos, rinorrea blanco-amarillenta y febrícula (37,3 °C)

---

Refiere intensa cefalea que empeora sobre todo al realizar su trabajo, por lo que solicita la baja laboral

---