

ORIGINALES

Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales

I. Larizgoitia Jáuregui^a, J.R. Rodríguez Bermúdez^a, A. Granados Navarrete^b
y otros miembros del Comité Científico*

PricewaterhouseCoopers en colaboración con Agència d'Evaluació de Tecnologia Mèdica.

Objetivo. El conocimiento de los procesos que intervienen en la toma de decisiones clínicas es interesante, sobre todo porque la información científica no es el único determinante. En este artículo presentamos los resultados de un estudio, que creemos es el primero en esta materia realizado en España, y que intenta avanzar en el conocimiento de estos procesos entre profesionales de atención primaria.

Diseño y emplazamiento. Se trata de una encuesta realizada sobre una muestra representativa de médicos de atención primaria de España.

Participantes. El estudio recoge las opiniones de 800 médicos sobre aspectos relacionados con la toma de decisiones clínicas. Estos profesionales fueron seleccionados de manera aleatoria según un plan estratificado por servicio de salud y conglomerados.

Resultados. Destaca la percepción de que algunos factores organizativos (demanda diaria, costes) influyen de manera importante en la capacidad de decisión del médico. La figura del experto, junto a la información científica y los libros de texto, aparecen como las principales fuentes de información. Es significativo el interés que manifiestan los profesionales por ampliar sus conocimientos y el acceso a la información científica.

Conclusiones. Este estudio señala el interés por facilitar información basada en la evidencia en un formato ágil y adaptado al entorno de atención primaria. Además, la importancia del experto sugiere la idea de desarrollar iniciativas que, de la mano de profesionales de prestigio, difundan opiniones basadas en la evidencia. Sería interesante estudiar el impacto de algunos aspectos organizativos en el proceso de decisión.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Toma de decisión. Medicina basada en la evidencia. Pautas en la práctica de los médicos. España.

DETERMINANTS OF CLINICAL DECISION MAKING IN PRIMARY CARE: A SURVEY OF PRIMARY CARE PHYSICIANS

Objective. The effective dissemination of scientific information and its adoption by clinicians is the desired outcome of research and the path towards evidence based clinical practice. However, the link between both ends, is not direct and not always attained. Many other determinants play decisive roles in clinical decision making. Their nature, relationship and relative importance are not well understood.

Design. We conducted a survey among primary care physicians to ascertain their perception on factors related to clinical decision making. The questionnaire was specifically developed and was administered in face to face interviews by trained interviewers.

Participants. A multistage clustered sample of 800 physicians representative of all Spanish primary care physicians, was drawn out of Health Service Payroll lists. Frequencies and multivariate logistic regressions were performed using SUDAAN 7.0.

Results. Spanish physicians seem to pay special importance to organizational aspects, such as daily demand, administrative regulations or prescription costs. Expert opinion and textbooks appear as the principal source of information, systematic literature reviews are unknown for most physicians. Finally, the majority of them perceive the need for more education.

Conclusions. Primary care physicians perceive organizational limitations to their decision making process and are willing to improve their medical knowledge. Additionally, they may benefit from strategies towards the spread of evidence based medicine built on these results, such as using experts to effectively convey evidence based information, increasing opportunities for more education, or developing evidence based sources following textbooks advantages.

Key words: Primary health care. Decision making. Evidence Based Medicine. Physician practice patterns. Spain.

(Aten Primaria 1998; 22: 505-513)

^aPricewaterhouseCoopers

^bAgència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

Correspondencia: Itziar Larizgoitia.
PricewaterhouseCoopers. Escuelas Pías, 102. 08017 Barcelona.
Correo electrónico: ilarizgoitia@colybrand.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 8-VII-1998.

Introducción

Con el interés que está adquiriendo el movimiento de la «medicina basada en la evidencia»¹, se está renovando también el interés por asegurar la base científica de la práctica médica. Es decir, el principio de que las decisiones clínicas sean lo más ajustadas posible a la evidencia científica.

No obstante, la relación entre la disseminación de la información científica y su adopción por los clínicos no es del todo evidente²⁻⁴, como se deduce de la gran variabilidad que se da en la práctica clínica⁵⁻⁷. Las decisiones clínicas, por el contrario, no son el resultado de un proceso uniforme, sino, como se observa, constituyen el resultado de una serie de fenómenos complejos en los que intervienen múltiples factores interrelacionados entre sí. Factores que están asociados al paciente y al motivo de su consulta, pero también a aspectos del entorno profesional del médico o a sus características psicológicas y personales^{8,9}. En la figura 1 se representan los factores que comúnmente se asocian con la decisión clínica. Sólo algunos de ellos se relacionan con la información científica.

El estudio de la naturaleza, comportamiento e influencia de estos factores, o determinantes de la decisión clínica, es muy interesante porque, deseablemente, permite identificar algunos de ellos que actúan como barreras a la disseminación y adopción de la evidencia científica y, a partir de este dato, facilitará la formulación de iniciativas pa-

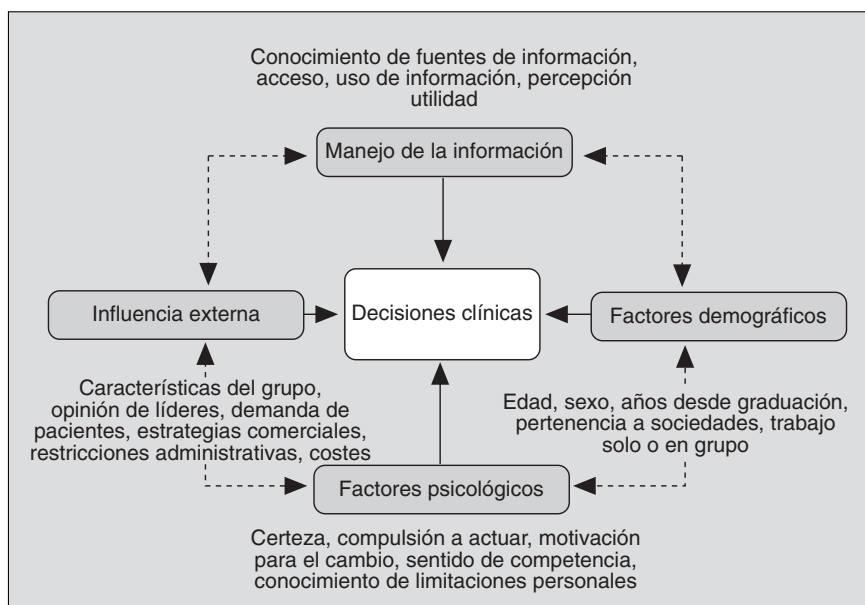


Figura 1. Clasificación de factores determinantes de la toma de decisiones clínicas.

ra superarlas. Partiendo de un genuino interés por aumentar nuestro conocimiento en esta materia, y específicamente en el sector de atención primaria, hemos planteado el estudio que describimos a continuación, el primero de estas características realizado en España.

Material y método

Este trabajo ha sido una iniciativa de PricewaterhouseCoopers en colaboración con la Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (AATM) de Cataluña. Ha estado asesorado por un Comité Científico en el que están representados además de la propia AATM, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina General (SEMG), la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Andalucía, la Agencia de Evaluación de Tecnologías del Instituto de Salud Carlos III y el Servicio de Evaluación de Tecnologías del País Vasco (OSTEBA). Todos los servicios de salud autonómicos, así como el INSALUD, colaboraron de manera activa en su ejecución. Este artículo es una adaptación de un texto más amplio publicado como informe de distribución restringida por PricewaterhouseCoopers y la AATM.

Modelo conceptual

Con la intención de clarificar el estudio de los determinantes de la toma de decisiones clínicas, hemos identificado los factores más comúnmente señalados en la literatura especializada y los hemos clasificado, tal como se recoge en la figura 1, en 4 grupos: a) características personales del médico, demográficas o de formación; b) características psicológicas del médico; c) su entorno profesional, y d) aspectos relacionados con el manejo de la información científica. En este estudio, hemos decidido estudiar aquellos factores externos al profesional, y cuya posible intervención pudiera resultar relativamente factible, es decir, según este esquema, factores relacionados con el manejo de la información con el entorno profesional del médico.

Para su análisis hemos utilizado como guía el esquema de medida de servicios sanitarios propuesto por Donabedian, por el que plantea el estudio de dimensiones estructurales, de proceso y de resultados¹⁰. Es decir, hemos intentado identificar y medir la influencia de factores que respondieran a aspectos estructurales (o preexistentes) al manejo de la información y del entorno profesional del médico, aspectos de proceso o utilización, y de resultado o impacto en la práctica del médico. De este modo, hemos intentado valorar aspectos relacionados con el acceso a los

medios de información (como dimensión estructural), con la utilización de dichos medios (como dimensión de proceso) y con aspectos relacionados con el aprendizaje de la información (como dimensión de resultados). De la misma manera, hemos intentado medir la presencia de normas o condicionantes organizativos (como aspectos estructurales del entorno profesional del médico), la utilización de dichas normas o la influencia de otros agentes externos en el proceso de decisión (como dimensión de proceso) y finalmente aspectos relacionados con la percepción del médico sobre el resultado de esta influencia (como dimensión de resultados). Adicionalmente, se decidió como uno de los objetivos del estudio recoger las percepciones de los médicos de atención primaria sobre estos mismos aspectos.

Participantes y diseño de la encuesta

El estudio se realizó sobre una muestra representativa del conjunto de médicos de atención primaria de España. El universo muestral lo constituyeron los médicos que trabajan en plazas de medicina general en todos los servicios de salud autonómicos e INSALUD. La muestra se estratificó por servicio de salud y siguió un plan por etapas y conglomerados. Se fijó el total de la muestra en 800 médicos, intentando llegar a un equilibrio entre el nivel de precisión deseable y los límites presupuestarios del estudio. A partir de este dato, se definió la participación correspondiente a cada servicio de salud en función de su representación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (tabla 1).

El plan por etapas se realizó de manera independiente en cada servicio de salud. En una primera fase, se seleccionaron unidades administrativas de atención primaria (gerencias, distritos, comarcas o divisiones de atención primaria), a continuación centros de salud y finalmente médicos. Cada una de las etapas se seleccionó de manera sistemática equilibrando cada segmento muestral con su universo en función del número de médicos (en primer y segundo momento: medias y medias de los cuadrados). Se calcularon finalmente coeficientes de ponderación para elevar los resultados correspondientes al universo o total de médicos españoles.

Encuestadoras profesionales entrevistaron a los médicos seleccionados. Los médicos que rechazaron participar (cerca de un

TABLA 1. Participación de cada servicio de salud en la muestra

Servicio de salud	Número de entrevistas	Porcentaje
INSALUD	285	35,6
Institut Català de la Salut	130	16,2
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud	50	6,2
Servicio Andaluz de Salud	155	19,4
Servicio Canario de Salud	24	3
Servicio Galego de Saúde	65	8,1
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	16	2
Servei Valencià de Salut	75	9,4

TABLA 2. Principales variables analizadas

<i>Variables respuesta</i>	
	Nivel de acceso a documentación científica
	Utilidad de fuentes de información científica
	Utilización de fuentes de información
	Disponibilidad de protocolos/guías de práctica
	Utilización de protocolos/guías de práctica
	Influencia de factores externos en toma de decisiones
	Utilización de factores en toma de decisiones
	Percepción de nivel de acceso
	Percepción de nivel de actualización
	Percepción de alternativas de mejora
<i>Variables de ajuste</i>	
	Edad del médico
	Sexo del médico
	Años desde fin de formación
	Tipo de formación (especialidad)
	Tipo de centro de trabajo (equipos/cupo)
	Pertenencia a sociedades científicas
	Lugar de trabajo (rural/urbano)
	Servicio de salud
	Número pacientes/día

20%) fueron sustituidos siguiendo criterios marcados por los investigadores y que mantenían la representabilidad de la muestra. La entrevista utilizó un cuestionario diseñado específicamente (el cuestionario se encuentra disponible a petición de los interesados) que intentaba recoger el conjunto de aspectos delimitados en el marco conceptual del estudio. Es decir, importancia de factores organizativos y del entorno del médico en la toma de decisiones clínicas, disponibilidad, uso y utilidad de los protocolos o guías de práctica clínica, principales recursos que utilizan los médicos para tomar decisiones, acceso a, y utilidad de, fuentes de información y percepciones generales sobre el nivel de conocimientos de los médicos y su acceso a la

información, y sobre mecanismos de mejora de la toma de decisiones. La tabla 2 presenta las principales variables del estudio. El análisis de los datos consistió en una serie inicial de frecuencias simples para las variables más relevantes del cuestionario. Posteriormente se combinaron variables entre sí, y se realizó un análisis multivariante (regresión logística) para valorar la relación entre las variables respuesta de interés y las características personales del médico recogidas en el estudio. Se utilizó el programa estadístico SUDAAN,7.0, que tiene en cuenta el efecto del diseño de muestras complejas (correlación intraconglomerados), así como un coeficiente de ponderación para elevar los resultados a la población de referencia.

Resultados

Los médicos participantes en este estudio forman una muestra que creemos es representativa del colectivo de médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. En la tabla 3 se muestran algunas de sus características personales.

Percepciones generales sobre determinantes de las decisiones clínicas

Aproximadamente un tercio de los médicos entrevistados (35,8%; IC del 95%, 32,5-39,1) considera que el proceso de decisión se ve condicionado con frecuencia por una serie de factores distintos al conocimiento y al juicio del propio médico. Si bien la mayoría, cerca de un 80%, reconoce que estas situaciones se dan al menos ocasionalmente. Entre los factores que, según estos médicos, influyen con mayor frecuencia en el proceso de decisión, destacan algunos relacionados con la organización o la estructura de servicios sanitarios. Entre éstos se encuentran la demanda diaria, el coste de los fármacos o pruebas solicitadas y las restricciones administrativas. Los estilos de práctica o las modas son otros de los factores señalados en menor medida. Otros factores, como los deseos o expectativas de los pacientes, la prevención ante posibles litigios o la información facilitada por la industria y la publicidad parecen ocupar un papel menor de acuerdo a la opinión mostrada en este estudio (tabla 4). La opinión mayoritaria de los médicos coincide en señalar que el efecto de este tipo de factores es más acusado en la prescripción de fármacos para enfermedades leves (41,8%; IC del 95%, 37,1-46,5) y en la solicitud de pruebas complementarias de bajo coste (41,6%; IC del 95%, 36,8-46,4).

Recursos para resolver situaciones de incertidumbre

Según los médicos entrevistados, la opinión de expertos junto a la infor-

TABLA 3. Características de los médicos participantes en el estudio

Variable	Porcentaje	IC 95%
<i>Grupos de edad</i>		
<40 años	37,1	(33,5; 40,1)
40-50	49,1	(45,7; 52,5)
>50	13,8	(11,4; 16,1)
<i>Sexo</i>		
Mujer	38,9	(35,1; 42,8)
Varón	61,0	(57,1; 64,9)
<i>Años transcurridos desde el fin de formación académica</i>		
≤15 años	50,3	(44,1; 56,5)
>15 años	49,7	(43,5; 55,9)
<i>Médicos que refieren ser especialistas</i>		
Sí	48,8	(44,5; 53,1)
No	51,2	(46,8; 55,4)
<i>Especialistas según su formación</i>		
MIR	55,4	(49,9; 60,9)
No MIR	44,6	(39,1; 50,1)
<i>Médicos con formación MIR sobre el total</i>		
MIR	27,1	(22,9; 31,3)
No MIR	72,1	(68,7; 77,1)
<i>Médicos afiliados a sociedades científicas</i>		
Sí	50,1	(46,2; 54,0)
No	49,8	(45,9; 53,7)
<i>Tipo de centro</i>		
EAP	83,8	(80,7; 86,9)
Cupo	16,2	(13,1; 19,3)
<i>Localidad</i>		
Rural	29,9	(22,9; 36,8)
Urbano	70,1	(63,2; 77,0)
<i>Número de pacientes atendidos al día</i>		
<30	1,7	(27,8; 35,6)
30-50	36,7	(33,1; 40,4)
>50	31,6	(27,9; 35,2)
Total 800, representando a 21.422		

TABLA 4. Principales factores que influyen en la toma de decisiones del médico de atención primaria (porcentaje de médicos que considera que su influencia es «moderada o mucha» o «mucha»)

Factores	Moderada o mucha influencia % (IC del 95%)	Mucha influencia % (IC del 95%)
Carga diaria de pacientes	57,1 (53,5; 60,6)	21,6 (18,1; 25,1)
Coste para el paciente del fármaco o prueba	57,9 (53,6; 62,2)	15,4 (12,8; 18,0)
Coste para la Administración	51,3 (47,7; 54,9)	11,5 (8,3; 13,8)
Restricciones administrativas o de recursos	48,5 (44,6; 52,4)	12,6 (9,9; 15,3)
Corrientes, estilos, de práctica clínica	46,6 (42,7; 50,5)	8,6 (6,5; 10,7)
Prevención a posibles litigios	36,7 (33,2; 40,2)	8,3 (5,9; 10,7)
Deseos o expectativas del paciente	36,1 (32,5; 39,7)	6,9 (5,2; 8,7)
Información facilitada por la industria	21,9 (18,6; 25,2)	2,7 (1,4; 4,0)
Publicidad de fármacos o técnicas	20,1 (16,9; 23,3)	2,6 (1,3; 3,8)
Total (total ajustado)	798 (21.367)	798 (21.367)

mación científica y la experiencia del médico se encuentran entre los principales factores que ayudan al profesional de atención primaria a resolver situaciones de incertidumbre o también a adoptar nuevas terapias. En un rango inferior se encuentra la consulta informal con otros colegas y el uso de protocolos, mientras que la información prestada por la industria y la opinión del paciente apenas ejercerían influencia (tabla 5).

Acceso a los medios de información científica

Según los médicos entrevistados, prácticamente todos ellos disponen de acceso a una biblioteca científica y hasta un 75% cuenta con una en su propio centro. El porcentaje de médicos que refiere disponer de la información que precisa de manera inmediata es de cerca del 44% (tabla 6).

El acceso a los medios de información científica parece ser desigual en función del entorno de trabajo del médico. Según los datos recogidos en este estudio, los profesionales que trabajan en equipos y en medio urbano experimentan mejor acceso que los facultativos que ocupan plazas de cupo o trabajan en el medio rural (fig. 2).

Utilidad y uso de fuentes de información

En opinión de los médicos participantes en el estudio, el libro de texto parece ser la fuente más útil por encima de las revistas especializadas y de los protocolos o guías de práctica clínica para transmitir información (tabla 7). Un 50-88% de los médicos refiere participar en algunas actividades científicas, como congresos, proyectos de investigación, elaboración de protocolos o sesiones clínicas, tal como se refleja en la tabla 8. Cerca del 40% (IC del 95%, 34,5-42,0) de los médicos manifiesta además leer revistas científicas extranjeras con regularidad, y un por-

TABLA 5. Importancia de algunos recursos para resolver situaciones de incertidumbre (porcentaje de médicos que consideran que la importancia del factor es «moderada o mucha», o «mucha»)

Recursos	Moderada o mucha importancia % (IC del 95%)	Mucha importancia % (IC del 95%)
Opinión de expertos	93,4 (91,7; 95,1)	48,3 (44,6; 51,9)
Lectura de información científica	85,0 (82,4; 87,6)	41,3 (37,5; 45,1)
Experiencia personal	87,3 (84,5; 90,2)	38,9 (35,3; 42,5)
Sesiones clínicas	85,0 (82,5; 87,5)	37,8 (34,2; 41,4)
Protocolos o guías de práctica	80,2 (77,2; 83,2)	33,9 (30,1; 37,7)
Consulta de manuales técnicos	76,2 (72,9; 79,5)	23,5 (20,3; 26,7)
Consultas informales entre colegas	62,5 (59,0; 65,9)	16,4 (13,6; 19,2)
Información prestada por la industria	16,3 (13,5; 19,1)	2,5 (1,3; 3,6)
Opinión del paciente	15,4 (12,6; 18,2)	1,9 (0,8; 2,9)
Total (total ajustado)	799 (21.402)	799 (21.402)

TABLA 6. Frecuencias sobre acceso a determinados aspectos de información científica (porcentaje de médicos que refiere contar con acceso)

Niveles de acceso	% (IC del 95%)	Total (total ajustado)
Médicos con acceso a una biblioteca científica	91,8 (89,9; 93,7)	791 (21.208)
Médicos que disponen de una biblioteca en su centro	74,9 (71,3; 78,5)	788 (21.062)
Médicos que pueden recabar información de manera inmediata	44,0 (40,1; 47,9)	780 (20.825)
Médicos con acceso a bases de datos electrónicas	39,8 (35,9; 43,6)	798 (21.364)
Médicos familiarizados con el uso de bases de datos electrónicas	31,1 (27,8; 34,4)	794 (21.266)
Médicos que disponen de un ordenador en la consulta	11,7 (9,07; 14,2)	795 (21.289)
Médicos que desean un ordenador en consulta	80,9 (77,3; 84,6)	657 (17.951)
Médicos que utilizan o utilizarían el ordenador en la consulta	78,6 (75,4; 81,6)	767 (20.478)

TABLA 7. Percepción de utilidad de algunas fuentes de información (porcentaje de médicos que considera dichas fuentes «muy útiles»)

Utilidad de fuentes de información	Muy útiles, % (IC del 95%)	Total (total ajustado)
Libros de texto	39,5 (35,9; 43,1)	798 (21.381)
Revistas científicas	24,9 (21,7; 28,3)	788 (21.089)
Programas/protocolos/guías de práctica	24,6 (21,3; 27,9)	797 (21.359)
Manuales técnicos	21,8 (18,9; 24,8)	793 (21.180)
Información electrónica	13,9 (11,4; 16,3)	774 (20.815)
Otros colegas	13,0 (10,3; 15,7)	798 (21.381)
Material educativo o de divulgación	11,9 (9,3; 14,5)	777 (20.844)
Fichas, resúmenes	9,2 (7,3; 11,2)	795 (21.318)
Informes del farmacéutico/farmacólogo AP	8,5 (6,5; 10,6)	795 (21.312)
Informes de agencias de evaluación tecnologías	6,8 (5,0; 8,7)	746 (20.273)
Información de laboratorios farmacéuticos	2,3 (1,1; 3,5)	514 (13.971)

centaje similar (40%; IC del 95%, 35,7-43,3) refiere estar familiarizado con el movimiento de la medicina basada en

la evidencia. La mitad de estos últimos opina que éste es un método que puede mejorar la práctica clínica.

Utilidad y uso de protocolos o guías de práctica

La percepción de los médicos sobre la utilidad de los protocolos o de las guías de práctica se ha analizado en este estudio desde diversos ángulos. En general, un 75-80% de los médicos entrevistados opina que estos instrumentos son importantes ante situaciones de incertidumbre, y cerca del 80% (IC del 95%, 77,6-83,7) considera que los protocolos o guías de práctica clínica son muy útiles en atención primaria.

La presencia de protocolos o de guías de práctica clínica parece estar muy extendida entre médicos que trabajan en equipos de atención primaria, de los que cerca de un 60% refiere utilizarlos con relativa frecuencia. No obstante, a pesar de la menor disponibilidad de estos instrumentos entre médicos que trabajan en plazas de cupo (38%), cerca del 70% de estos profesionales reconoce su utilidad y cerca de un tercio (34%) refiere utilizarlos con bastante frecuencia (fig. 3).

Alternativas para mejorar la toma de decisiones

En opinión de los profesionales entrevistados, el acceso a los medios de información científica es relativamente bajo. Según los datos recogidos en este estudio, únicamente un tercio de los médicos considera que el acceso es excelente o bueno (35,8%; IC del 95%, 31,6-39,5). De manera similar, menos de la mitad de los médicos entrevistados considera que el nivel de actualización de los médicos es excelente o bueno (43,6%; IC del 95%, 39,9-47,3). Entre las alternativas señaladas por los médicos para mejorar el nivel de actualización y la toma de decisiones, destaca claramente la formación continuada. En segundo lugar se indican otras actividades en las que se potencia el contacto con otros profesionales, bien en forma de sesiones clínicas o de

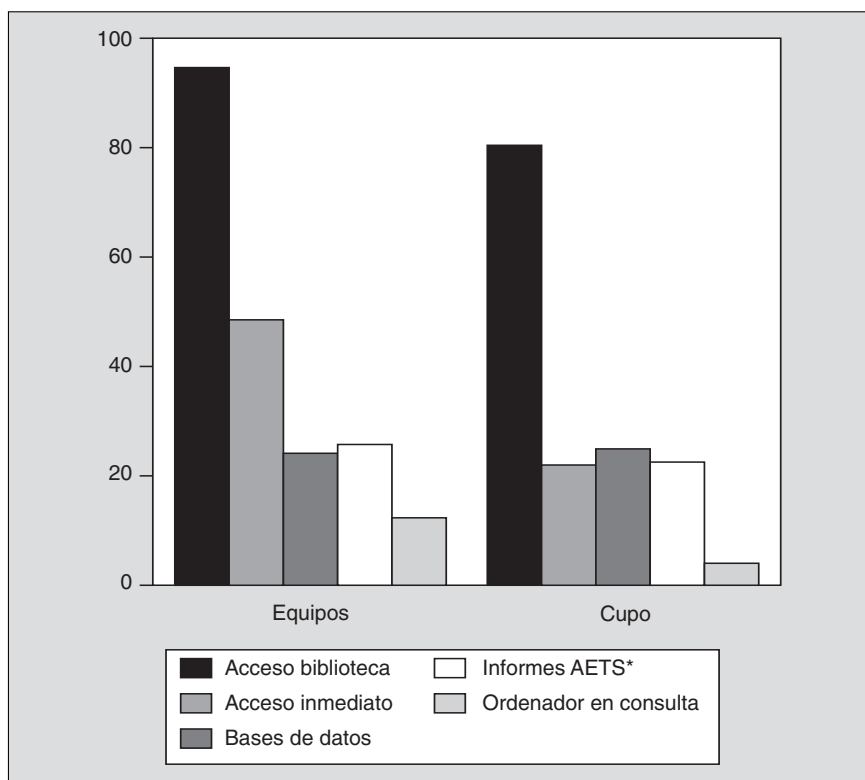


Figura 2. Frecuencias asociadas al acceso a determinados medios (porcentaje de médicos que refieren disponer de acceso según centro de trabajo). AETS: agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

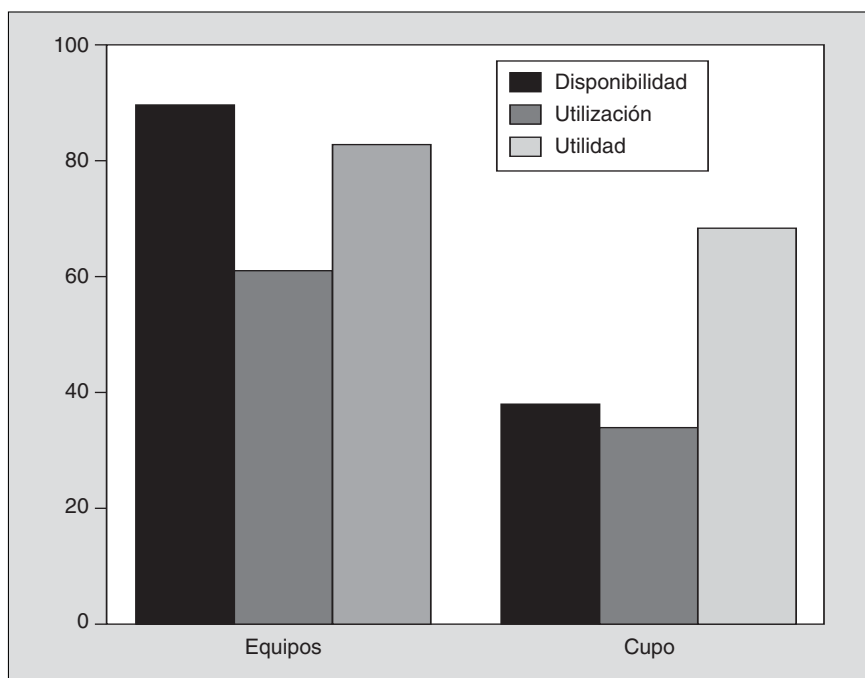


Figura 3. Frecuencias asociadas a la presencia, utilización y utilidad de protocolos/guía de práctica clínica (porcentaje de médicos según centro de trabajo).

reuniones científicas. El papel de las fuentes de documentación tradicionales o de los protocolos o guías de práctica clínica como instrumentos facilitadores de la toma de decisiones clínicas no resulta tan bien valorado (tabla 9).

Discusión

Los resultados que hemos presentado en este artículo ofrecen una perspectiva general sobre algunos de los aspectos que se relacionan con la toma de decisiones clínicas en atención primaria. Se pueden considerar como un punto de partida para comenzar a entender algunos de los elementos que intervienen en dicho proceso e intentar establecer intervenciones que contribuyan a mejorarlo. Hay que tener presente, por otra parte, que los datos analizados proceden de una encuesta de opinión en la que invariablemente se recogen aspectos subjetivos y que, como tales, están sujetos a una serie de sesgos: desde fallos en la memoria, a cambios de opinión debidos a un estado de ánimo determinado o a la necesidad de complacencia que normalmente se da ante un entrevistador; y también al deseo de los entrevistados de comunicar con veracidad¹¹⁻¹³, por lo que la interpretación de los resultados debe hacerse con cierta precaución. Adicionalmente, se han podido producir otro tipo de sesgos, bien debidos a problemas en la redacción, sensibilidad o interpretación de ciertos términos o preguntas, a problemas en el proceso de manipulación de los datos, en la selección de la muestra, etc. A pesar de la cautela que hay que mantener en general con este tipo de información, las encuestas aportan elementos de gran interés: la perspectiva del colectivo entrevistado, de enorme utilidad en este caso para comenzar a comprender aspectos del proceso de decisión en atención primaria. Por otra parte, y también a pesar de la cautela recomendable ante posi-

TABLA 8. Frecuencias relacionadas con la participación en determinadas actividades científicas (porcentaje de médicos que refiere participar en dichas actividades)

Actividades científicas	Participación, % (IC del 95%)	Total (ajustado)
Médicos que acuden a sesiones clínicas a menudo o muy a menudo	55,4 (51,5; 59,3)	796 (21.340)
Médicos que acuden a reuniones científicas	88,4 (86,0; 90,8)	796 (21.340)
Médicos que han participado en elaboración de protocolos	64,6 (60,6; 68,6)	796 (21.340)
Médicos que han participado en proyectos de investigación	50,9 (46,5; 55,3)	795 (21.264)

TABLA 9. Frecuencias sobre alternativas que propiciarían un mejor entorno para la toma de decisiones clínicas (porcentaje de médicos que considera que los siguientes factores son «muy importantes»)

Alternativas de mejora	Muy importantes, % (IC del 95%)	Total (total ajustado)
Potenciando la formación continuada	73,0 (68,8; 77,2)	799 (21.409)
Educando al paciente	58,8 (54,5; 63,2)	799 (21.409)
Aumentando el contacto con otros profesionales: sesiones, conferencias	41,8 (38,8; 44,8)	799 (21.409)
Mejorando el acceso a la información médica	39,6 (36,0; 43,1)	799 (21.409)
Aumentando protocolos/guías de práctica	29,9 (26,5; 33,4)	799 (21.409)
Aumentando incentivos económicos o profesionales	27,6 (23,8; 31,4)	799 (21.409)
Restringiendo la información comercial y publicitaria	15,0 (12,0; 18,0)	799 (21.409)

bles limitaciones derivadas del proceso de selección, la rigurosidad que se ha seguido en el mismo, así como la composición final de la muestra, hace pensar que ésta es en buena medida un reflejo de la composición real del colectivo entrevistado.

En este estudio llama la atención la importancia que los médicos conceden a algunos factores relacionados con el entorno del trabajo, como son la carga de trabajo diaria, las restricciones administrativas o de recursos y el coste de los fármacos. Una mayoría de los médicos ha señalado estos elementos como factores distorsionadores del proceso de toma de decisiones clínicas. No es ésta la primera ocasión en la que médicos de atención primaria sugieren esta situación. Otro grupo de médicos británicos también señaló la importancia de los aspectos organizativos en el proceso de decisión¹⁴ y, en un estudio realizado entre médicos de

familia en Navarra, se considera que el exceso de trabajo o la carga diaria interfiere en la relación profesional¹⁵. Más aún, se argumenta que el exceso de carga laboral redundante en una mayor inseguridad en el trabajo y genera incertidumbre y mayor dificultad para tomar decisiones¹⁶⁻¹⁸. Este patrón de respuesta sugiere la imagen de un médico sobrecargado por sus pacientes, al que las restricciones administrativas y la preocupación por el coste de los fármacos limitan aún más su capacidad de decisión. Creemos interesante continuar investigando en esta dirección, valorando hasta qué punto la reducción del impacto de estos factores contribuye a mejorar la toma de decisiones. En términos más generales, estamos asistiendo a cambios importantes en la manera de practicar la medicina, del rol del profesional sanitario y de la organización y gestión de la atención primaria, cuya re-

lación con la toma de decisión clínica merece una mayor reflexión.

Otro de los datos que resulta llamativo es el escaso papel que, a juicio de los médicos entrevistados, parece tener la publicidad o la industria comercial. Sobre todo, porque esta observación contrasta con estudios que atribuyen un alto poder sugestivo a la publicidad comercial y a la información personalizada del tipo de la que realiza la industria¹⁹⁻²¹. De manera similar, también los médicos británicos a los que antes nos referimos asignaron un valor bastante bajo al influjo de la industria farmacéutica en el proceso de toma de decisiones¹⁴. Quizá la percepción del médico sobre las razones que impulsan su conducta sea diferente de la observación externa o, por otra parte, puede que los médicos no reconozcan la importancia de este tipo de factores. En cualquier caso, dilucidar el papel de la información y promoción que realiza o puede realizar la industria, sus objetivos e instrumentos, es un aspecto crucial para todos los agentes del sistema de cuidados de salud.

Uno de los datos más consistentes del estudio es la importancia que el médico asigna a la opinión de autoridad, ya sea como opinión de expertos o prestigio de autor. Éste parece ser el principal criterio que sirve al médico de ayuda, o de guía, en situaciones en las que necesita información adicional. Al experto se le atribuye generalmente un papel importante en la diseminación de la información científica porque parece responder de manera eficiente a las necesidades de información del médico, al mismo tiempo que ofrece apoyo psicológico ante la incertidumbre que se genera en el encuentro con el paciente²². Creemos importante señalar, sin embargo, que a pesar de las ventajas asociadas a la opinión de expertos, ésta supone un riesgo en la medida en que puede no estar basada en la evidencia. Por otra parte, esta misma influencia puede ser aprovechada si se desarrollan estrategias

que, basadas en la interacción social con profesionales respetados, faciliten la toma de decisiones^{23,24}. Es decir, estrategias en las que expertos de reconocido prestigio comuniquen opiniones basadas en la evidencia.

La experiencia personal es otro de los factores relevantes para el médico en su proceso de decisión. Quizás este factor esté asociado al juicio clínico, un aspecto fundamental de la toma de decisiones clínicas y que ninguna regla sistemática puede sustituir. No obstante, existe la posibilidad de que este factor se refiera al uso de valoraciones intuitivas, basadas en la experiencia individual del médico, como criterio en la toma de decisiones, sobre todo en aquellos casos en los que sea difícil obtener información adicional²⁵. Creemos importante señalar la importancia de clarificar este tipo de factores y su influencia en el proceso de decisión, pero también la de alertar a los médicos sobre el riesgo potencial de basar la toma de decisiones únicamente en la experiencia individual, sin un contraste adecuado con la evidencia conocida. En cualquier caso, los profesionales entrevistados parecen ser conscientes de este riesgo, tal como lo manifiestan en su deseo por aumentar el nivel de formación.

La mayoría de los médicos entrevistados opina que una mayor formación continuada es el mejor instrumento para facilitar el proceso de decisión clínica. Esta observación parece indicar una preocupación del médico por mejorar su formación y puede que de ello se derive una de las más importantes conclusiones de este estudio: el interés de los médicos de atención primaria por avanzar su conocimiento y nivel profesional. Condición básica para inducir cambios en la práctica clínica^{23,26}, y que podría ser tenida en cuenta para ofrecer a los médicos distintas alternativas educativas que potencien una práctica clínica basada en la evidencia. En este estudio, los médicos señalan un nivel de acceso a los medios de in-

formación relativamente bajo, y además se constata la desigualdad, ya conocida^{27,28}, en el medio rural y en los centros no reformados. Asimismo, es significativa la escasez de soporte informático en las consultas de atención primaria, una vez que con el desarrollo actual de los medios de comunicación se pueden reducir las barreras tradicionales al acceso y ofrecer al facultativo un enorme abanico de recursos y posibilidades en muchos aspectos de su disciplina profesional²⁵. Recursos que los médicos entrevistados parecen estar dispuestos a utilizar. Actualmente, estos profesionales parecen preferir el libro de texto como fuente de información, quizá por razones de accesibilidad o quizá también debido a características propias de aquél: su sencillez de manejo y claridad de presentación, su carácter pedagógico, la exhaustividad de su contenido. No obstante, el riesgo de que el libro de texto sea utilizado como fuente de «evidencia» puede que esté presente, toda vez que este medio, debido a la latencia de tiempo necesaria para su publicación y vigencia, queda superado con notable rapidez.

El hecho de que otros medios supuestamente de mayor rigor científico, caso de las revistas científicas o el bionomio utilizado en este estudio de guías de práctica/protocolos (aun a pesar de que muchos de los protocolos vigentes no siguen criterios rigurosos en su elaboración^{29,30}, y no pueden ser considerados como vehículos de «evidencia»³¹) habla en beneficio de las ventajas ofrecidas por los libros de texto, y sugiere la idea de desarrollar alternativas documentales que, a modo de los libros de texto, incorporen contenidos basados en la evidencia.

En resumen, de este estudio se pueden derivar múltiples intervenciones dirigidas a facilitar el proceso de decisión clínica. Algunas orientadas a mejorar el acceso a la información científica, utilizando el desarrollo en medios de comunicación de hoy día o aprove-

chando las ideas sugeridas anteriormente para vehicular la información en formatos o con interlocutores que faciliten su adopción. En cualquier caso, alternativas múltiples, o estrategia global, que incida en varios de los aspectos relacionados con este proceso. Alternativas que podrían ser adoptadas por instituciones y por empresas interesadas en la diseminación de la evidencia científica.

Para finalizar, queremos llamar la atención sobre una figura que sólo ha sido contemplada de manera indirecta: el paciente. A lo largo del estudio, las opiniones o expectativas del paciente en el proceso de decisión clínica parecen ejercer una influencia relativamente escasa. A pesar de que otros 2 factores relacionados con él: la carga diaria de pacientes, como condicionante de la decisión clínica, y la educación del paciente, como alternativa para mejorar la toma de decisiones, han sido muy valorados por la mayoría de los médicos. Creemos interesante mencionar los beneficios de situar al paciente en el centro de la decisión clínica. Beneficios en términos de mejores resultados en salud, mayor satisfacción y sensación de autonomía y de control sobre su enfermedad^{32,33}, además de devolver al paciente parte de la responsabilidad sobre su salud, ya que en definitiva él es el sujeto de la decisión.

Agradecimientos

Este estudio no hubiese sido posible sin la colaboración desinteresada de numerosas personas e instituciones. A todas ellas queremos agradecerles su confianza y esfuerzo en la realización del mismo, y en particular a los 800 médicos que de manera anónima han facilitado su contenido. Agradecemos también la colaboración de los doctores que contribuyeron a perfilar el cuestionario: J.M. Basart, F. García-Faria, M.A. Llauger, B. Salvador, J. Targa, J. Vilaseca, M.A. Alemán, M. Birules, P. Fernández, R. Galán, J. Iturralde, L. López, F. Nogales, Dr. Pons, A. Rossell, S. Marcos, P. Simonet y M. Tarridas. A los directivos,

técnicos y ayudantes administrativos de los distintos servicios de salud que contribuyeron a facilitar el trabajo de campo. En el *INSALUD*: J. Doderó, M. Alonso, C. Cebrián, P. Centeno, J. Custodi, E. Delgado, J.G. Delgado, E. García, M. Goldaracena, M.S.I. Hernández, S. Minué, A. Módrego, S. Rodríguez, C. Royo, S. Roldán, E. Terol, A.C. Tuero y J. Zanón; en el *ICS*: M. Santaló y O. Herrero; en el *Servicio Vasco de Salud-Osakidetza*: A. Ruiz y A. Guijarro; en el *SAS*: J.M. de la Higuera y J. Iglesias; en el *Servicio Canario de Salud*: R. Ramírez, J. de León, A. Joyanes, J. Marrero, P. Carrillo y V. Plasencia; en el *Servicio Galego de Saude*: L. Vidán y F. Freire; en el *Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*: J. Carnicero, y en el *Servei Valencià de Salut*: D. Castell, M.T. Lázaro, F. Tamarit, C. Lozano. Y los gerentes de las Áreas 1, 3, 6, 9, 13 y 16. Finalmente agradecemos los comentarios y colaboración de C. Pujol, R. Belenes, J. Pons, V. Grenzner y A. Parada. Agradecemos especialmente la colaboración del Dr. Josep M. Antó del *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* de Barcelona y miembro del Comité Científico de la AATM, por su participación a lo largo del estudio desde el Comité Científico del mismo.

*Miembros del Comité Científico, coautores: J.M. Antó Boqué, F.J. Brenes Bermúdez (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista), C. Cabezas Peña (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), R. Canals Lizano (Sociedad Española de Medicina General), J. Llobera Cánaves (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), J. Nieto Cervera (Agencia de Evaluación de Tecnologías de Andalucía), R. Rico Iturrioz (Servicio de Evaluación de Tecnologías del País Vasco) y A. Sáenz Calvo (Agencia de Evaluación de Tecnologías del Instituto de Salud Carlos III).

Bibliografía

1. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2.420-2.425.
2. Kosecoff J, Kanouse DE, Rogers WH, McCloskey L, Winslow CM, Brook RH. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA* 1987; 258: 2.708-2.713.
3. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1.317-1.322.
4. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin M, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? the effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1.306-1.311.
5. Brook RH, Lohr K. Efficacy, effectiveness, variations and quality: boundary crossing research. *Med Care* 1985; 23: 710-722.
6. Chassin MR, Kosecoff J, Park RE, Winslow CM, Kahn KL, Merrick NJ et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987; 258: 2.533-2.537.
7. Rethans JJ, Saebu L. Do general practitioners act consistently in real practice when they meet the same patient twice? Examination of intradoctor variation using standardized (simulated) patients. *Br Med J* 1997; 314: 1.170-1.173.
8. Freemantle N. Are decisions taken by health care professionals rational? A non systematic review of experimental and quasi-experimental literature. *Health Policy* 1996; 38: 71-81.
9. EUR-ASSESS Project. Subgroup report on dissemination and impact. *Intl J Health Technol Assess Health Care* 1997; 13: 220-286.
10. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1.743-1.748.
11. Fabricant SJ, Harpham T. Assessing response reliability of health interview surveys using reinterviews. *Bull World Health Org* 1993; 71: 3.431-3.438.
12. Wynder EL. Investigator bias and interviewer bias: the problem of reporting systematic error in epidemiology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 825-827.
13. Hertz-Piccioto I, Swan SH, Neutra RR. Reporting bias and mode of the interview in a study of adverse pregnancy outcomes and water consumption. *Epidemiol* 1992; 3: 104-112.
14. Allery AA, Owen P, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *Br Med J* 1997; 314: 870-874.
15. Loayssa Lara JR, Indurain Orduña S, Extremera Urabayen V, Agreda Peiró J, Extramiana Cameno E, Vilches Plaza C. Los médicos de familia y la demanda asistencial: una encuesta de opinión. *Aten Prim* 1997; 20: 34-80.
16. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJ, Morris RW, Morrell PC. The five minutes consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292: 874-876.
17. Ridsdale L, Morgan M, Morris R. Doctor interviewing technique and its response to different booking time. *Fam Pract* 1992; 9: 57-60.
18. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health: I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med* 1997; 45: 35-40.
19. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug therapy decisions through educational outreach: randomized controlled trial of academically based «detailing». *N Engl J Med* 1983; 308: 1.457-1.463.
20. Vuckovic N, Nichter M. Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1.285-1.302.
21. Lexchin J. Doctors and detailers: therapeutic education or pharmaceutical promotion? *Intern J Health Ser* 1989; 19: 663-679.
22. Smith R. What clinical information do doctors need? *Br Med J* 1996; 313: 1.062-1.068.
23. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *Br Med J* 1997; 315: 231-235.
24. Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. *JAMA* 1991; 265: 2.202-2.207.
25. Weed LL. New connections between medical knowledge and practice care. *Br Med J* 1997; 315: 231-235.
26. Pearson P, Jones K. Developing professional knowledge: making primary care education and research more relevant. *Br Med J* 1997; 314: 817-820.
27. Planes A. La atención primaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1991; 8: 739-740.
28. Igual Fraile D, Fernández Rojas J, Comellas Nicolás C, Palomo Cobos L. Situación actual de la formación posgraduada de medicina familiar y comunitaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 20: 94-97.
29. Granados A, Jovell AJ. Protocolos versus guías de práctica clínica: ¿una cuestión de distinción semántica? *Revista Calidad Asistencial* 1996; 11: 51-53.
30. Leal Hernández M, Llamas Saura J, Saturno Hernández P. Evaluación de protocolos del programa FMC: ¿cumplen los criterios para la elaboración de protocolos clínicos? *Aten Primaria* 1997; 19: 426-430.
31. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 259-266.
32. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two tango). *Soc Sci Med* 1997; 44: 681-692.
33. Margalith I, Shapiro A. Anxiety and patient participation in clinical decision making: the case of patients with ureteral calculi. *Soc Sci Med* 1997; 45: 419-427.