



## Análisis de eficiencia y tratamiento de la tuberculosis

**Sr. Director:** Viénesse observando en la literatura médica de los últimos tiempos una serie de fenómenos probablemente ligados entre sí en su origen último; éstos son la cada vez más frecuente valoración, o al menos mera cita, de los costes de las técnicas, procedimientos o actividades realizadas, la necesidad, que amenaza con llegar a convertirse en compulsiva, de citar en cualquier publicación a la OMS, y la utilización profusa de un lenguaje que se toma prestado del campo de la salud pública. El determinar en qué medida esto responde a una moda más o menos fugaz o, por el contrario, deriva de una real preocupación por parte del médico con vistas a asumir su trabajo, no como un acto curativo aislado, sino como un elemento más de un sistema cuyo fin último es la mejora del nivel de salud de la población, escapa a los límites de esta carta. Queda por otra parte para el campo de la psicología social el averiguar cuánto de esta actitud viene determinado por un sentimiento de mala conciencia del médico hospitalario (nos referimos a él por ser el autor de la mayoría de las publicaciones), mala conciencia sin duda injustificada ya que la tremenda falta de eficiencia de su trabajo no le es en gran parte imputable a él sino a la caótica organización sanitaria del país.

Los fenómenos citados anteriormente son en principio positivos, en la medida en que pueden corresponder a dos corrientes aparentemente contrapuestas pero que creemos complementarias, como son la tendencia a la desmedicalización del sistema sanitario y por otra parte la asunción por el médico de una nueva metodología y de una ampliación de su campo de trabajo, pero sin duda comportan el riesgo de la mistificación, el confusiónismo y el uso inadecuado de una terminología no siempre bien asumida. Así no es de extrañar que se manejen incorrectamente conceptos relativamente nuevos en un ambiente en el que son notorias, simplemente, las faltas de estilo en la escritura<sup>1</sup>.

Las reflexiones anteriores surgen tras la lectura del artículo recientemente publicado en su revista «Tuberculosis pulmonar y pleural diagnosticadas y tratadas en la unidad neumológica de un hospital general. Análisis de eficiencia»<sup>2</sup>, trabajo que nos ha parecido interesante y con parte de cuyos comentarios coincidimos, en particular en lo que se refiere a la crítica del ingreso hospitalario indiscriminado de los enfermos tuberculosos, pero cuyo último propósito «Análisis de eficiencia» no hemos visto realizado. Creemos que ello se debe a una incorrecta utilización por parte de los autores del término eficiencia que, por otra parte, no vuelve a ser usado en todo el artículo, hablándose en cambio en varias ocasiones de «eficacia», pro-

blemente como equivalente de «eficiencia». Aunque en el lenguaje corriente ambas palabras se suelen usar indistintamente, hasta el punto de que María Moliner las califica de sinónimas en su Diccionario<sup>3</sup>, creemos que no es admisible tal confusión en un artículo médico que pretende «investigar... la corrección en el manejo de estos enfermos». En ningún momento se examinan los costos de las acciones realizadas por lo que difícilmente se puede valorar la eficiencia, esto es la comparación de los resultados obtenidos con los costos. Por otra parte tampoco se realiza un análisis de eficacia, entendiendo ésta como estudio del grado de cumplimiento de los objetivos preestablecidos, ya que, al tratarse de un trabajo retrospectivo, no se conocen objetivos a cumplir. Es cierto que, en un sentido laxo, se infiere una valoración de la eficacia del tratamiento realizado a partir de la comparación con otros trabajos, pero no creemos que ello pueda justificar en ningún caso la inclusión en el título del artículo de la expresión «análisis de eficacia» ni, por supuesto, «de eficiencia».

**J. Locutura Rupérez, J.A. Ayllón Domínguez  
y M. García Encabo**  
Asistencia Primaria. Burgos.

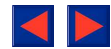
### BIBLIOGRAFIA

1. Herranz Rodríguez G. ¡Más respeto al lector! Med Clin 1984; 82:259-260.
2. García Palacio JI, López Encuentra A, Fernández Sánchez-Alarcos JM, Ignacio García JM, Melchor Iñiguez MR, Martín Escribano P. Tuberculosis pulmonar y pleural diagnosticadas y tratadas en la unidad neumológica de un hospital general. Análisis de eficiencia. Arch Bronconeumol 1984; 20: 118-122.
3. Moliner M. Diccionario de uso del español. Gredos 1983.

**Sr. Director:** El objetivo de nuestro trabajo, comentado por el Dr. Locutura Rupérez, era el efectuar un control del seguimiento de pacientes tuberculosos en régimen ambulatorio. Fundamentalmente para detectar abandonos o incorrecciones terapéuticas durante el tiempo que dura el tratamiento de la tuberculosis pleuropulmonar (9 ó 18 meses, según la pauta terapéutica decidida).

El estudio de *eficacia* y *efectividad* del tratamiento antituberculoso no era el motivo de esta publicación. La elección de los medicamentos, sus dosis, y sus combinaciones en el tiempo ha sido efectuada siguiendo normas que han probado su efectividad en erradicar la enfermedad mediante adecuados estudios controlados.

Esa demostrada efectividad de esquemas terapéuticos puede verse alterada, en la práctica, por la



falta de aceptabilidad por parte del paciente o por interferencias de cualquier tipo que produzcan abandonos prematuros de la medicación, dosis inadecuadas, combinaciones incorrectas, etc... Lo que se ha pretendido analizar sobre los pacientes con tuberculosis vistos por nosotros (Unidad Neumológica en un hospital general, de la Zona Sur de Madrid), en pauta de tratamiento ambulatorio desde el inicio (43 casos) o con hospitalización inicial (61 casos), era el conocer si dicho tratamiento era seguido correctamente por los pacientes.

El que el 91,3 % de los casos con seguimiento conocido (101 casos) presenten una correcta aceptabilidad y seguimiento al tratamiento diseñado inicialmente (hayan estado o no ingresados), favorece la indicación, en nuestra población, de asistencia ambulatoria desde el diagnóstico. De esta forma se evita el ingreso indiscriminado, y en ocasiones prolongado, de estos pacientes. En este punto hay que subrayar que coincidimos con nuestros comunicantes, en que el óptimo uso de los recursos personales y materiales en alcanzar resultados eficaces del control de la enfermedad, conforma el concepto de *eficiencia*<sup>1</sup>. Si dicho porcentaje hubiese sido inferior, o si aquellos que hubiesen ingresado por un período al comienzo de su enfermedad hubiesen estado más motivados para la aceptación de un tratamiento prolongado, hubiésemos concluido con una necesidad de garantizar la eficacia del tratamiento con la utilización de mayor can-

tidad de recursos materiales y/o personales (ingreso hospitalario, revisiones más frecuentes, «hospitalización a domicilio», etc...).

La crítica formulada por el Dr. Locutura Rupérez la aceptamos completamente en relación a la utilización de la nomenclatura ligada a la salud pública. Es cierto que no se han hecho exposición de costos. Coincidimos en que sería muy útil aprovechar esta discusión para que dicha nomenclatura sea asumida por los profesionales sanitarios en general. La necesidad de analizar la propia experiencia mediante controles de calidad de la actividad desarrollada, efectuados por los propios profesionales dedicados a la asistencia sanitaria, no debe ser motivada por un sentimiento de culpa (?), sino por la creencia de que es necesario «utilizar una terapéutica eficaz administrada eficientemente»<sup>1</sup>. Estos controles de calidad, necesarios para conocer los niveles de corrección de nuestros procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluyen los análisis de costos que, efectivamente, el concepto de eficiencia implica<sup>2</sup>.

**J.I. García del Palacio**

Sección de Neumología. Hospital 1.º de Octubre.  
Madrid.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. The Nuffield Prov Hospit Trust London 1972.
2. Vuori HV. Quality assurance of Health Services. Concepts and methodology. WHO Copenhagen 1982.