

# Utilización de recursos. Estancias innecesarias en un servicio de cirugía infantil\*

C. Jiménez Álvarez, J.L. Morales Torres, A.M. Ruiz Montes, F. Pérez Sáez, J.L. Navarro Espigares

Hospital Universitario «Virgen de las Nieves». Granada.

**RESUMEN: Introducción.** Estudios previos han demostrado que algunos pacientes que permanecen en el hospital, aún en el supuesto de que el internamiento en conjunto sea necesario, no precisan cuidados que requieran su estancia durante ese día. Así pues, una parte de la utilización de los recursos hospitalarios es inadecuada y la consecuencia es que los pacientes, en este caso niños, no sólo soportan la separación de su ambiente familiar sino que reciben servicios que no les proporcionan beneficios.

**Objetivos.** 1. Estimar la proporción de estancias innecesarias en un servicio de Cirugía Infantil. 2. Identificar los factores relacionados con la inadecuación de las estancias.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo revisando de forma concurrente las estancias de pacientes menores de 14 años ingresados, al menos 24 horas, por distintas patologías para intervención quirúrgica, observación o estudio. Se ha medido si la estancia era apropiada o no y la causa. Para ello, se ha usado la versión pediátrica del «Appropriateness Evaluation Protocol».

**Resultados.** Los pacientes estudiados (279) ocasionaron un total de 1.001 estancias (estancia media: 3,6) de las que 373 (37,3%) se consideraron innecesarias. Las enfermedades con mayor incidencia de estancias innecesarias fueron: criptorquidia (97,3%), hernia (88,9%), estenosis hipertrófica de píloro (50%) y cirugía de tejidos blandos superficiales (43,1%). Un 68,2% de las estancias innecesarias se atribuyeron a responsabilidad del hospital-servicio-médico, un 22,6% al entorno socio-familiar y un 9,2% a la falta de recursos alternativos al hospital.

**Conclusiones.** Una significativa proporción de días de estancia hospitalaria podría ser evitada. La búsqueda de estancias innecesarias facilita la identificación de puntos débiles sobre los que desarrollar acciones de mejora.

**PALABRAS CLAVE:** Utilización hospitalaria; Utilización innecesaria; Estancias inapropiadas; Infancia; Protocolo de evaluación de la utilización.

## APPROPRIATENESS OF HOSPITALIZATION IN A PEDIATRIC SURGERY SERVICE

**ABSTRACT: Background.** There is wide-spread consensus that a part of the use of hospital resources is inadequate in the sense that the patients receive services that do not provide them with any significant benefits, or that could be more beneficial, or less costly, with a lower care standard.

**Objective.** The main aim of this work is to determine the percentage of inadequate stays in a pediatric surgery service and to identify the cau-

**Correspondencia:** Carlos Jiménez Álvarez, C/ Arabial 70, 18003 Granada.

\*Trabajo presentado en el XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica.

ses that provoke them.

**Method.** It was a concurrent study in pediatric patients entered, at least 24 hours, by different diseases for surgery, observation or study. Revising trained applied the pediatric version of the Appropriateness Evaluation Protocol on the medical records of these patients. It has been measured if the stay was appropriated or not, and the cause.

**Results.** The studied patients (279) caused a total of 1,001 stays of those which 373 (37.3%) were deemed to be unnecessary. The diseases with greater number of inappropriate stays were cryptorchidia (97.3%), hernia (88.9%), hypertrophic pyloric stenosis (50%), and soft tissues surgery (43.1%). A 68.2% of the unnecessary stays were responsibility of the hospital-service-surgeon, a 22.6% to the associated environment-familiar, and a 9.2% to the lack of alternative resources to the hospital.

**Conclusions.** A meaningful proportion by day of hospital stay would be avoided. The unnecessary stays search facilitates the weak points identification on those which to develop improvement actions.

**KEY WORDS:** Hospital utilization; Inappropriate utilization; Appropriateness of stay; Pediatric hospital use; Utilization review; Appropriateness Evaluation Protocol.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas a los que se enfrenta la mayor parte de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es cómo controlar el crecimiento de los costes sanitarios. El elevado gasto sanitario y el ritmo creciente del mismo nos plantea la urgente necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad optimizando el uso adecuado de los recursos existentes<sup>(1-3)</sup>.

Se sabe que algunos de los días en que los pacientes permanecen ingresados en el hospital, aún en el supuesto que el internamiento en su conjunto sea necesario, su estado clínico o los cuidados que necesitan no justifican la estancia en el hospital durante ese día<sup>(1, 2, 4)</sup>.

Si parte del gasto contiene un determinado nivel de uso módicamente innecesario de la hospitalización, reducir el tiempo que permanecen ingresados, sin que su atención clínica o la intensidad de los cuidados lo justifique, puede ser una prometedora aproximación para disminuir el gasto sin comprometer la calidad. Se trataría de favorecer un uso más eficiente del hospital a través de la identificación y disminución de las estancias innecesarias<sup>(5, 6)</sup>.

La investigación en Servicios de Salud ha aportado numerosos instrumentos orientados a la búsqueda de una mayor eficiencia. Una fórmula interesante que se va introduciendo en España<sup>(7)</sup> es el desarrollo de Programas de Gestión de la Utilización cuyo principal componente es la Revisión de la Utilización Hospitalaria<sup>(1, 8)</sup>. Los métodos de identificación más empleados son los basados en criterios explícitos y objetivos, independientes del diagnóstico. El más utilizado es el «Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)» desarrollado por Gertman y Restuccia<sup>(9)</sup>. Los estudios realizados con el AEP sobre inadecuación de la hospitalización mantienen una gran heterogeneidad respecto al período, número de admisiones, días revisados, pacientes y tipo de hospitales<sup>(4, 10-12)</sup>. No obstante, informan de la existencia de una variable pero en general elevada proporción de uso innecesario<sup>(13-16)</sup>.

**Justificación.** La aparente magnitud y trascendencia de las estancias hospitalarias inadecuadas junto al hecho de que se hayan efectuado pocas evaluaciones en hospitalización infantil, nos ha llevado a la realización de este trabajo.

**Hipótesis.** El número de días que los niños permanecen ingresados en el hospital es excesivo siendo, en buena parte, inapropiado.

## OBJETIVOS

Estimar la proporción de estancias innecesarias en un Servicio de Cirugía Infantil e identificar los factores relacionados con la inadecuación de las estancias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos propuestos se ha realizado un estudio descriptivo y se ha llevado a cabo en un Servicio de Cirugía Infantil que en el período de estudio contaba con 20 camas y atendía a una población de referencia de 276.155 habitantes.

La estancia media era de 2,28 días y el porcentaje de ocupación del 46,31%. El período de estudio ha estado comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 1997.

La unidad de análisis es el día de admisión y cada una de las estancias sucesivas excepto la correspondiente al día de alta que no es revisada. Se han estudiado todos los pacientes que ingresaron para intervención quirúrgica, observación o estudio y que causaron al menos una estancia. La recogida de información se ha realizado a través de las historias clínicas de los pacientes.

A efectos de este estudio se define como asistencia inadecuada cuando desde el punto de vista estrictamente médico o clínico, el paciente podría haber sido atendido en un nivel asistencial menor o en menos tiempo. Son sinónimos de inadecuado los términos *inapropiado*, *inactivo*, *no agudo*, *innecesario*. Todos ellos se emplean corrientemente en la literatura científica sobre el tema<sup>(7, 17)</sup>.

**Tabla I** Características de la población de estudio

Variables	N	%
Sexo		
Varón	192	68,8
Mujer	87	31,2
Edad		
< 1 año	53	19,0
1-3 años	43	15,4
> 3 años	183	65,6
Edad media $6 \pm 4,3$		
Lugar de residencia (isocrona)		
1-15'	101	36,2
16-30'	64	22,9
31-60'	49	17,6
> 60'	65	23,3
Tipo de ingreso		
Programado	154	55,2
Urgente	125	44,8
Inadecuación del ingreso		
Apropiado	184	65,9
Inapropiado	95	34,1

N: número de casos. %: porcentaje sobre el total de casos.

Para la identificación de las estancias inapropiadas se ha usado una adaptación pediátrica del «*Appropriateness Evaluation Protocol (AEP-p)*» en su versión española<sup>(18)</sup>. Para la evaluación de las estancias consta de 29 criterios objetivos e independientes del diagnóstico. De ellos, 12 se refieren a la prestación de servicios médicos, 8 a servicios de enfermería y 8 a la situación clínica del paciente. La presencia durante el día evaluado de uno sólo de estos criterios basta para considerarlo adecuado y será inactivo cuando no cumpla ninguno. El AEP-p supone que todos los cuidados médicos y de enfermería prestados están justificados. Para identificar los posibles motivos de inadecuación se ha tenido en cuenta la lista que proporciona este manual como guía, al igual que en la mayoría de los estudios publicados. Los revisores han sido dos médicos especialmente entrenados en el uso del AEP-p, ajenos al servicio en cuestión y a los que se garantizó su anonimato.

Las variables de estudio han sido la inadecuación del día de estancia hospitalaria como variable dependiente y la edad, sexo, diagnóstico, tipo de ingreso y distancia desde el domicilio como variables independientes. Para el primer objetivo se ha calculado la proporción de estancias innecesarias. Para el segundo objetivo, los motivos se han agrupado según fuesen atribuibles al hospital, al paciente y su entorno familiar, y a fallos en la red de cuidados alternativos. Posteriormente se ha realizado un estudio descriptivo de la frecuencia de cada motivo. Para conocer las diferencias entre los distintos factores se ha aplicado el test de *ji al cuadrado* ( $\chi^2$ ) para tablas de contingencia, siendo significativos valores por debajo de 0,05.

**Tabla II Diagnósticos al alta (con más de 10 casos)**

Variables	N	%	E.M.
Diagnósticos			
Hernia	56	20,1	1,3
Dolor abdominal	36	12,9	2,3
Apendicitis	34	12,2	5,8
Criptorquidia	20	7,2	1,8
Patología de tejidos blandos	19	6,8	3,8
Hipospadias	18	6,5	6,6
Traumatismos	13	4,7	2,8
Estenosis hipertrófica de píloro	10	3,6	5,4

N: número de casos. %: porcentaje sobre el total de casos. E.M.: Estancia media.

## RESULTADOS

Se han estudiado un total de 279 historias clínicas correspondientes a otros tantos pacientes. En todos ellos se han encontrado los documentos suficientes para poder aplicar el manual de evaluación. La edad media de los pacientes fue de  $6 \pm 4,3$  años. En cuanto al sexo 192 (68,8%) eran varones.

Los ingresos procedentes del servicio de urgencias fueron 125 (44,8%) y el resto (55,2%) se realizaron de forma programada. La estancia media fue de 3,6 días sin contar el día de alta. En la tabla I se muestran las características de la población estudiada y en la tabla II el tipo de patología que presentaban.

De las 1.001 estancias que originaron los 279 pacientes, 373 días (37,3%) se consideraron innecesarios. En la tabla III quedan reflejados los porcentajes de inadecuación por diagnóstico, teniendo mayor incidencia en aquellas patologías que son susceptibles de tratar en régimen de «hospital de día» o «cirugía sin ingreso».

Se ha observado que en las estancias innecesarias influyen factores como la edad, el tipo de ingreso -urgente o programado-, si el ingreso es apropiado o no, y la distancia entre el domicilio del paciente y el hospital (Tablas IV y V). Los motivos de la inadecuación se atribuyeron al hospital en un 68,2% de los casos, y engloba a un 54,8% en que «el médico no presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización» y un 13,4% en que el procedimiento diagnóstico o terapéutico pudiera haberse realizado como paciente externo. En el 22,6% los motivos fueron achacables al entorno familiar y en el 9,2% a la falta de recursos alternativos al hospital.

## DISCUSIÓN

Se ha optado por un método descriptivo básicamente exploratorio pues permite constatar la prevalencia de la inadecuación de los días de estancia y, a su vez, identificar algunos factores relacionados. En relación con la unidad de aná-

**Tabla III Estancias innecesarias por diagnóstico (con más de 10 casos)**

Variables	Est. inn.	%
Diagnóstico		
Criptorquidia	36	97,3
Hernia	64	88,9
Estenosis hipertrófica de píloro	27	50,0
Patología de tejidos blandos	31	43,1
Hipospadias	39	32,8
Traumatismos	11	29,7
Apendicitis	36	19,0
Dolor abdominal	12	14,6

Est. inn: número de estancias innecesarias para ese diagnóstico. %: porcentaje de estancias innecesarias para ese diagnóstico.

**Tabla IV Proporción de días inadecuados para cada variable**

Variables	N	%
Sexo		
Varón	264	39,1
Mujer	109	33,5
Edad		
< 1 año	103	44,6
1-3 años	50	35,7
> 3 años	220	34,9
Edad media $6 \pm 4,3$		
Lugar de residencia (isocrona)		
1-15'	109	32,6
16-30'	86	31,6
31-60'	65	40,9
> 60'	113	47,9
Tipo de ingreso		
Programado	258	51,7
Urgente	115	22,9
Inadecuación del ingreso		
Apropiado	192	27,9
Inapropiado	181	57,9

N: número de casos. %: porcentaje sobre el total de estancias.

lisis, al igual que otros autores<sup>(3,5)</sup>, se ha usado el día de estancia. Puesto que el objetivo principal de este estudio era la estimación de la frecuencia de días de estancia inadecuados, parece razonable que se evalúen todos los días potencialmente elegibles<sup>(19)</sup>. Si hubiéramos seleccionado un día de cada ingreso, práctica seguida en otros estudios<sup>(6,20)</sup>, otorgaríamos la misma probabilidad de ser seleccionados los días correspondientes a ingresos de corta y larga duración y, dada la asociación prevista entre la duración de la hospitalización y los días de estancia inadecuada, estaríamos infraestimando la verdadera proporción de inadecuación.

**Tabla V Asociación entre las variables y la inadecuación de la estancia**

Variables	Inadec	Adecua	OR(IC 95%)	p
Sexo				
Varón	264	412	1,17(0,97-1,42)	0,09
Mujer	109	216	0,92(0,85-1,01)	
Edad				
< 1 año	103	128	1,49(1,10-2,00)	0,03
1-3 años	50	90	1,27(1,06-1,51)	
> 3 años	220	410	0,75(0,75-0,96)	
Lugar de residencia				
< 60'	195	411	0,57(0,44-0,75)	0,001
> 60'	178	217	1,23(1,11-1,37)	
Tipo de ingreso				
Programado	258	241	1,80(1,59-2,03)	0,001
Urgente	115	387	0,27(0,21-0,36)	
Inadecuación del ingreso				
Apropiado	192	496	0,28(0,21-0,37)	0,001
Inapropiado	181	132	2,30(1,91-2,77)	

N: número de casos. Inadec: Estancias innecesarias. Adecua: Estancias apropiadas. OR (IC 95%): Odds Ratio. Intervalo de confianza al 95%. p: nivel de significación estadística.

Entre las posibles limitaciones o sesgos están los relacionados con la forma de medir. En primer lugar, el AEP, como todos los instrumentos que se aplican mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas, podría ser muy sensible a la calidad de las mismas, pudiendo ocurrir tanto un sesgo de clasificación de la inadecuación como un sesgo de confusión al modificar la magnitud de la asociación con alguno de los factores potencialmente relacionados. Sin embargo, dadas las características de los criterios del AEP, parece razonable asumir que la no constancia de una información es una evidencia de que el paciente no requería cuidados en el nivel evaluado. Esto quedaría reforzado por los resultados de un estudio<sup>(21)</sup> en el que se valoraba la influencia de la calidad de la historia clínica, no encontrándose indicios de que una deficiente calidad modificara las estimaciones sobre la inadecuación de la estancia.

En segundo lugar, el AEP asume que todos los niveles de cuidados se hallan disponibles, evaluando la necesidad de la hospitalización con independencia de la posible escasez de algunos recursos como la carencia de cuidados domiciliarios. Esta asunción no debe considerarse una limitación del instrumento evaluador, cuya función es detectar el uso hospitalario inapropiado<sup>(5)</sup>.

La comparación de los resultados de nuestro estudio con los de otros resulta difícil dada la gran heterogeneidad existente entre los trabajos publicados respecto a diseño, unidad de estudio, muestreo y tipo de pacientes. El 37,3% de días de hospitalización inadecuados hallados en este trabajo es ligeramente superior a los descritos en la bibliografía que se refiere a pediatría<sup>(4, 22-24)</sup> e inferior a otros efectuados en adultos<sup>(2, 13)</sup>.

Respecto a los factores relacionados con la inadecuación, los distintos métodos empleados en los artículos publicados,

nos obliga nuevamente a ser cautelosos cuando se realizan comparaciones. En nuestro estudio, al igual que en investigaciones realizadas en Canadá<sup>(10)</sup>, hemos encontrado significación para los grupos de menor edad sobre todo cuando se refieren a menores de un año. No ocurre igual con el sexo. El ser mujer ha resultado, en algunas evaluaciones referidas al adulto<sup>(25)</sup>, relacionado positivamente con la inadecuación.

El motivo de ingreso es el que produce más estancias innecesarias. Como el protocolo parece sensible a la gravedad clínica del paciente y a la intensidad de cuidados médicos que recibe, es lógico que al no presentar los «pacientes programados» una situación tan inestable como los que ingresan por patología aguda, resulten más frecuentemente inadecuados.

La asociación entre ingreso inadecuado y estancia inadecuada, aunque lógica, ha sido analizada en pocas ocasiones<sup>(5)</sup>. Podría pensarse que cuando el ingreso es inadecuado, todos sus días de estancia también lo serían. Sin embargo, hemos encontrado días de estancia adecuados en pacientes cuyo ingreso fue inapropiado. Esto es debido a la aparición de procesos intercurrentes durante su estancia, a problemas de iatrogenia o a ingresos que se efectúan prematuramente. De ahí que se pueda deducir que del uso inapropiado de la hospitalización pueden derivarse efectos adversos que afectan a la calidad asistencial<sup>(23)</sup>.

Uno de los aspectos menos uniformemente estudiados de la aplicación del AEP es la identificación de los posibles motivos de la inadecuación. Indudablemente se trata de una tarea más difícil de demostrar siendo, sin embargo, uno de los hallazgos más interesantes. Los resultados de nuestro estudio son concordantes con otros publicados<sup>(5, 13)</sup> que encuentran más de tres cuartas partes de los días inadecuados atribuibles a la organización hospitalaria o a la atención médica.

El escaso porcentaje derivado de los problemas sociales hace insostenible el tópico de achacarles una proporción significativa de la ocupación inapropiada de las camas hospitalarias, aunque algunas causas que son responsabilidad del médico podrían esconder la poca costumbre de recoger en las historias clínicas los factores sociales<sup>(21)</sup>.

Con la debida prudencia, los resultados de este estudio pueden orientar hacia el diseño de algunas intervenciones específicas para reducir el uso inadecuado de la hospitalización como: hacer más estrictos los criterios de ingreso cuando exista la posibilidad de realizar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos sin ingreso, reducir los tiempos de espera para realización de pruebas diagnósticas, ajustar los tiempos de entrega de resultados y planificar con tiempo el alta en los pacientes con problemas sociales<sup>(26)</sup>.

## CONCLUSIONES

1. Una significativa proporción de días de estancia hospitalaria podría ser evitada.
2. La búsqueda de estancias innecesarias facilita la identificación de puntos débiles sobre los que desarrollar acciones de mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Payne SMC, Restuccia JD, Ash A. *Using utilization review information to improve hospital efficiency*. Hospital & Health Services Administration 1991;36:473-490.
2. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1994;103:65-71.
3. Apolone G, Alfieri V, Braga A, Caimi V, Cestari V y cols. A survey of the necessity of the hospitalization day in an Italian teaching hospital. *Qual Assur Health Care* 1991;3:1-9.
4. Saleta Canosa JL, Rodríguez Sotillo A, Aboal Seijas A. Versión pediátrica del protocolo de evaluación de la adecuación (PEA): Aplicación a los cuatro grupos diagnósticos relacionados más frecuentes en un hospital infantil de La Coruña. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:249-255.
5. Oterino de la Fuente D, Peiró S, Portella E, Marchan C, Aymerich S. Utilización innecesaria de la hospitalización: importancia de la gestión a nivel de servicio. *Rev Calidad Asistencial* 1994;1:8-16.
6. Díez Sebastián J, Rosell Aguilar I, Deban Miguel C, Garrido Cantarero G, García Caballero J. Adecuación de los ingresos y días de estancia (AEP) en pacientes ingresados en un Servicio de Cirugía General del Hospital «La Paz». *Medicina Preventiva* 1995;1:8-14.
7. Lorenzo S. Revisión de utilización de recursos: estudios realizados en España. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:140-146.
8. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res* 1987;22:709-769.
9. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-871.
10. Gloor JE, Kisson N, Joubert GI. Appropriateness of hospitalization in a Canadian Pediatric Hospital. *Pediatrics* 1993;91:70-74.
11. Numa A, Oberklaid F. Can short hospital admissions be avoided? A review of admissions of less than 24 hours' duration in a pediatric teaching hospital. *Med J Aust* 1991;155:395-398.
12. Smith HE, Sheps S, Matheson DS. Assessing the utilization of in-patient facilities in a Canadian Pediatric Hospital. *Pediatrics* 1993;92:587-593.
13. Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, Antó JM. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993;100:407-411.
14. Alonso M, Fernández Marín J, Garrido G, García Caballero J. Adecuación de la utilización hospitalaria en un servicio de Cirugía General. *Rev Calidad Asistencial* 1995;6:320-325.
15. Oterino de la Fuente D, Peiró S, Marchan C, Portella E. Inappropriate hospitalization: reasons and determinants. *Europ J Publ Health* 1996;6:126-132.
16. Jiménez Alvarez C, Navarro Espigares JL, Pérez Sáez F, Morales Torres JL. *Estancias innecesarias y coste de la no-calidad*. XVII Jornadas Economía de la Salud. Murcia, 1997.
17. Schiff E, Modan B, Barzilay Z, Blumstein Z, Fuchs Z, Mozes B. Patterns of unjustified pediatric hospital stay. *Isr J Med Sci* 1993;29:33-36.
18. Restuccia JD. *Manual de utilización del Appropriateness Evaluation Protocol*. Barcelona. Fundación Avedis Donabedian, 1995.
19. Ash A. The design and analysis of hospital utilization studies. *Int J Qual Health Care* 1995;7:245-252.
20. Canga E, Del Vigo S, Fabo P, Saduño S, López O. Experiencia en la aplicación del «The appropriateness evaluation protocol»: evaluación del método. *Todo Hospital* 1994;103:29-34.
21. Ramos Cuadra A, Marion Buen J, García Martín M, Fernández Gracia J, Morata Céspedes MC, Martín Moreno L y cols. Use of the appropriateness evaluation protocol: The role of medical record quality. The effect of completeness of medical records on the determination of appropriateness of hospital days. *Int J Qual Health Care* 1995;7:267-275.
22. Kreger BE, Restuccia JD. Assessing the need to hospitalize children: Pediatric appropriateness evaluation protocol. *Pediatrics* 1989;84:242-247.
23. González de Dios J, Mateos Hernández MA, González Casado I. Hospitalización inapropiada: Un marcador de calidad asistencial. *An Esp Pediatr* 1997;46:521-524.
24. Sarría Santamera A. ¿Por qué se hospitalizan los niños en España? *An Esp Pediatr* 1996;45:264-268.
25. Restuccia JD, Kreger BE, Payne SMC, Gertman PM, Dayno SJ, Lenhart GM. Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts. *Health Care Financing Review* 1986;8:47-54.
26. Meneu de Guillerma R, Peiró S. La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿De la comunicación científica a la utilización práctica? *Todo Hospital* 1997;134:53-60.