

NO TODO ES ACUERDO EN EL CONSENSO: LIMITACIONES DE LOS MÉTODOS DE CONSENSO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Salvador Peiró Moreno / Eduard Portella Argelaguet
Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Valencia

Resumen

La necesidad de adoptar decisiones en situaciones de incertidumbre ha conducido a una elevada utilización de los métodos de consenso (técnica del grupo nominal, método Delphi y conferencias de consenso) en los servicios de salud. La revisión efectuada en el presente artículo muestra que el uso adecuado de estas técnicas requiere un alto grado de rigor metodológico, en especial respecto a la declaración de objetivos de los financiadores, la selección apropiada de participantes, realización previa de una síntesis de la información preexistente, la definición del grado de acuerdo con el que se alcanza el consenso y la evaluación del impacto del mismo.

Palabras clave: Métodos de consenso. Investigación de servicios sanitarios. Técnica del Grupo Nominal. Método Delphi. Conferencias de Consenso. Gestión sanitaria

THERE IS NOT ALWAYS AGREEMENT IN CONSENSUS. LIMITATIONS OF CONSENSUS METHODS IN HEALTH SERVICES

Summary

Taking decisions in uncertain situations has led to a high use of the consensus methods (Nominal Group Technique, Delphi Method, and Consensus Conferences) in the health services. The review made in this article shows that the appropriate use of these techniques requires a high degree of methodologic precision, especially in relation to the financier's declaration of objectives, the appropriate selection of the participants, previous realization of a synthesis of the preexistent information, the definition of the agreement degree which leads to the consensus and in the evaluation of its impact.

Key words: Consensus methods. Health services research. Nominal Group Technique. Delphi Method. Consensus Conference. Health management.

Introducción

La necesidad de adoptar decisiones ante problemas que no pueden resolverse cuantitativamente ha conducido al desarrollo y al uso cada vez mayor de aproximaciones cualitativas, como los métodos de consenso, para la investigación de salud. El objetivo principal de estos métodos es obtener algún tipo de acuerdo entre expertos o personas implicadas en un problema en el que la incertidumbre es un elemento esencial para el mantenimiento de discrepancias. Asumen sus usuarios que el consenso logrado por tales expertos puede ser suficiente, o al menos útil para la toma de decisiones.

En los servicios de salud estas técnicas se utilizan principalmente como soporte para establecer

protocolos de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de enfermería, para la realización de predicciones con fines prospectivos, para la detección de necesidades de salud en la comunidad y para el establecimiento de prioridades de actuación o de investigación¹.

Pese a su elevada utilización, los métodos de consenso no están exentos de controversias sobre su validez y utilidad, especialmente cuando se emplean para construir pautas terapéuticas, diagnósticas, o de manejo de nuevas tecnologías. Parte de la controversia se debe a las limitaciones intrínsecas de estos métodos, pero otra parte se debe a los problemas de su puesta en práctica. En ambos casos, la literatura que trata de estos problemas y limitaciones es escasa y dispersa. El objeto de este trabajo es sistematizar los principales proble-

Correspondencia: Salvador Peiró. Unitat d'Administració de Serveis de Salut. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP) C/ Juan de Garay 21. 46017 Valencia.

Este artículo fue recibido el 24 de febrero de 1993 y fue aceptado tras revisión el 26 de agosto de 1993.

mas y limitaciones de estos métodos, de modo que puedan ser evitados, reducidos o, al menos, ser tenidos en cuenta. Todo ello en la creencia que una metodología más depurada contribuirá a hacer más creíbles sus resultados y, tal vez, a incrementar su impacto.

Métodos de consenso en el sector sanitario

Simplificando mucho y teniendo en cuenta la existencia de numerosas variantes de cada técnica, los servicios de salud emplean principalmente tres métodos de consenso: el método Delphi, la técnica del grupo nominal (TGN) y las conferencias de consenso (CDC). Los tres utilizan, de forma sucesiva y siguiendo procedimientos altamente formalizados, técnicas de reflexión individual y estimulación de la creatividad, algún tipo de discusión estructurada y la combinación de juicios individuales para obtener un juicio global de grupo.

En el método Delphi²⁻⁴ los participantes son encuestados mediante la remisión por correo de sucesivos cuestionarios. Los resultados son analizados y sintetizados por el grupo director del estudio que proporciona a los expertos participantes un retorno o "feed-back" de cada ronda, en el que se señalan sus posiciones y las globales del grupo. El consenso se obtiene por un procedimiento matemático de agregación simple de juicios individuales y eliminación de las posiciones extremas.

A diferencia del anterior, en la técnica del grupo nominal (TGN) los participantes se reúnen físicamente. En esta reunión, y de un modo sumamente formalizado, exponen sus ideas, fijan individualmente sus puntos de vista, explicitan sus diferencias y votan individualmente cada solución propuesta⁴⁻⁸. El consenso se obtiene, como en el caso anterior, por un procedimiento de agregación matemática de juicios individuales.

Las conferencias de consenso (CDC) consisten en la evaluación de la evidencia disponible sobre algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, habitualmente por reputados expertos, ante un jurado constituido por expertos y no expertos (médicos no necesariamente especialistas en el campo que se evalúa, consumidores, economistas, etc.) que debe emitir un informe con recomendaciones sobre el uso de la tecnología revisada que, posteriormente, será difundido extensamente entre los profesionales implicados. El objetivo de las CDC es establecer un consenso útil para el uso del procedimiento evaluado que permita orientar la práctica médica⁹⁻¹². Los Institutos de salud de los Estados Unidos (NIH) iniciaron

en 1977 un programa de CDC con la finalidad de evaluar nuevas tecnologías médicas que cuentan actualmente con cerca de un centenar de conferencias de consenso realizadas y han jugado un papel clave para difundir esta metodología en otros países^{13,14}, incluyendo España¹⁵. Los NIH han desarrollado además un papel esencial en la evaluación de las CDC¹⁶⁻¹⁹, aunque también se han realizado evaluaciones en otros países²⁰⁻²³, e incluso comparaciones internacionales²⁴⁻²⁶.

En la tabla 1 se resumen las principales características, de las ventajas y limitaciones de las tres técnicas. Las CDC son el método de consenso de más reciente creación y mayor presencia en la literatura científica actualmente²⁷, tanto por el programa de los NIH como porque la difusión de sus recomendaciones en las revistas médicas es una parte esencial de la propia técnica. No obstante, la TGN, de uso admirablemente sencillo, tiene probablemente una mayor utilización que, en buena parte, no llega a la literatura científica al tratarse de temas de gestión sanitaria, o no se recoge en los descriptores al utilizarse la técnica de un modo auxiliar en la investigación. El método Delphi, de gran laboriosidad, ha perdido terreno frente a las CDC en el entorno sanitario, pero sigue teniendo una indicación precisa cuando no es fácil reunir a los participantes. Los investigadores del estudio de utilización de los servicios de salud de RAND-UCLA (*RAND-UCLA Health Services Utilization Study*) (HSUS) desarrollaron en la última década una técnica de consenso, con elementos de método Delphi y grupo nominal, de gran uso en Estados Unidos y Canadá para la evaluación del uso apropiado de tecnologías médicas²⁸⁻³⁰.

De cualquiera de estas técnicas se espera que, correctamente utilizada, permita a las personas que cuentan con la mejor información disponible para el fin perseguido, proponer soluciones más acertadas, válidas y de mayor credibilidad, en temas controvertidos o sobre los que existe un alto grado de incertidumbre.

Sin embargo, sería un error considerar que estas técnicas, que se basan en la realización de sucesivos y poco depurados procesos de análisis y síntesis de las opiniones subjetivas de expertos, con la finalidad de constreñirlas e intentar obtener una convergencia de soluciones, están exentas de problemas y tienen bien establecida su validez y fiabilidad³¹⁻³⁵. Preocupa, entre otros temas, el papel de los organizadores, los sesgos en la selección de expertos, la calidad de la información que sustenta el consenso, y el tipo y nivel de acuerdo alcanzado. Asimismo, también preocupa la determinación del impacto real en la toma final de decisiones o en la

Tabla 1. Características de las reuniones convencionales y los métodos de consenso

	<i>Reunión convencional</i>	<i>Técnica de grupo nominal</i>	<i>Método Delphi</i>	<i>Conferencia de consenso</i>
<i>Participantes</i>				
Minimiza las influencias entre los participantes	No	Sí	Sí	No
Da iguales oportunidades de participación	No	Sí	Sí	No
Buen funcionamiento con grupos heterogéneos	No	Sí	Sí	Sí
Garantiza la representatividad de los participantes	No	No	No	Algo
Requiere habilidades de comunicación verbal	Sí	Mínima	No	Sí
Requiere habilidades de comunicación escrita	No	No	Sí	No
Produce sensación de manipulación	Escasa	Alta	Alta	Media
<i>Resultados</i>				
Capacidad de obtención de consenso	Escasa	Alta	Alta	Alta
Generación nuevas ideas	Escasa	Muy alta	Alta	Media
Aportación de perspectivas distintas	Escasa	Muy alta	Alta	Muy alta
Integración de información diversa	A veces	Muy alta	Muy alta	Muy alta
Explora más de un problema	Sí	No	Sí	No
Dificultad interpretar resultado	Alta	Media	No	No
<i>Operativa</i>				
Pérdida opiniones extremas	No	Siempre	Siempre	A veces
Fácil realización	Sí	Sí	No	No
Coste	Bajo	Bajo	Alto	Muy alto
Esfuerzo preparación	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Duración	Corta	Corta	Muy larga	Larga
Necesidad reunir miembros	Sí	Sí	No	Sí

práctica clínica. Estas cuestiones han adquirido notoriedad con el uso de los métodos de consenso para la evaluación de tecnologías médicas o para la elaboración de protocolos de práctica médica, pero son igualmente relevantes cuando se utilizan en la toma de decisiones en otras áreas.

¿Quién organiza y modera los consensos?

El promotor de un consenso, típicamente el financiador o patrocinador, suele seleccionar el tema, así como el alcance y límites del mismo, y confía la responsabilidad de su organización a un grupo de trabajo.

El grupo de trabajo en un Delphi, escoge los participantes, elabora los cuestionarios, trata la información, sintetiza los resultados para proporcionar cada retorno ("feed-back") y elabora los resultados finales. En las CDC, el grupo organizador, además de preparar la información previa sobre el tema en cuestión, designa a los miembros del jurado y a su presidente, recluta a los expertos que intervendrán en la conferencia e invita a un público seleccionado. En la TGN, los organizadores confeccionan la pregunta que se formulará al grupo nominal, seleccionan a sus miembros y eligen el moderador que conducirá la reunión.

Para la evaluación de tecnologías, mediante cualquier método y como regla general, los patrocinadores del tipo de las sociedades médicas (y a veces con financiación de la industria farmacéutica o electromédica) tienden a seleccionar paneles homogéneos de expertos clínicos, casi siempre especialistas, mientras que los patrocinadores gubernamentales tienden hacia paneles mixtos con expertos clínicos, expertos no médicos y usuarios³⁵.

La importancia de quién organiza los consensos es, pues, obvia para la credibilidad de los resultados. Una reunión de consenso no es (y no tendría que ser) un lugar apropiado para la defensa de intereses de grupo o particulares que deberían resolverse por mecanismos de negociación. Como garantía de ello, la transparencia en la financiación y en las motivaciones y propósitos de los promotores y organizadores deberían estar perfectamente definidas en todos los ejercicios de consenso.

Selección de participantes y composición del panel

La adecuada selección de los participantes es un aspecto fundamental de todos los métodos de consenso y ninguna técnica permite superar una composición inapropiada del grupo de expertos⁴. Ade-

Tabla 2. Posibles criterios para establecer cuando se alcanza un consenso

En la votación final la idea es apoyada por un tanto por ciento predeterminado de participantes.
Los resultados de la votación final, o tras *n* votaciones, sitúan la idea entre las *n* primeras.
Las respuestas valoradas en una escala de 1 a 5, alcanzan un promedio superior a 3 puntos.
Las respuestas valoradas en una escala de 1 a 3, reciben un "1" de al menos el 51% de los participantes.
No se aceptarán las respuestas que tengan la oposición de un tanto por ciento predeterminado de participantes

Basado en Fink *et al*, 1984⁸.

más, la credibilidad de los resultados del consenso viene dada, en muy buena parte, por la credibilidad de los miembros que componen el panel.

Todas las metodologías de consenso asumen que los participantes son buenos conocedores del tema de discusión, al menos desde alguna perspectiva, y están capacitados para adoptar los acuerdos que tomarán. Esto no excluye, sino que obliga, la participación de usuarios si se desea integrar su perspectiva en el consenso. En todo caso, los participantes en un consenso deberían ser seleccionados^{8,35} mediante criterios como el reconocimiento generalizado de sus conocimientos en el campo, su representatividad en la profesión o su capacidad para implantar las decisiones finales consenso. La flexibilidad para explorar abiertamente puntos de vista diferentes es una estimable cualidad en los miembros del grupo. Si existe gran controversia sobre un tema podría ser contrario a los objetivos del consenso incluir sólo a miembros favorables a una conclusión^{33,36}.

Sobre la representatividad, especialmente cuando se trata de expertos médicos que deben elaborar protocolos, hay que señalar la posibilidad de que los clínicos que aceptan formar parte de un consenso sean distintos a los que rechazan participar en el mismo y, por tanto, sus juicios no sean reproducibles ni generalizables. Un trabajo sobre este aspecto³⁷ en el Reino Unido no encontró diferencias importantes entre ambos grupos, pero este hallazgo no tiene que ser generalizable a nuestro medio.

En las reuniones de consenso cuyo objetivo es la elaboración de protocolos de utilización apropiada de algún procedimiento clínico, se ha planteado la limitación a especialistas en el área estudiada o a la inclusión de otros miembros, como médicos generales o especialidades médicas relacionadas, en el grupo de consenso.

Recientemente³⁸, se realizó una comparación entre grupos de expertos de ambos tipos para valorar

la importancia de este factor y, aunque sus resultados no parecen generalizables, son muy ilustrativos.

Se utilizó el método de consenso desarrollado por la Corporación Rand²⁸ con objeto de juzgar la idoneidad de realizar una endarterectomía carotídea en diversas indicaciones según los dos tipos de panel. El panel formado exclusivamente por especialistas quirúrgicos alcanzó mayor acuerdo que el panel mixto. Este panel juzgó apropiada la endarterectomía en un 10% adicional de indicaciones, de lo que resultó un incremento del 38% al 70% en el porcentaje de procedimientos apropiados y un descenso del 31% al 19% en la proporción de inapropiados, respecto al panel mixto. La magnitud de estas diferencias ilustra suficientemente la importancia de la composición del grupo. Hay que señalar, sin embargo, que ambos paneles estuvieron de acuerdo en el mismo 12-13% de indicaciones inapropiadas. Parece razonable conjeturar que esta fracción representa el límite menor del uso inapropiado de la endarterectomía carotídea y, por tanto, tiene importancia la presencia de un alto nivel de acuerdo respecto a este límite independientemente de la composición del grupo.

Conviene señalar que el número de miembros del panel, aunque no parece tener importancia para grupos entre siete y nueve personas, podría ser relevante en grupos mayores o menores al poder afectar sensiblemente los resultados a través de cambios en la dinámica de grupo. Estas diferencias podrían ayudar a explicar la diversidad de resultados entre métodos como las CDC y la TGN.

¿Qué información sustenta los consensos?

Una de las principales críticas a los métodos de consenso pregunta acerca de la existencia de suficiente información y con la suficiente base científica para sustentar las opiniones de los expertos^{27,33}. Este problema es trascendental porque se refiere a la idoneidad del modelo científico que fundamenta el uso de los métodos de consenso. Si la subjetividad de los expertos no está basada en el rigor metodológico, en la revisión y síntesis de la información existente sobre el problema que se valora, el grado de incertidumbre resultante puede hacer inútil el objetivo del consenso o, peor aún, alcanzar un consenso basado en el prejuicio³⁹ y obviando la evaluación de la evidencia.

Aunque en algunos ejercicios de consenso no se revisan los antecedentes y se confía en el conocimiento previo de los expertos, la mayor parte de los que se realizan actualmente proveen a los panelistas

Tabla 3. Niveles de acuerdo en un método de consenso

Niveles de acuerdo

A9R: Las puntuaciones de los 9 panelistas están dentro de una región de tres puntos definida: 1-3, 4-6, 7-9.

A9R: Las puntuaciones de los 9 panelistas están en un rango de tres puntos.

A7S: Tras descartar los dos valores extremos, los siete valores restantes están dentro de una región de tres puntos definida: 1-3, 4-6, 7-9.

A7R: Tras descartar los dos valores extremos, los siete están restantes dentro de una región de tres puntos.

Niveles de desacuerdo

D9S: Considerando las nueve puntuaciones, al menos una fue un 1 y al menos otra fue un 9.

D9R: Considerando los nueve valores, al menos uno estuvo en la región 1-3 y al menos otro estuvo en la región 7-9.

D7S: Tras descartar el extremo más alto y el más bajo, al menos uno de los restantes fue un 1 y al menos otro fue un 9.

D7R: Tras descartar el extremo más alto y el más bajo al menos uno de los siete restantes estuvo en la región de 1-3 y al menos otro en la región de 7-9.

D5R: Tras descartar los dos extremos más altos y los dos más bajos, al menos uno de los cinco valores restantes estaba en la región 1-3 y al menos otro estaba entre 7-9.

D: desacuerdo; A: acuerdo; S: estricto; R: relajado. Basado en Brook RH *et al*²⁹.

de, al menos, una bibliografía actualizada sobre el tema a debate y, en muchos casos, de una síntesis sobre la calidad metodológica de la misma³⁵. Se ha demostrado que el acuerdo entre los miembros de un panel es más amplio y consistente cuanto más consistente es la evidencia (por ejemplo, un ensayo clínico controlado) sobre la que se basa el consenso²².

En términos generales, y especialmente si se trata de alcanzar un consenso sobre la idoneidad de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, es esencial garantizar que los panelistas, aunque ellos sean ya depositarios de la información, disponen de la mejor información posible sobre el tema. Para ello es necesario que el grupo organizador del consenso facilite a los participantes una revisión rigurosa y actualizada de la literatura científica sobre el tema^{11,27}, recurriendo al metaanálisis para sintetizar los estudios precedentes o, incluso, a la realización previa de un Delphi exclusivamente para valorar la evidencia científica preexistente. En esta perspectiva se ha propuesto^{22,40} rediseñar el proceso de algunos métodos como las CDC y clasificar, mediante una escala de grados posibles de certeza, las recomendaciones del grupo de expertos, dependiendo del nivel de consistencia científica de las fuentes consultadas. De este modo, los acuerdos basados sobre extensos ensayos clínicos tendrían mayor peso que los soportados por estudios de menor solidez.

El consenso en el consenso

El rasgo esencial que caracteriza a las técnicas de consenso es, precisamente, haber sido diseñadas para obtener un consenso como resultado. Esta

propiedad, central para el propio objetivo del método, ha sido muy criticada, tanto por la eliminación de desacuerdos para forzar el consenso como, y en particular para las CDC, porque las mecánicas que se utilizan para obtenerlo no permiten la reflexión y revisión por los expertos de estos resultados^{27,41}.

En la TGN y en el método Delphi, el consenso por la discusión está subordinado a la simple adición matemática de los juicios individuales, eliminándose las ideas menos votadas. Esto puede llevar a la eliminación de ideas valiosas pero nuevas o muy originales, alcanzando acuerdos sobre lugares comunes⁴. En las CDC, cuya mecánica se aproxima más a la de los grupos interactuantes, los esfuerzos por evitar desacuerdos y disensiones en el grupo podrían ejercer un papel importante en la obtención del consenso.

La manipulación para obtener el consenso que se realiza en las tres técnicas podría ser la principal ventaja o inconveniente de las mismas. En todo caso plantea el problema metodológico crucial de cómo debe ser definida la existencia de consenso⁴²: ¿es necesario que todos los participantes tengan la misma opinión?, ¿cuánta divergencia es aceptable para establecer que se ha alcanzado un consenso? En la tabla 2 se recogen⁸ algunos criterios para definir cuándo se ha alcanzado un consenso que podrían ayudar en este problema. En todo caso, parece necesario definir siempre por adelantado el nivel o tipo de consenso que se desea alcanzar.

Una aproximación interesante para delimitar este problema fue desarrollada por los investigadores del estudio de utilización de los servicios de salud RAND-UCLA para un método de consenso que tenía por objetivo determinar la utilización inapropiada de diversos procedimientos médicos y quirúrgicos^{28,29}.

A los expertos se les facilitó una lista, extraída por

revisión de la literatura, de todas las posibles indicaciones de tales procedimientos y debían (primero sobre una encuesta tipo Delphi y después en una reunión estructurada tipo grupo nominal) puntuar en una escala de 1 a 9 cuando consideraban el procedimiento extremadamente inapropiado para la indicación (1), dudoso (5) o altamente apropiado (9). En la tabla 3 se recogen los niveles de acuerdo y desacuerdo que previamente se habían definido. En general, cuando más estrictos son los criterios de acuerdo o desacuerdo más difícil será alcanzar un consenso.

Este tipo de aproximación, incorporable a la mayor parte de los métodos de consenso, reconoce la inexistencia de reglas estrictas para establecer cuándo se ha alcanzado un consenso en torno a una cuestión y sus resultados, al ser capaces de mostrar los desacuerdos existentes en el consenso, permiten una visión más exacta del nivel de acuerdo existente entre los expertos en torno al problema a debate.

Difusión, impacto y evaluación

Las reuniones de consenso, con raras excepciones, no son un fin en sí mismas, sino un medio para facilitar la toma de decisiones o, sobre todo en los últimos años, de establecer recomendaciones para orientar la práctica médica.

Cuando se trata, como en las CDC y en algunos estudios Delphi o TGN, de influir en los comportamientos clínicos, la difusión de los resultados es una parte consustancial del proceso de consenso. Y sin embargo, se sabe poco del impacto de estas técnicas sobre los comportamientos clínicos y los escasos estudios sobre el tema, aun con resultados contradictorios³⁵, no confirman el valor de los consensos como vía para modificar los estilos de práctica, ni siquiera entre los clínicos que conocen las recomendaciones de los mismos.

Así, el Programa de Conferencias de Consenso del NIH ha sido uno de los escasos programas de evaluación de tecnologías médicas que realizó, a través de revisores independientes, su propia evaluación. Estas evaluaciones se centraron en el proceso de consenso, el impacto de la difusión de las

recomendaciones y el impacto global sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud. Sus resultados mostraron un impacto prácticamente nulo sobre la práctica médica y sobre la introducción de las nuevas tecnologías^{14,17,43}.

Aunque algunos estudios, singularmente en países europeos y sobre todo cuando los consensos se realizaron a nivel local o ante audiencias particularmente receptivas, han mostrado algún efecto sobre los estilos de práctica, en general se considera que el impacto de las recomendaciones de los consensos sobre la práctica médica es escaso, hasta el punto de que algunos autores proponen un uso combinado con otras medidas, tales como los incentivos económicos^{23,44}.

Comentarios finales

Los métodos de consenso, pese a no tener bien establecida su validez y fiabilidad, se han convertido en una parte importante del arsenal disponible para resolver problemas, evaluar tecnologías y tomar decisiones en los servicios de salud.

Previsiblemente su popularidad irá en aumento, sobre todo las CDC al estilo de las realizadas en Estados Unidos. La evaluación de la efectividad de esta técnica en nuestro entorno parece necesaria, esto debido a la escasa tradición en técnicas destinadas a orientar la práctica médica y cuando la metodología de las primeras CDC ha sido puesta en entredicho³⁹.

Los resultados de un consenso son tan creíbles y útiles como la preparación y el rigor en su realización lo permiten. Los ejercicios de consenso deberían ser siempre realizados con gran meticulosidad metodológica y atención a su validez. Esto es especialmente importante cuando su destino es la elaboración de pautas de práctica médica ya que, aun conociendo su pequeño efecto sobre el comportamiento clínico, sus resultados podrían ser utilizados como base para otros procesos, tales como la toma de decisiones de asignación de recursos u otras por los responsables sanitarios, su uso en investigación de servicios de salud y su uso en actividades de garantía de calidad, en las que estas recomendaciones pueden ser empleadas como estándar de calidad.

Bibliografía

1. Varela J. Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Gac Sanit* 1991; 5: 114-7.
2. Pill J. The Delphi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-Econ Plan Sci* 1971; 3: 57-71.

3. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Addison-Wesley Publishing Co., 1975.
4. Delbecq AL, Van de Ven A, Gustafson DH. *Técnicas grupales para la planeación*. México: Ed. Trillas, 1984.
5. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal Group as a Research Instrument for Exploratory Health Studies. *Am J Public Health* 1972; 632: 337-42.

6. Delbecq A, Van de Ven A. A group process model for problem identification and program planning. *J Applied Behav Sci* 1971; 7: 467-92.
7. Delp P, Thesen A, Motiwalla J, Seshadri N. *Systems Tools for Project Planning*. Bloomington, Indiana: International Development Institute, 1977:14-8.
8. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-83.
9. Rennie D. Consensus Statements. *N Engl J Med* 1981; 304: 665-6.
10. Perry S, Kalberer JT. The NIH Consensus-Development Program and the Assessment of Health-Care Technologies. The First Two Years. *N Engl J Med* 1980; 303: 169-72.
11. Jacoby I. Evidence and consensus. *JAMA* 1988; 259: 3039.
12. Giraud A, Jolly D. Origines et definition des conférences de consensus. En: Giraud A, Jolly D (dir). *Les consensus en médecine. Analyse et bilan des conférences de consensus dans le monde*. Paris: Doin Editeurs et Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 1991:11-20.
13. Jacoby I. Les Etats-Unis d'Amérique. Histoire et impact du programme de consensus américain. En: Giraud A, Jolly D, (dir). *Le consensus en médecine. Analyse et bilan des conférences de consensus dans le monde*. Paris: Doin Editeurs et Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1991; 23-32.
14. Perry D. The NIH Consensus Development Program; A Decade Later. *N Engl J Med* 1987 317: 485-8.
15. Banegas JR. Las conferencias de consenso llegan a nuestro país. Un instrumento racional para la evaluación y difusión de las tecnologías médicas. *Rev San Hig Pub* 1989; 63: 7-14.
16. Wortman PM, Vinokur A, Sechrest L. Do consensus conferences work? A process evaluation of the NIH consensus development program. *J Health Polit Policy Law* 1988; 13: 469-498.
17. Kosecoff J, Kanouse DE, Rogers WH, McCloskey L, Winslow CM, Brook RH. Effects of the National Institute of Health Consensus Development Program on Physician Practice. *JAMA* 1987; 258: 2708-2713.
18. Johnsson M. Evaluation of the consensus conference program in Sweden. Its impact on physicians. *Int J Technol Assess Health Care* 1988; 4: 89-94.
19. Jacoby I, Clark SM. Direct mailing as a means of disseminating NIH Consensus Statements. *JAMA* 1986; 255:1328-30.
20. Winkler JD, Kanouse DE, Brodsky L, Brook RH. Popular press coverage of eight National Institutes of Health Consensus Development Topics. *JAMA* 1986; 255: 1323-7.
21. Calltorp J. Consensus development conferences in Sweden. Effects on health policy and administration. *Int J Technol Assess Health Care* 1988; 4: 75-88.
22. Lomas J, Anderson GM, Enkin M, Vayda E, Roberts R, MacKinnon B. The role of evidence in the consensus process. Results from a Canadian consensus exercise. *JAMA* 1988; 259: 3001-5.
23. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306-11.
24. Rogers EM, Larsen JK, Lowe CU. The consensus development process for medical technologies: A cross-cultural comparison of Sweden and the United States. *JAMA* 1982; 248: 1880-2.
25. Brook RH, Park RE, Winslow CM, Kosecoff JB, Chassin MR. Diagnosis and treatment of coronary disease: Comparison of doctors' attitudes in the USA and the UK. *Lancet* 1988; i: 750-3.
26. McGlynn E, Kosecoff J, Brook RH. Format and conduct of Consensus Development Conferences. Multination Comparison. *Int J Technol Assess Health Care* 1990; 459-69.
27. Perry S, Wilkinson SL. The technology assessment and practice guidelines forum. A modified group judgment method. *Int J Technol Assess Health Care* 1992; 8: 289-300.
28. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A Method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care* 1986; 2: 53-63.
29. Park RE, Fink A, Brook RH, Chassin MR, Kahn KL, Merrick NJ et al. Physician rating of appropriate indications for six medical and surgical procedures. *Am J Public Health* 1986; 76: 766-72.
30. Naylor CD, Basinki A, Baigre RS, Goldman BS, Lomas J. Placing patients in the queue for coronary revascularization: Evidence for practice variations from an expert panel process. *Am J Public Health* 1990; 80: 1246-52.
31. Horn SD, Williamson JW. Statistical methods reliability and validity testing: an application to nominal group judgements in health care. *Med Care* 1977; 15: 922-8.
32. Ahrens EH. The diet-heart questions in 1985: has it really been settled. *Lancet* 1985; i: 1085-7.
33. Oliver MF. Consensus or Nonsense conferences on coronary heart disease. *Lancet* 1985; i: 1087-9.
34. Feinstein AR. Fraud, distortion, delusion and consensus: The problem of human and natural deception in epidemiologic science. *Am J Med* 1988; 84: 475-8.
35. Lomas J. Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. *Ann Rev Public Health* 1991; 12: 41-65.
36. Mullan F, Jacoby I. The town meeting for technology. The maturation of consensus conferences. *JAMA* 1985; 254: 1068-72.
37. McKee M, Priest P, Ginzler M, Black N. How representative are members of expert panels? *Qual Assur Health Care* 1991; 3: 89-94.
38. Leape LL, Park RE, Kahan JP, Brook RH. Group judgments of appropriateness: the effect of panel composition. *Qual Assur Health Care* 1992; 4: 151-9.
39. West R. Assessment of evidence versus consensus or prejudice. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 321-2.
40. Granados A. Las conferencias de consenso: ¿un método para la evaluación de las tecnologías médicas? *Gac Sanit* 1991; 5: 201-2.
41. Stoking B. First consensus development conference in United Kingdom: on coronary artery bypass grafting. Views of audience, panel, and speakers. *BMJ* 1985; 291: 713-6.
42. Scott EA, Black N. When does consensus exist in expert panels? *J Public Health Med* 1991; 13: 35-9.
43. Goodman C. Perspectives du programme de conférences de consensus du National Institute of Health (NIH). En: Giraud A, Jolly D (dir). *Le consensus en médecine. Analyse et bilan des conférences de consensus dans le monde*. Paris: Doin Editeurs et Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Paris, 1991: 69-76.
44. Hill MN, Weisman CS. Physician's perceptions of consensus report. *Int J Technol Assess Health Care* 1991; 7: 30-41.

NOTA NECROLÓGICA DEL PROF. ENRIQUE NÁJERA (1934-1994) EPIDEMIÓLOGO Y SALUBRISTA

Enrique Nájera Morrondo ha fallecido, de repente, en Buenos Aires, donde trabajaba como director de la oficina Panamericana de la Salud en Argentina. El profesor Nájera que era catedrático de Salud Pública en la Universidad de Sevilla, ha jugado un papel determinante en el desarrollo de la epidemiología en España, particularmente durante los primeros años de la transición democrática. Miembro de una familia de distinguidos salubristas, Enrique Nájera representaba durante la dictadura franquista, uno de los más sólidos eslabones entre la tradición sanitaria republicana y las nuevas generaciones de epidemiólogos y sanitarios españoles. Con una formación clínica competente, las aportaciones de Enrique Nájera al control de las enfermedades transmisibles como la poliomielitis y el cólera adquirieron relevancia internacional. Sus reflexiones epistemológicas acerca del papel de la Epidemiología y a la salud le llevaron a mantener una actitud crítica a los planteamientos reduccionistas del proceso de enfermar.

A Enrique Nájera le debemos la modernización y la ampliación de la práctica de la Epidemiología en la sanidad pública española, a través de su dilatado magisterio y, también, de sus iniciativas en el seno del recreado Ministerio de Sanidad en 1977. En efecto él fue, como subdirector general de Salud Pública, el principal impulsor de una convocatoria de cincuenta plazas de epidemiólogos que fueron ocupadas en su totalidad y donde, por primera vez, no se ejerció ninguna censura política de los candidatos. Luego, durante el primer gobierno socialista, desempeñaría la responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública.

Con una vastísima cultura, en la mejor tradición del movimiento sanitarista internacional, con una extraordinaria inquietud por los problemas sociales materializada en un activo y militante compromiso, Enrique Nájera fue una personalidad incómoda en un tiempo de pactos y componendas. Tal vez por ello la muerte le encontró en Argentina. Descanse en paz.

**Andreu Segura Benedicto
Fernando García Benavides**

