



EDITORIAL

No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas, la gestión y la práctica



Do not do in order to be able to do: Wisdom in policy, management and practice

No hacer lo inútil o contraproducente, para poder hacer lo útil, necesario y prioritario: ese es el núcleo de las estrategias para revertir las prácticas de bajo valor que se tratan en un documentado artículo publicado en este número de Atención Primaria¹. No dilapidar tiempo y recursos es algo particularmente importante cuando los profesionales están sobrecargados de trabajo y no pueden hacer, adecuadamente y en plazo, las actividades probadamente beneficiosas, como sucede en la actualidad.

Para distinguir qué es lo realmente útil, necesario y prioritario de lo que no lo es, necesitamos guías y políticas basadas en la evidencia, ajustadas a la situación real y que aprovechen la experiencia de primera mano de los profesionales y los pacientes. Pero, lamentablemente, eso no suele ser lo que se promulga. Las guías de práctica clínica orientan con base en la evidencia disponible (con su alcance y sus limitaciones) pero no tienen en cuenta la realidad en la que sus recomendaciones han de ponerse en práctica. Por ejemplo, un reciente estudio encontró que para cumplir todas las recomendaciones que hacen las guías, los médicos necesitarían trabajar 27 h al día².

Las recomendaciones «No hacer» del Ministerio de Sanidad de España y las sociedades científicas son un ejemplo de falta de prioridades para su elaboración³. El ministerio se limitó a recopilar las propuestas de las sociedades (algunas discrepantes entre sí^{4,5}) que, en conjunto, forman un batiburrillo hecho sin criterio alguno de prioridad o impacto.

Es exigible una gestión basada en la evidencia frente a la basada en ocurrencias que no han demostrado ser efectivas, seguras ni viables. Las decisiones en política y gestión sanitaria han de basarse en criterios explícitos y no en agendas ocultas. Los conflictos de interés han de ser conocidos y tenidos en cuenta. Tanto a la industria como a las autoridades sanitarias debe exigírseles transparencia. Las recomendaciones institucionales deben tener en cuenta la relevancia de los efectos de las actuaciones, y muy especialmente su

importancia para los pacientes. Para asegurar la relevancia para el paciente son importantes las decisiones compartidas, no solo en la entrevista clínica, sino también a la hora de elaborar las políticas de investigación y las guías. Los pacientes y las personas cuidadoras conocen de primera mano los problemas relacionados con la atención a la salud a los que se enfrentan. Son agentes fundamentales para saber qué está pasando en el mundo real, qué se hace y que no, y qué impacto tiene todo esto en su salud y en sus vidas.

Al evaluar las prácticas, tanto clínicas como de gestión, ha de considerarse su impacto a todos los niveles: pacientes, recursos, objetivos del sistema de salud y sociales, etc. Hay que considerar, al valorar sus riesgos, que las prácticas a evitar no solo pueden generar efectos adversos directos, sino que también pueden desencadenar daños en cascada: medicamentos para tratar los efectos adversos de otros, que, a su vez, causan nuevas reacciones adversas; pruebas con hallazgos incidentales que generan nuevas pruebas y nuevos hallazgos irrelevantes; medidas de gestión que causan situaciones de riesgo que se intentan paliar con otras medidas que generan nuevos riesgos, etc.

Un ejemplo de efectos adversos que van más allá del daño directo causado al paciente: la prescripción de antibióticos para resfriados u otros procesos virales no complicados. A los efectos adversos que pueden provocar en el paciente tratado, hay que sumar el riesgo de producción de resistencias antimicrobianas, un problema de salud pública de primer orden.

Como ejemplo de gestión contraria a la evidencia, podemos señalar las actuaciones que rompen la longitudinalidad en la relación del paciente con su médico de familia, cada vez más extendidas. Son medidas que, básicamente, consisten en facilitar que los pacientes de un médico de familia sean visitados por otro diferente, que puede ser cada vez distinto. Estas medidas no han demostrado su eficacia, cuando no han demostrado ser ineficaces o contraproducentes⁶. Sin

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102646>

0212-6567/© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

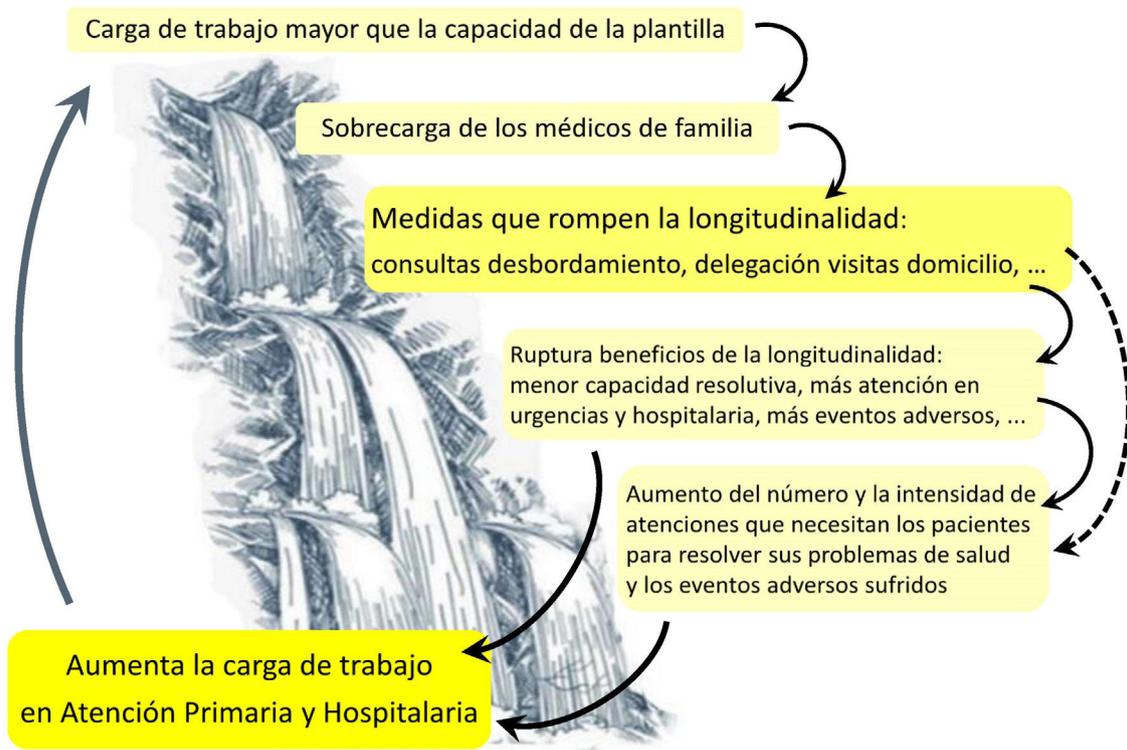


Figura 1 Cascada de gestión: efectos adversos en cascada producidos por medidas que rompen la longitudinalidad en atención primaria.

Fuente: elaboración propia.

embargo, la longitudinalidad que rompen sí está respaldada por evidencia de que aumenta la eficiencia y la seguridad de todo el sistema sanitario, mejora la satisfacción de los pacientes e incrementa sensiblemente su esperanza de vida⁷. Las medidas que rompen la longitudinalidad son prácticas que se deberían revertir porque aumentan el gasto, la sobrecarga asistencial e incluso la mortalidad.

En la [figura 1](#) se representa un caso de cascada de gestión, desencadenada por la instauración de una carga de trabajo que sobrepasa la capacidad de soporte de la plantilla de los centros de salud. Se produce una sobrecarga de los médicos de familia que induce maladaptaciones que rompen la longitudinalidad: consultas de rebosamiento, delegación de visitas domiciliarias a demanda, etc. La rotura de la longitudinalidad rompe sus mencionados beneficios y conlleva menor capacidad resolutiva, mayor número de eventos adversos, más visitas a urgencias y hospitalizaciones^{8,9}. El aumento del número y la intensidad de las atenciones que precisan los pacientes hace aún mayor la sobrecarga de los médicos de familia y la extiende a otros niveles asistenciales, con lo que se alimenta aún más la cascada.

Solo con la evidencia no basta para que las recomendaciones «No hacer» se lleven a la práctica en la vida real, donde hay que seleccionar lo más adecuado según el caso, el momento, el contexto, los objetivos y las prioridades. Eso es obligado hacerlo en consulta, pero también a nivel sistémico. Las políticas, los planes y las directrices deben ser claras, no contradictorias entre sí, fundamentadas, realistas y aplicables. Es necesario mejorar y conciliar las recomendaciones para seleccionar con sensatez las actividades a hacer

y no hacer en la práctica clínica. Es un proceso continuo de adaptación a la luz de la evolución de la evidencia científica y de la situación. Pero también, como marco y condicionante, urge la redacción de recomendaciones «No hacer» en políticas y gestión de la atención a la salud¹⁰.

Para poder proporcionar una atención con la calidad, la eficiencia y la seguridad exigibles necesitamos organizaciones y políticas sanitarias sensatas que favorezcan las prácticas sensatas.

Consideraciones éticas

No aplica.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Añel Rodríguez R, Astier Peña MP, Coll Benejam T. ¿Por qué resulta cada vez más complicado «hacer lo que hay que hacer» y «dejar de hacer lo que no hay que hacer»? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Aten Primaria*. 2023; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630>.

2. Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiterapong N. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2023;38:147–55, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-022-07707-x> [consultado 1 Abr 2023].
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España [Internet]. 2014. [consultado 22 Mar 2023]. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal.sccc.htm>.
4. GuíaSalud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata. Recomendaciones de «No hacer». 2013. [consultado 22 Mar 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/no-realizar-de-forma-sistemica-la-determinacion-de-psa-a-individuos-asintomaticos-sin-antecedentes-familiares-de-primer-grado-de-cancer-de-prostata/>.
5. GuíaSalud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. En pacientes asintomáticos y con PSA inferiores a la normalidad, no realizar determinaciones de PSA en intervalos inferiores a 1 año. Recomendaciones de «No hacer» 2016. [consultado 22 Mar 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/en-pacientes-asintomaticos-y-con-psa-inferiores-a-la-normalidad-no-realizar-determinaciones-de-psa-en-intervalos-inferiores-a-1-ano/>.
6. Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. *AMF*. 2019;15:452–9.
7. Añel RM, Palacio J. Atención urgente y en el día: cómo abordar los problemas causados por la sobrecarga de la Atención Primaria? *AMF*. 2022;18:94–102.
8. Loder E. Familiarity breeds better outcomes. *BMJ* [Internet]. 2017;356:j558, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j558> [consultado 1 Abr 2023].
9. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2022;72:e84–90, <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340> [consultado 1 Abr 2023].
10. Junta Directiva de la SoMaMFyC. No todo vale en la gestión de la Atención Primaria. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria* [Internet]. 2018;4(20) [consultado 1 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.somamfyc.com/publicaciones-listado/revistas/vol-20-no-1-abril-2018-revista-medicos-de-familia/>.

Jesús Palacio Lapuente
Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC
WONCA World Working Party on Quality and Safety on
Family Medicine, Bruselas, Bélgica
Correo electrónico: japala@gmail.com