

ARTÍCULO ESPECIAL

Variabilidad en las recomendaciones clínicas en las carteras de servicios de atención primaria de las comunidades autónomas

Félix Miguel-García*, María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio,
Ana Isabel Fernández Quintana y Mercedes Alfaro Latorre

Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España

Recibido el 19 de enero de 2011; aceptado el 26 de enero de 2011

Disponible en Internet el 6 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Variabilidad;
Atención primaria;
Cartera de servicios

Resumen Se analiza un conjunto de normas de calidad recogidas en las Carteras de Servicios de Atención Primaria. Se observa similitud en las distintas comunidades autónomas en el número y contenido de los controles en niños mayores de 2 años, periodicidad del cribado de factores de riesgo cardiovascular y del cribado de cáncer con mamografía. Se observa variabilidad en el número de controles recomendados en los 2 primeros años de vida (de 2 a 8), en la periodicidad del control de parámetros en las personas con factores de riesgo (por ejemplo, hemoglobina glucosilada en el diabético cada 2, 6 o 12 meses), en la periodicidad de citologías vaginales (cada 3 o 5 años) y en los períodos de edad en que se recomienda realizar citología (desde los 15, 20, 25 o 35 años hasta los 55 o 60) o mamografía (desde los 45 o 50 años hasta los 60 o 65).
© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Variability;
Primary care;
Service portfolio

Variability in the autonomous communities of the clinical recommendations in the Service Portfolios in Primary Care

Abstract The quality guidelines established in Primary Care Service Portfolios of Autonomous Communities were analysed. It was observed that there were similarities in the number and content of the controls in children over 2 years-old, time intervals of cardiovascular risk and breast cancer mammography screening. Variability was observed in the number of controls (from 2 to 8) recommended for infants less than 2 years old, in the time intervals of monitoring parameters of patients with risk factors (for example, glycosylated haemoglobin in the diabetic every 2, 6, or 12 months), in the time intervals in cervical cytology (every 3 or 5 years) and in the age periods of performing the cytology (from 15, 20, 25, or 30 years up to 55 or 60 years) or mammography (from 45 or 50 years up to 60 or 65 years).
© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmiguel@msps.es (F. Miguel-García).

Introducción

En el ámbito de la atención primaria (AP) se conoce como cartera de servicios una selección de ellos priorizada y organizada¹. El «servicio» es un conjunto de criterios de buena práctica encaminados a la atención o prevención de un problema de salud dirigido a una población especificada¹. Desde este punto de vista, la cartera de servicios de atención primaria (CSAP) se diferencia del concepto genérico de «cartera de servicios» entendido como catálogo de prestaciones de servicios que el Sistema Nacional de Salud (SNS) oferta y debe garantizar a todos los ciudadanos.

La CSAP tiene una larga andadura. Nació en 1991 en el INSALUD, y poco después en las primeras comunidades autónomas (CC. AA.) transferidas (1993 en Canarias, 1995 en Comunidad Valenciana, 1998 en Navarra y País Vasco, 1999 en Andalucía y 2000 en Galicia)². Los distintos desarrollos autonómicos y el tiempo transcurrido han dado lugar a distintas modalidades de CSAP, que pueden clasificarse en 3 tipos: las basadas en normas de calidad y coberturas de los servicios, las que se centran en indicadores de calidad y las que han adoptado la metodología de procesos.

La CSAP representa, en muchos casos, un destacado papel como instrumento en la organización y gestión de la AP y, de forma especial, ha promovido la introducción en la práctica clínica de criterios de calidad explícitos, evaluados de forma sistemática.

Estos criterios de calidad se conocieron en las primeras CSAP como «normas técnicas». La denominación se ha mantenido en CC. AA., y en otras se conocen como normas de calidad, normas de proceso, criterios de buena atención, criterios mínimos de calidad, actuaciones y criterios de calidad. En todos los casos se trata de formular criterios de calidad explícitos relativos a la prestación de los distintos servicios. La elaboración de estos criterios de calidad se ha llevado a cabo mediante consenso profesional en el seno de grupos de trabajo, en muchas ocasiones en colaboración con las sociedades científicas¹.

La CSAP se ha mostrado como un instrumento dinámico y ha ido incorporando y reorganizando servicios y criterios de calidad a lo largo del tiempo. Es por ello que, conservando los rasgos generales, las diferentes CC. AA. muestran diversidad en la estructura y organización general de sus CSAP respectivas y también en el contenido clínico concreto plasmado en las normas de calidad.

El objetivo de este trabajo de revisión es analizar este contenido clínico plasmado en una selección de normas de calidad de las CSAP autonómicas con el propósito de mostrar el grado de acuerdo-variabilidad en sus recomendaciones.

Se han recopilado, durante el año 2009, los documentos de las CSAP de las CC. AA. a través de las correspondientes páginas web y del contacto directo con los responsables autonómicos. Finalmente se ha obtenido información de 10 CC. AA. (Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco), y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla gestionadas por Ingresa¹.

Con objeto de facilitar la comparabilidad, las normas de calidad originales se han desagregado, reorganizado y simplificado cuando ha sido necesario, debido a que no son uniformes en estructura u organización en las distintas CSAP ni, en ocasiones, dentro de una misma CSAP: unas

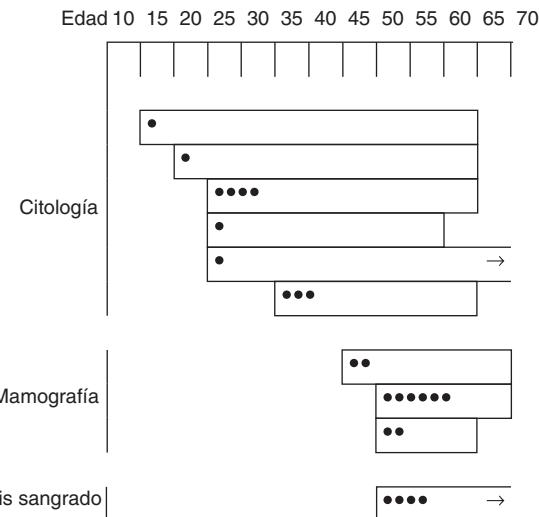


Figura 1 Tramos de edad en que se aconseja realizar el cribado de cáncer femenino. *Interpretación:* Cada punto representa una comunidad autónoma. Cada rectángulo señala la franja de edad en la que se recomienda realizar la prueba de cribado correspondiente.

veces cada norma es un criterio único y separado, otras veces incluye subcriterios explícitos o implícitos. Estos subcriterios, además, aunque se incluyan dentro de una misma norma, pueden referirse a distintos aspectos de la atención, como el seguimiento o el tratamiento.

De entre el dilatado número de normas de calidad existentes, se ha seleccionado un conjunto de ellas, centradas en las intervenciones preventivas recomendadas en el niño, adulto, anciano y mujer y en la atención a varios procesos crónicos prevalentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, hipercolesterolemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Para esta selección se han tenido también en cuenta las normas que se incluyen en la mayor parte de las carteras y que gozan de una larga tradición en atención primaria.

Recomendaciones clínicas

Los resultados se presentan mediante gráfico de puntos para facilitar la visualización de la variabilidad. El listado completo de normas de atención de cada comunidad autónoma se encuentra disponible en el documento base referenciado¹.

En las **tablas 1 a 5** y **figura 1** se exponen cuáles son las recomendaciones seleccionadas en cada CC. AA. Se resumen a continuación los resultados principales.

En cuanto a los exámenes de salud del niño sano (**tabla 1**), se observa que en los primeros 2 años de vida el número de controles recomendados oscila entre 2 y 8; esta variabilidad se reduce en el grupo de 2 a 5 años y prácticamente desaparece en el grupo de 6 a 14 años y en el periodo adolescente (3 visitas por cada periodo). En relación a los contenidos, los cribados recomendados son similares en todas las CC. AA., salvo en aspectos puntuales (**tabla 2**).

Respecto a las intervenciones preventivas en el adulto (**tabla 3**) y en el ámbito de los factores de riesgo cardiovascular se observa, salvo excepciones, acuerdo en la frecuencia

Tabla 1 Frecuencia de las revisiones de salud recomendadas en el niño y adolescente por tramos de edad (número de visitas)

Edad	0-23 meses	2-5 años	6-14 años	15-19 años
N.º de CC. AA. ^a	10	10	10	6
N.º de visitas				
8	•		•	
7	•			
6	•••			
5	••			
4	•	•		
3		•	•••••	•••
2	•	•••••		
1		••		
SD	•		••	

Interpretación: Cada punto representa una comunidad autónoma.

SD: sin determinar.

^a Número de comunidades autónomas (CC. AA.) que ofrecen el servicio.

recomendada para el cribado de hipertensión arterial y consumo de tabaco y de alcohol. No todas las CC. AA. estudiadas aconsejan cribado poblacional de hipercolesterolemia, diabetes y obesidad, y sólo la mitad aconseja la estimación del riesgo cardiovascular con tablas estandarizadas. En estos últimos casos, además, se observa alguna variabilidad en cuanto a tramos de edad y a periodicidad. En las personas ancianas se recomienda valorar su situación de riesgo mayoritariamente cada 2 años, y en aquellas que resulten clasificadas como de riesgo, una valoración funcional anual o bienal según comunidad autónoma.

Tabla 2 Cribados más frecuentemente recomendados en la infancia

Criptorquidia	••••••••
Displasia evolutiva de cadera	••••••••
Alteraciones visuales	••••••••
Hipoacusia	••••••••
Hipertensión arterial	••••••••
Hipercolesterolemia a población de riesgo > 2 años	••••••••
Detección de situaciones de alto riesgo psicosocial	••••
Feropenia	••
Cardiopatía congénita	•

Nota: frecuencias, franjas de edad y procedimientos concretos son distintos en función de la comunidad autónoma.

Interpretación: Cada punto representa una comunidad autónoma.

Sin embargo la periodicidad en el control de parámetros en las personas con factores de riesgo cardiovascular no es homogénea en las distintas CC. AA. (tabla 4). Por ejemplo, en las personas hipertensas se recomienda realizar electrocardiograma cada 2, 3 o 5 años en función de la comunidad autónoma, y analítica cada 1, 2, 3 o 5 años. Se recomienda realizar fondo de ojo en las personas diabéticas cada 2 años de forma mayoritaria, pero también con periodicidad anual o cada 3 años, y medir la hemoglobina glucosilada trimestral, semestral o anualmente.

En la prevención del cáncer femenino (tabla 5 y fig. 1) sólo se observan criterios uniformes en la frecuencia de las mamografías de cribado (cada 2 años). Pero tanto en la frecuencia de realización de citología vaginal (cada 3 o 5 años) como en los períodos de edad para realizar citología y mamografía, existe variabilidad. Por ejemplo, la edad

Tabla 3 Actividades preventivas en el adulto y en el anciano (mayor de 75 años) más frecuentemente recomendadas y su periodicidad

Servicio	Adulto						Anciano	Anciano de riesgo
	Toma de PA 20-40 años	Toma de PA 40-74 años	Anamnesis tabaco y alcohol	Colesterol total edad ^a	Glucemia basal > 45 años	IMC		
Intervención y grupo de edad								
N.º de CC. AA. ^b	10/10	10/10	10/10	8/10	7/10	7/10	6/10	9/10
c/1 año		• ^c						••
c/2 años	••••••••	••••••••						••••••••
c/3 años					•••••			•••••
c/4 años	••		•		••	•••••	•	
c/5 años	••••••		•	•••••		••	•	
c/6 años				•••				••
SD							•••• ^d	

c/: cada; CC. AA.: comunidades autónomas; IMC: índice de masa corporal; PA: presión arterial; RCV: riesgo cardiovascular; SD: sin determinar.

Interpretación: Cada punto representa una comunidad autónoma.

^a Tramos de edad: varones de 35 a 75 años y mujeres de 45 a 75 años en 6 CC. AA.; varones de 35-65 años en una comunidad autónoma; ambos sexos de 45 a 65 años en una comunidad autónoma.

^b Número de CC. AA. que aconsejan la intervención/número de CC. AA. que ofrecen el servicio correspondiente.

^c Una comunidad autónoma, PA anual desde los 50 años.

^d Si determinar una comunidad autónoma; según riesgo cada 1 o 5 años 2 CC. AA.; según edad cada 2 o 5 años una comunidad autónoma.

Tabla 4 Recomendaciones sobre la periodicidad de control de algunos parámetros en los servicios de crónicos más frecuentes

Servicio	Hipertensión arterial			Diabetes mellitus			Obesidad	Hcol	EPOC		
	Intervención	PA	Analítica	ECG	HbA _{1c}	Fondo de ojo	Glucemia	ECG	Peso	Analítica	Espirometría
N.º de CC. AA. ^a	10/11	10/11	10/11	11/11	11/11		8/11	7/11	9/9	10/10	10/10
1 vez								••••			
c/3 meses							•				
c/4 meses	••••								•••••		
c/2/3-6 meses	•			•••			••••				
c/6 meses	•••			•••					•		
c/1 años	•	••		•••••	•••		••		•••	•••••••••	•••
c/2 años		•••	••••		•••••••			••		•	•••••••
c/3 años		••	••		•						
c/4 años											
c/5 años		•••	••••								
SD	•						•				

c/: cada; CC. AA.: comunidades autónomas; ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; Hcol: hipercolesterolemia; PA: presión arterial; RCV: riesgo cardiovascular; SD: sin determinar.

Interpretación: Cada punto representa una comunidad autónoma.

^a Número de CC. AA. que aconsejan la intervención/número de CC. AA. que ofertan el servicio correspondiente.

Tabla 5 Recomendaciones sobre la periodicidad de realización de pruebas de detección precoz del cáncer femenino

Servicio	Cérvix	Mama	Endometrio
N.º de CC. AA. ^a	11/11	10/10	4/4
c/1 año			•••
c/2 años		•••••••••	
c/3 años	•••		
c/4 años			
c/5 años	•••••		
c/3-5 años	•••		
SD		•	

c/: cada; CC. AA.: comunidades autónomas; SD: sin determinar.

Interpretación: Cada punto representa una comunidad autónoma.

^a Número de CC. AA. que aconsejan la intervención/número de CC. AA. que ofertan el servicio correspondiente.

recomendada para el comienzo de realización de citología puede ser los 15, 20, 25 o 35 años. Sólo un tercio de las CC. AA. estudiadas recomiendan expresamente el cribado anual de cáncer de endometrio.

Discusión

Al menos desde los años 30 se viene expresando en medios profesionales la preocupación por la variabilidad de la práctica clínica, centrada inicialmente en la constatación de importantes diferencias en la realización de determinados procedimientos quirúrgicos (amigdalectomías, histerectomías, etc.) en función del hospital que se tratara³. El movimiento medicina basada en la evidencia, nacido en los primeros años 1990, utilizó como un argumento a favor de sus tesis, la existencia de variabilidad en la práctica clínica habitual no fundamentadas en evidencias⁴.

El origen de estas variaciones es múltiple y complejo. Deben tenerse en cuenta factores ligados a la demanda de

servicios (morbilidad, estructura demográfica y socioeconómica) y a la oferta (organización de servicios, accesibilidad, incentivos, protocolización, formación, incertidumbre en las evidencias, estilos de práctica)³.

Una de las estrategias con las que se intenta reducir la variabilidad clínica no justificada es incidir sobre los proveedores estableciendo procedimientos normalizados de actuación y elaborando y difundiendo guías de práctica clínica; así lo ha asumido, por ejemplo, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud al dedicar una de sus líneas estratégicas a «documentar la variabilidad de la práctica clínica, analizar sus causas, diferenciar la variabilidad aceptable de la considerada inaceptable, y adoptar estrategias orientadas a eliminar esta última»⁵.

Siendo un camino necesario, se ha de ser consciente de que los procedimientos de normalización y protocolización no están exentos de ser, en sí mismos, fuente de variabilidad de la práctica clínica. En efecto, es notoria la proliferación de documentos y guías de práctica clínica avaladas por grupos institucionales o científicos de toda índole que pone de manifiesto la existencia de diferencias importantes en las recomendaciones clínicas concretas que incluyen. Baste recordar las diferencias sobre la recomendación de utilización sistemática del PSA como cribado de cáncer de próstata⁶, los criterios para iniciar tratamiento antihipertensivo, hipolipidemiante o antiagregante en personas sanas⁷, cuándo utilizar fármacos para prevenir fracturas⁸, o lo relativo a los objetivos terapéuticos basados en parámetros clínicos⁷.

La revisión aquí presentada trata de objetivar la variabilidad existente en algunas de las recomendaciones recogidas en una herramienta con gran implantación en el nivel primario de atención, CSAP de los diferentes servicios de salud de las CC. AA. El trabajo recoge información sobre 10 CC. AA., aquellas que disponen del instrumento CSAP con normas de atención expresamente publicadas y en vigor en el año 2009.

Desde el punto de vista de las recomendaciones concretas no sólo cabe la discusión científica argumentada, sino que tal discusión forma parte de la esencia de lo científico. En el caso que aquí se ha presentado, es obligado preguntarse acerca de su justificación, pues si bien es cierto que la variabilidad en muchos aspectos de la práctica clínica es pertinente cuando las evidencias son insuficientes o indeterminadas, o también cuando se aplican al paciente concreto en el contexto del juicio clínico y la decisión del paciente informado, también lo es que, en las recomendaciones dirigidas al nivel poblacional, ha de buscarse el consenso fundamentado en evidencias.

Una vía para solucionar aparentes divergencias en las recomendaciones es aceptar que las evidencias, en muchas ocasiones, avalan no un único modo de proceder, sino un espectro de actuaciones más o menos amplio. Este cambio de perspectiva ayudaría por igual a clínicos y a pacientes (liberándolos de estrechos corsés) y a la propia posibilidad de consenso.

La finalidad de este trabajo no es discutir críticamente la pertinencia de las distintas recomendaciones, sino mostrar su variabilidad, y también las áreas de acuerdo, y facilitar, de esta forma, la reflexión crítica y los deseables consensos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean mostrar su agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y a la Subcomisión de Sistemas de Información, en los que se implican todas las CC. AA.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios de atención primaria; desarrollo, organización, usos y contenido [consultado 21/1/11]. Madrid: MSPS; 2010. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios.de_Atencion_Primaria_2010.pdf.
2. Aguilera M, Grupo de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud. Oferta de servicios en atención primaria. Aten Primaria. 2003;31:319-26.
3. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998;110:382-90.
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is and what it isn't. BMJ. 1996;312: 71-2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSPS; 2006 [consultado 21/1/11]. Disponible en: <http://www.mspis.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pn calidad/notaPrensa20060323TextolIntegro.pdf>.
5. Lin K, Lipsitz R, Miller T, Janakiraman S. Benefits and Harms of Prostate-Specific Cancer Screening: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 63. AHRQ Publication No. 08-05121-EF-1. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 [consultado 21/1/11]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=es63>.
6. Miguel F, Merino A, Montero MJ. Prevención primaria de la enfermedad cardiovascular con fármacos. AMF. 2009;5:375-85.
7. Miguel F, Montero MJ, Merino A, Sanz R, Maderuelo JA. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. BIT-Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2009;17:49-64 [consultado 21/1/11]. Disponible en: <http://www.navarra.es/home-es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+17/BIT+17+4.htm>.