



CARTAS AL EDITOR

Identificación y priorización de prácticas clínicas de poco valor: los profesionales de atención primaria deciden



Identification and prioritisation of low value clinical practices: The Primary Care professionals decide

Sr. Editor:

El reconocimiento e identificación de prácticas clínicas de poco valor (PCPV) y sus consecuencias por parte de los profesionales sanitarios y sociedades científicas, es un paso fundamental para la mejora de la calidad de la atención sanitaria. A principios de esta década, se crearon diversas iniciativas tanto nacionales como internacionales, con la finalidad de elaborar recomendaciones para evitar dichas prácticas^{1,2}.

En Cataluña, en el año 2013 la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya puso en marcha el Proyecto Essencial, una iniciativa que identifica PCPV y elabora recomendaciones para evitarlas³. Alineado con las iniciativas anteriores, el proyecto considera la implementación de las recomendaciones uno de sus objetivos principales⁴. En el año 2015 se inicia, a modo de experiencia piloto, la promoción del proyecto entre los equipos de atención primaria (EAP), que en la actualidad incluye a 147. Los elementos clave de esta experiencia son el liderazgo de los profesiona-

les y la incorporación de recomendaciones del proyecto en su práctica.

En el mes de abril de este año, se organizó la Jornada de implementación del Proyecto Essencial: «Más no siempre es mejor: evitemos prácticas de poco valor», con el objetivo de poner en valor las iniciativas que están llevando a cabo los EAP para incorporar las recomendaciones (fig. 1). Fue una oportunidad para promover la identificación de PCPV a partir de su experiencia en la práctica clínica habitual y su priorización para elaborar recomendaciones que posteriormente se incorporarán al proyecto.

El proceso de identificación se realizó por medio de una encuesta anónima online publicada en la web de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, entre los meses de febrero y marzo de 2017. La encuesta constaba de 3 preguntas: 1) propuesta de PCPV, 2) población diana, 3) evidencia científica.

Se recibieron 551 propuestas de PCPV. El 76% de los participantes eran mujeres y la mayoría tenían entre 40-60 años de edad (67%). Así mismo, el 66% eran médicos de familia, 28% de pediatría, 3% de enfermería y 3% de otras especialidades. El 72% de los profesionales trabajaban en EAP urbanos y el 71% tenía más de 10 años de experiencia.

De las 551 PCPV que se recibieron, 149 fueron excluidas por haber sido ya publicadas en Essencial, 135 por ser poco específicas y 8 por contener registros vacíos. Las 259 propuestas restantes fueron revisadas por el Comité Científico de la Jornada de acuerdo a unos criterios de evaluación: la frecuencia de uso de la PCPV, impacto en la población, número de EAP que la propusieron, potencial disminución de uso de recursos, aceptabilidad y factibilidad de la elabora-



Figura 1 Asistentes a la Jornada de Implementación del Proyecto Essencial.

ción de la recomendación. Se seleccionaron 215 propuestas y, una vez analizadas, el Comité identificó las 12 más relevantes que se presentaron en la Jornada para su priorización por parte de los asistentes. Esta priorización tuvo lugar en tiempo real por medio de una herramienta denominada kahoot que permite hacer votaciones en línea⁵.

Las PCPV según orden de más a menos prioritarias fueron: prescripción de antidepresivos en situaciones de tristeza, tratamiento de dislipidemias como prevención primaria en mayores de 75 años, prescripción de condroprotectores, tratamientos inyectables cuando la vía oral está conservada, radiografía en tendinitis de antebrazo, control rutinario de glucemia capilar en diabéticos, tratamiento crónico de anti-vertiginosos, tratamiento con fosfomicina-trometanol 3 G 2 dosis para la cistitis no complicada, prescripción de antiespasmódicos urinarios en personas mayores, frotis de heridas, vendajes solo de sujeción en úlceras de origen venoso y revisiones bucodentales en diabéticos⁶.

En conclusión, estos resultados evidencian la importancia del liderazgo e implicación de los profesionales sanitarios, siendo protagonistas en la identificación de las PCPV para la elaboración de recomendaciones. Así mismo, la Jornada fue un espacio donde se compartieron experiencias sobre la implementación y se inició el debate de temas fundamentales, como la comunicación y la participación de los pacientes.

Bibliografía

1. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal.sccc.htm.
2. Choosing Wisely [Internet]. Philadelphia, PA (Estados Unidos): ABIM Foundation; [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: www.choosingwisely.org.
3. Projecte Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <http://essencialsalut.gencat.cat>.
4. Kotzeva A, Torrente E, Almazán C, Colls C, Adroher V, Pons JM. Es pot afegir valor a la pràctica clínica «deixant de fer»? Actuacions clíniques innecessàries i les aportacions del projecte Essencial. *Annals de Medicina*. 2014;97:71–5.
5. Kahoot! Learning Games [Internet]. Oslo (Norway); [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <https://kahoot.com>.
6. Properes recomanacions. A: Projecte Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <http://essencialsalut.gencat.cat/ca/recomanacions/properes-recomanacions>.

Johanna Caro Mendivelso*, Caridad Almazán,
Isabel Parada-Martínez y Antoni Dedeu

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
(AQuAS), Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jmcaro@gencat.cat
(J. Caro Mendivelso).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.006>
0212-6567/

© 2017 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/>).

Modelo sanitario, índice de calidad asistencial y gasto sanitario público



Health model, care quality and health spending public

Sr. Editor:

En el mes de mayo se publicó en *The Lancet* un análisis que clasificaba a 195 países según un índice de calidad de acceso a los servicios sanitarios (HAQ, por sus siglas en inglés, Healthcare Access and Quality Index), y que colocaba a España en el 8.º puesto¹. Esta buena noticia era si cabe mejor porque su puntuación (90 sobre 100) era la misma que la de los otros 4 países situados por delante (Suecia, Noruega, Australia y Finlandia) y porque el primer país clasificado era Andorra (95 puntos), cuyo tamaño y escasa población (menos de 100.000 habitantes) lo hacen poco comparable con el resto.

En el artículo se recogía la evolución desde 1990 hasta 2015 de una gran variedad de indicadores que incluían el gasto sanitario per cápita, la densidad de profesionales, enfermedades y mortalidad evitables, cobertura poblacional, y otros indicadores de carga global de enfermedad y

factores de riesgo que configuran una escala del HAQ de 0 a 100, y cuyos resultados oscilaban desde 96 (Andorra) a 29 (República Centroafricana).

Es lo que ocurre cuando se comparan países de todo el mundo, con situaciones sociales, políticas y sanitarias muy diferentes, por lo que las conclusiones son aventuradas. Por eso hemos realizado un análisis de los valores HAQ de los 35 países de la OCDE², a priori más homogéneos entre sí, comparándolos con el gasto sanitario total, el gasto sanitario público, el gasto de bolsillo (lo que pagan los ciudadanos directamente para acceder a los servicios sanitarios públicos o privados) y con el modelo sanitario de los países (servicios nacionales de salud vs. modelos de seguros o privados).

En la **tabla 1** se reflejan los valores promedio de los países de la OCDE. Los países con modelos de servicios nacionales de salud (16 en total) presentan un índice HAQ promedio más elevado respecto a los otros 19 (88,68 frente a 82,38) y un mayor gasto sanitario público (7,47% por 5,92%, en porcentaje del PIB) y un menor porcentaje de gasto de bolsillo (18% por 21,3%, en porcentaje sobre el gasto sanitario total).

Si se analiza la relación del índice HAQ con las otras variables mediante análisis multivariante, se comprueba que existe una relación lineal significativa con el modelo