

Grado de conocimiento de la campaña *Compromiso por la Calidad* y de las recomendaciones *no hacer* entre médicos de familia, pediatras y enfermería de Atención Primaria

Level of knowledge of Quality Commitment Campaign and of “do not do” recommendations amongst general practitioners, pediatricians and nursing Primary Care

doi.org/10.23938/ASSN.0228

J.J. Mira^{1,2}, I. Carrillo², P. Pérez-Pérez³, G. Olivera⁴, C. Silvestre⁵, C. Nebot⁶, J. González de Dios⁷, J.M. Aranaz-Andrés⁸

RESUMEN

Fundamento. Evaluar si la iniciativa campaña Compromiso por la Calidad (ICC) era suficientemente conocida entre profesionales de atención primaria (AP), y valorar el grado de conocimiento de determinadas recomendaciones de lo que no debiera hacerse dirigidas a profesionales de AP.

Material y métodos. Estudio observacional basado en un muestreo de conveniencia a profesionales de medicina de familia (MF), pediatría (PED) y enfermería (ENF). Se formuló una pregunta directa sobre si se conocía la ICC y una serie de preguntas dicotómicas basadas en las recomendaciones *No Hacer* para valorar el nivel de conocimiento. Se consideró necesario un tamaño muestral mínimo de 288 profesionales por cada colectivo, considerando un error del 5%, nivel de confianza del 95% y $p=0,75$. El estudio de campo se realizó con la colaboración de diversos servicios de salud y organizaciones profesionales y científicas. Los datos se describieron como frecuencias o media (desviación típica), y se compararon mediante χ^2 /Fisher o ANOVA y t-test.

Resultados. Respondieron 1.904 profesionales (936 MF, 682 PED y 286 ENF). De ellos, 828 (43,5%) conocían la ICC: 524 (56,0%) MF, 234 (34,3%) PED y 70 (24,5%) ENF ($p<0,001$). Respondieron correctamente a todas las preguntas 652 (69,7%) MF, 631 (92,5%) PED y 116 (40,6%) ENF. Cometieron significativamente más erro-

ABSTRACT

Background. To evaluate if the Quality Commitment Campaign (QCC) was sufficiently known among primary care professionals (PC), and second, to evaluate the knowledge about certain recommendations of what should not be done in PC.

Methods. An observational study was conducted. General practitioners (GP), pediatricians (PED) and nursing (NUR) participated. A direct question was asked about whether QCC was known and a set of dichotomous questions based on the “do not do” recommendations to assess their knowledge. A sample size of 288 professionals from each group was the minimum required for a sampling error of 5%, 95% confidence level and $p=0.75$. The field study was conducted with the collaboration of health services and professional and scientific organizations. Data were described by frequencies and mean (standard deviation), and compared by means of χ^2 /Fisher or ANOVA and t-test.

Results. A total of 1,904 professionals (936 GP, 682 PED and 286 NUR) answered. The QCC initiative was known by 828 (43.5%) professionals: 524 (56.0%) GP, 234 (34.3%) PED and 70 (24.5%) NUR ($p<0.001$). All the questions were correctly answered by 652 (69.7%) GP, 631 (92.5%) PED and 116 (40.6%) NUR. Significantly more mistakes ($p<0.001$) were made by those who did not know the QCC, worked in the private sector or were

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (1): 47-55

1. Hospital Sant Joan. Alicante.
2. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.
3. Observatorio para la Seguridad del Paciente. ACSA. Sevilla.
4. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
5. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Servicio Navarro Salud-Osasunbidea. Pamplona.
6. Hospital Dr. Peset. Valencia.
7. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.
8. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:

José Joaquín Mira
Universidad Miguel Hernández
Edificio Altamira
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)
E-mail: jose.mira@umh.es

Recepción: 16/10/2017
Aceptación provisional: 28/12/2017
Aceptación definitiva: 05/02/2018

res ($p < 0,001$) quienes no conocían la ICC, trabajaban en el sector privado o no se consideraban responsables de la sobreutilización. Pese a no conocer la ICC, 60% MF y 90% PED contestaron correctamente a todas las preguntas del test.

Conclusiones. ENF y MF podrían beneficiarse de una mayor difusión de la ICC. También quienes trabajan en el sector privado y quienes creen que los profesionales tienen escasa responsabilidad en la sobreutilización innecesaria.

Palabras clave: Sobreutilización inadecuada. Calidad asistencial. Sociedades científicas. Atención primaria. Recomendaciones “no hacer”.

INTRODUCCIÓN

La sobreutilización innecesaria se define como la prestación de una asistencia sanitaria en ausencia de evidencia o cuando el beneficio potencial del procedimiento o tratamiento no supera sus riesgos¹. Esta sobreutilización de recursos diagnósticos, preventivos y terapéuticos está presente en todas las especialidades y en todos los sistemas sanitarios, y amenaza a la seguridad de los pacientes y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios^{2,3,4}.

Este fenómeno de la sobreutilización es difícil de estudiar⁵, probablemente por las dificultades para identificar, en algunos casos, cuándo se produce un uso inadecuado de recursos. En los últimos años, sin embargo, la extensión mundial del movimiento *Menos es Más Medicina*^{6,7} ha propiciado identificar parte de esta sobreutilización merced a las iniciativas de instituciones y sociedades científicas que han elaborado recomendaciones de lo que *No hay que hacer*.

El *National Institute for Health and Care Excellence*⁸ (NICE) presentó hace diez años una serie de recomendaciones sobre prácticas relativamente frecuentes, pero sobre las que existía evidencia suficiente para considerarlas inadecuadas (*Do not Do recommendations*). NICE ha identificado hasta ahora 850 prácticas para las cuales hay evidencia científica de que no son coste-efectivas. *Archives of Internal Medicine* viene publicando, bajo el título *Less is More*⁹, una colección de artículos sobre prácticas que no aportan ningún beneficio a los pacientes, o que suponen un mayor riesgo sin

not considered responsible for overuse. Despite not knowing the QCC, 60% GP and 90% PED answered all the questions of the test correctly.

Conclusions. NUR and GP could benefit from a greater diffusion of the QCC. As could those working in the private sector and those who believe that professionals have little responsibility for unnecessary overuse.

Keywords. Overuse. Quality assurance. Scientific societies. Primary care. “Do not do” recommendations.

una suficiente contrapartida de beneficios, con el propósito de erradicarlas. La revista *British Medical Journal* (BMJ) lidera, por su parte, la campaña *Too Much Medicine*¹⁰ con el propósito de llamar la atención sobre los problemas derivados del sobrediagnóstico y del mal uso de recursos sanitarios. De forma similar, otras instituciones y organismos han elaborado también propuestas definiendo lo que no hay que hacer. Entre las más conocidas cabe citar el proyecto *Do not Harm*¹¹ en Colorado (EEUU), *Slow Medicine*¹² en Italia, o *Smarter Medicine*¹³ en Suiza. La campaña *Elegir con cabeza, sabiamente* (*Choosing Wisely*) de la Fundación ABIM¹⁴ (*Advancing Medical Professionalism to Improve Health Care*), que se ha llevado a cabo en EEUU y Canadá, y que hasta ahora es la que ha tenido más difusión¹⁵ y la única que ha sido evaluada para determinar el impacto entre los profesionales, concluía que eran necesarias intervenciones adicionales para una implementación más amplia de estas recomendaciones⁴.

En España, en 2013, a propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lanzó la iniciativa *Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas* (ICC) al que se han sumado, hasta ahora, un total de cuarenta y nueve sociedades con el propósito de disminuir las intervenciones que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas.

En el contexto de la atención primaria (AP), en 2011 la *National Physicians Alliance* (NPA) llevó a cabo un proyecto titulado *Promoting Good Stewardship in Clinical*

Practice con el objetivo de identificar un top 5 de prácticas que se recomendaba erradicar¹⁶. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), en 2014, elaboró por consenso un primer listado de quince recomendaciones de lo que no hay que hacer en la práctica clínica diaria, diez recomendaciones relacionadas con el tratamiento y cinco con pruebas diagnósticas¹⁷. La Asociación Española de Pediatría (AEP) ha elaborado también cinco recomendaciones con la misma finalidad¹⁸. Estas recomendaciones se han difundido entre los profesionales por el Ministerio de Sanidad y por las propias sociedades científicas y se han trasladado a las guías y protocolos. La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) está trabajando para lograr consenso entre profesionales de enfermería para establecer, también, recomendaciones de intervenciones y procedimientos que no aportan valor o que suponen un riesgo o un claro perjuicio para los pacientes.

Este estudio evaluó, primero, si la campaña ICC liderada por el Ministerio de Sanidad era suficientemente conocida entre profesionales de AP. Segundo, se valoró el grado de conocimiento de determinadas recomendaciones de lo que no debiera hacerse dirigidas a profesionales de medicina de familia (MF), pediatría (PED) y enfermería (ENF).

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo basado en una encuesta *online* dirigida a profesionales de MF, PED y ENF de diferentes ámbitos de AP. El estudio de campo se realizó entre marzo y julio de 2017. La encuesta se diseñó para valorar el conocimiento de la ICC, consistente en la elaboración de recomendaciones de lo que no hay que hacer (*no hacer*). Para determinar en qué medida se conocía esta ICC, se formuló una pregunta directa (¿Conoce la iniciativa *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas* impulsada por el Ministerio de Sanidad que se concreta en un listado

de prácticas que no aportan beneficios que superen sus riesgos a los pacientes?).

Para analizar si se requería de un mayor esfuerzo en la difusión de las recomendaciones de esta estrategia nacional se formularon una serie de preguntas con respuestas de verdadero/falso que reflejaban el grado de conocimiento concreto sobre determinados *No hacer*. En el caso de MF y de PED se contaba con recomendaciones *No hacer* consensuadas que habían sido difundidas entre los profesionales^{18,19}. Dado que en ENF no se disponía de recomendaciones consensuadas, cabía esperar que sus respuestas no se derivaran de ninguna intervención para reducir sobreutilización innecesaria.

Se redactaron por el equipo investigador cuatro preguntas a partir de las recomendaciones para MF y tres preguntas considerando las recomendaciones *No hacer* para PED (Anexo 1). Aleatoriamente se determinó si el enunciado se redactaba como verdadero o como falso.

En el caso de recomendaciones *No hacer* para ENF se condujo un grupo nominal con ocho enfermeras de Osakidetza, Servicio Navarro de Salud y Servicio Riojano de Salud con experiencia directa en la asistencia y en la gestión como coordinadoras de centros o programas para analizar y consensuar propuestas a partir de su información sobre las recomendaciones de este tipo para este colectivo profesional. Se identificaron ocho recomendaciones *No hacer*. Estas propuestas se revisaron posteriormente por este mismo grupo, aportando evidencia o matizando las definiciones. De entre todas estas recomendaciones el equipo investigador seleccionó, como en el caso de las recomendaciones *No hacer* para médicos, las preguntas a formular a ENF. Finalmente se redactaron cuatro preguntas (Anexo 1). Los enunciados se redactaron al azar en positivo o en negativo.

En todos los casos se realizó una prueba piloto de comprensión de las preguntas contando con seis profesionales de perfil similar a quienes posteriormente se pasó la encuesta. Sus propuestas de mejora se incorporaron en la versión final de las preguntas. Adicionalmente, se preguntó

mediante una escala de 0 (ninguna) a 10 (toda) el grado de responsabilidad de los profesionales en la sobreutilización innecesaria.

Según datos del Ministerio de Sanidad para el año 2016, la población de profesionales de AP incluye 28.294 MF, 6.251 PED y 29.208 ENF, por lo que para un error del 5%, un nivel de confianza del 95% y asumiendo $p=0,75$ ($q=0,25$) se consideró que era necesario alcanzar un tamaño muestral mínimo de 288 profesionales en cada colectivo profesional (MF, PED y ENF).

Considerando el marco legal que establece la Ley de Protección de Datos de carácter Personal, para invitar a este conjunto de profesionales se optó por solicitar la colaboración de instituciones sanitarias y sociedades científicas propietarias de los datos de contacto. El estudio de campo se realizó con la colaboración de los servicios de salud de Andalucía, Aragón, Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (SEPEAP), el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Se recurrió a un muestreo por conveniencia para lo que estas organizaciones invitaron, mediante un correo electrónico, a un conjunto de sus profesionales o a sus asociados a participar en este estudio. Dentro del plazo del estudio de campo, quienes decidieron colaborar, dispusieron de un mínimo de siete semanas para enviar sus respuestas. En este correo se explicó el marco general del estudio, la voluntariedad y anonimización de las respuestas, las instrucciones para responder y un enlace a una página de Google Forms para responder. Para este estudio solo se tuvieron en cuenta (criterio de inclusión) las respuestas de los sujetos que trabajaban en AP (centros de salud del sistema público o centros privados), considerando como criterios de exclusión trabajar en hospitales o en otro tipo de centros como residencias de mayores o centros de rehabilitación.

En el análisis de resultados se buscó identificar en qué perfiles profesionales se concentraban los fallos, para lo que se contabilizaron los aciertos y fallos en las respuestas asignando un punto a cada respuesta correcta para obtener la puntuación final del test. El análisis de los datos se realizó mediante estadísticos descriptivos (media, desviación típica (DT), y frecuencias y porcentajes) y Chi Cuadrado (χ^2) para establecer asociación en el número de aciertos con el perfil profesional. En el caso de incumplimiento de los supuestos del estadístico χ^2 se empleó la prueba de Fisher. Mediante ANOVA (F) se comparó la media de aciertos en cada grupo profesional y se controló el efecto cruzado de las variables independientes sobre la media de aciertos. Para determinar el impacto de la intervención se compararon mediante t-test la media de aciertos de quienes dijeron conocer la ICC y quienes no habían oído hablar de ella. Mediante regresión lineal simple se analizó el efecto en la media de aciertos de considerar que los profesionales son quienes más directamente pueden intervenir para reducir la sobreutilización innecesaria.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta online un total de 1.904 profesionales de AP (936 MF, 682 PED y 286 ENF). El error muestral de esta muestra de conveniencia fue 1,6% en MF, 2% en PED y 3,2% en ENF. La mayoría, 1.190 (62,5%) fueron reclutados por invitación de sociedades o colegios profesionales a los que pertenecían, mientras que 714 (37,5%) fueron reclutados por invitación de sus servicios de salud. La gran mayoría (1.816; 95,4%) trabajaban solo en centros de salud del sistema público de salud español, el resto trabajaba de manera exclusiva en la AP de la sanidad privada o en ambos ámbitos. Todo el personal de ENF trabajaba únicamente en el sistema público. Tres cuartas partes de la muestra (1.432; 75,2%) sumaban más de quince años de experiencia profesional. La tabla 1 describe la muestra de profesionales cuyas respuestas se analizaron.

Tabla 1. Descripción de la muestra de profesionales de atención primaria que respondieron la encuesta *online*

	Enfermería (N=286)		Medicina de Familia (N = 936)		Pediatria (N= 682)	
	N	%	N	%	N	%
Experiencia profesional						
≤ 5 años	20	7	38	4,1	65	9,5
Entre 6 y 15 años	41	14,3	142	15,2	166	24,3
Entre 16 y 29 años	129	45,1	470	50,2	268	39,3
Más de 30 años	96	33,6	286	30,6	183	26,8
Sexo						
Hombre	60	21	429	45,8	196	28,7
Mujer	226	79	507	54,2	486	71,3
Ámbito del ejercicio profesional						
Sistema público	286	100	892	95,3	638	93,5
Privado o ambos	0	0	44	4,7	44	6,5
Pertenece a institución u organismo						
Sistema público de salud	259	90,6	317	33,9	138	20,2
CECOVA	27	9,4	-	-	-	-
SEMG	-	-	464	49,6	-	-
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia	-	-	155	16,6	62	9,1
AEPap	-	-	-	-	280	41,1
SEPEAP	-	-	-	-	202	29,6

CECOVA: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria; -: no procede.

Del conjunto de los profesionales encuestados, 828 (43,5%) afirmaron conocer la ICC, siendo significativamente más conocida ($\chi^2=124,9$ $p<0,001$) entre MF (524 de 936; 56,0%) que entre PED (234 de 682; 34,3%) y ENF (70 de 286; 24,5%).

Respondieron correctamente a todas las preguntas que se les formularon sobre los *No hacer* específicos a su perfil profesional 69,7% MF, 92,5% PED y 40,6% ENF. El 16,6% de MF tuvieron un solo fallo en las cuatro preguntas formuladas (Tabla 2).

El número de aciertos en las respuestas de hombres y mujeres fueron similares en todos los casos. Sin embargo, la experiencia profesional y el ámbito de trabajo (solo

sistema público versus público y consulta privada) condicionaron el número de aciertos (Tabla 2). En los dos casos analizados (MF y PED), quienes trabajaban solo en el ámbito del sistema público de salud tuvieron un mayor número de aciertos. El número de fallos en las respuestas a las preguntas sobre los *No hacer* fue mayor entre quienes dijeron no conocer la ICC, tanto entre MF ($\chi^2=94,8$; $p<0,001$) como entre ENF ($\chi^2= 8,1$; $p=0,044$).

La puntuación en el test fue similar entre hombres y mujeres en los tres perfiles profesionales (Tabla 2). Entre los PED, el grupo con más de 30 años de experiencia obtuvo una peor puntuación en el test

Tabla 2. Frecuencia del número de aciertos (0 a 4) en las preguntas de verdadero/falso sobre recomendaciones *No hacer* según características de la muestra en cada grupo profesional

	N (%)	Sexo		Experiencia (años)				Ámbito de ejercicio	
		Hombre	Mujer	≤5	6 a 15	16 a 29	≥30	P	P/P
MF									
0	5 (0,5)	2 (0,5)	3 (0,6)	2 (5,3)	1 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,7)	4 (0,4)	1 (2,3)
1	21 (2,2)	14 (3,3)	7 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	10 (2,1)	10 (3,5)	17 (1,9)	4 (9,1)
2	103 (11,0)	48 (11,2)	55 (10,8)	6 (15,8)	15 (10,6)	46 (9,8)	36 (12,6)	87 (9,8)	16 (36,4)
3	155 (16,6)	76 (17,7)	79 (15,6)	7 (18,4)	20 (14,1)	84 (17,9)	44 (15,4)	144 (16,1)	11 (25,0)
4	652 (69,7)	289 (67,4)	363 (71,6)	23 (60,5)	105 (73,9)	330 (70,2)	194 (67,8)	640 (71,7)	12 (27,3)
	936 (100)	$\chi^2 = 5,0; p = 0,287$		<i>Fisher = 0,3; p = 0,584</i>				$\chi^2 = 53,1; p < 0,001$	
PED									
0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
1	5 (0,7)	2 (1,0)	3 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,4)	3 (1,6)	4 (0,6)	1 (2,3)
2	46 (6,7)	18 (9,2)	28 (5,8)	4 (6,2)	4 (2,4)	15 (5,6)	23 (12,6)	39 (6,1)	7 (15,9)
3	631 (92,5)	176 (89,8)	455 (93,6)	61 (93,8)	161 (97,0)	252 (94,0)	157 (85,8)	595 (93,3)	36 (81,8)
	682 (100)	$\chi^2 = 2,9; p = 0,228$		<i>Fisher = 11,1; p < 0,001</i>				<i>Fisher = 7,8; p = 0,005</i>	
ENF									
0	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
1	8 (2,8)	3 (5,0)	5 (2,2)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	6 (6,3)	8 (2,8)	0 (0,0)
2	30 (10,5)	6 (10,0)	24 (10,6)	3 (15,0)	3 (7,3)	12 (9,3)	12 (12,5)	30 (10,5)	0 (0,0)
3	132 (46,2)	32 (53,3)	100 (44,2)	10 (50,0)	18 (43,9)	59 (45,7)	45 (46,9)	132 (46,2)	0 (0,0)
4	116 (40,6)	19 (31,7)	97 (42,9)	6 (30)	20 (48,8)	57 (44,2)	33 (34,4)	116 (40,6)	0 (0,0)
	286 (100)	$\chi^2 = 3,7; p = 0,300$		<i>Fisher = 1,5; p = 0,216</i>					

MF: medicina de familia; PED: pediatría; ENF: enfermería; P: solo público; P/P: público y privado.

($F=5,8$, $p=0,001$). Entre ENF, el grupo que sumaba entre 6 y 15 años de experiencia logró las mejores puntuaciones en el test, observándose las diferencias más marcadas con el grupo con menos de 5 años de experiencia profesional ($F=1,7$, $p=0,027$). Las puntuaciones obtenidas en el test por profesionales que trabajaban solo en el sistema público fueron claramente superiores a las que quienes trabajaban en el sector privado o en ambos, tanto entre MF (t-test=7,4, $p<0,001$) como entre PED (t-test=2,8, $p=0,005$).

Los MF que dijeron conocer la ICC obtuvieron una puntuación significativamente

mayor en el test, mientras que entre ENF y PED no se observaron diferencias (Tabla 3).

Cuando los profesionales tendían a considerar que la responsabilidad de la sobreutilización innecesaria recaía en ellos, la puntuación en el test fue mayor, tanto en MF ($F=3,0$; $p<0,001$), como en PED ($F=15,4$; $p<0,001$) y ENF ($F=2,9$; $p=0,029$).

DISCUSIÓN

La ICC del Ministerio de Sanidad y las sociedades científicas es poco conocida entre los profesionales que participaron

Tabla 3. Conocimiento de la iniciativa *Compromiso por la Calidad* (ICC) y puntuación (media de aciertos) en las preguntas sobre los *No hacer* de cada disciplina

Categoría Profesional	Conocimiento ICC N (%)	Puntuación M (DT)	t-test	p
MF (n= 936)	524 (56,0)	3,8 ^a (0,6)	9,4	0,001
PED (n= 682)	234 (34,3)	2,9 ^b (0,3)	0,6	0,500
ENF (n= 286)	70 (24,5)	3,2 ^a (0,8)	-0,6	0,567

M: media; DT: desviación típica; ^a: sobre cuatro preguntas; ^b: sobre tres preguntas.

en este estudio, aunque entre MF algo más de la mitad de encuestados afirmaron conocerla. Estos datos son muy similares a los encontrados por Zambrana-García y Lozano Rodríguez-Mancheño¹⁹ quienes preguntaron esta misma cuestión a médicos de hospitales en España. A su vez, estos resultados contrastan con los del estudio de la Fundación ABIM²⁰, dónde un escaso 21% de los profesionales de hospitales y de AP dijeron haber oído hablar de la iniciativa *Choosing Wisely* mientras que, en el caso de los MF, son más similares a los encontrados por Colla y col²¹ unos años más tarde, lo que habría permitido una mayor diseminación de las recomendaciones de esta campaña.

Este estudio ha ido un poco más lejos, y se ha planteado una medida del grado de conocimiento en los profesionales de este tipo de iniciativas considerando los aciertos en preguntas de verdadero/falso sobre qué no hay que hacer. Estas recomendaciones habían sido consensuadas dos años antes. Siete de cada diez MF y nueve de cada diez PED identificaron correctamente todas las prácticas *No hacer* presentadas.

Este estudio pone de manifiesto que quienes conocían la ICC (incluida ENF) responden de forma más correcta. Pero, además, apunta a que el alcance de la campaña de difusión de las recomendaciones *No hacer* ha tenido más éxito entre médicos, quienes consideran que los propios profesionales tienen mucho que decir y hacer para reducir la sobreutilización innecesaria. En consecuencia, considerando ambos hallazgos, sería aconsejable incidir en la difusión de las prácticas que se desaconsejan, hacer hincapié en la responsa-

bilidad de los distintos actores del proceso asistencial (pacientes, profesionales y directivos) y en la sobreutilización inadecuada. Aunque el tamaño muestral no permite más que visualizar la tendencia, estos datos sugieren que sería aconsejable difundir esta información entre los profesionales del sector privado.

Otro de los hallazgos fue que entre los médicos que dijeron no conocer la ICC, el 60% de los MF y el 90% de los PED, contestaron correctamente a todas las preguntas sobre los *No hacer*. Este estudio no permite delimitar las razones de los aciertos y de los fallos en las respuestas. Estas razones pueden ser variadas. Puede que la información sobre estos *No hacer* llegue por otros canales (por ejemplo, guías de práctica); también que estas recomendaciones formen parte del conocimiento profesional actual; que las preguntas hayan resultado especialmente sencillas de responder correctamente; o bien que algunas de las recomendaciones *No hacer* podrían obedecer a cuestiones que en la práctica tienen una baja ocurrencia.

La situación del colectivo de ENF es diferente, al no haberse consensuado recomendaciones *No hacer* hasta ahora. En este caso, a tenor de estos resultados el conocimiento de la ICC requiere difusión y llegado el caso, si las recomendaciones coincidieran con algunas de las preguntas formuladas en este estudio, pone sobre la pista de que uno de cada diez requieren una información directa y clara para evitar una sobreutilización inadecuada de recursos. En este colectivo profesional, que no disponía de un documento consensuado, observamos que más de la mitad de los

profesionales tuvieron uno o más fallos en las respuestas. Este resultado justifica la incorporación de las sociedades de ENF a la ICC para identificar y difundir aquellos *No hacer* que mejorarían la eficiencia y la seguridad de los pacientes.

Este estudio se ha basado en una selección no aleatoria de participantes. Considerando los datos publicados por el Ministerio de Sanidad en 2016²² han contestado, aproximadamente, un 3% de MF, un 11% de PED y un 1% de ENF de AP. La voluntariedad de la respuesta puede sesgar la selección de la muestra, pudiendo esperar en este caso, que quienes descartaron responder lo hiciesen, entre otras razones, por no saber qué responder exactamente. El sector público está sobrerrepresentado, especialmente en ENF, lo que limita extrapolar los datos al sector privado, aunque esta sobrerrepresentación se observa también en la población de referencia. Las preguntas sobre *No hacer* de ENF no se extrajeron directamente de recomendaciones de consenso de sociedades científicas o profesionales de la disciplina y la relación de *No hacer* considerada en este estudio no cuenta con respaldo institucional. En algunos centros de AP no se dispone de kit rápido para detección del antígeno estreptocócico, lo que puede condicionar el sentido de la respuesta. El hecho de conocer qué no hay que hacer no implica que en la práctica se haga lo que no hay que hacer. Este estudio no aporta información a este respecto. La frecuencia con la que las prácticas analizadas consideradas inadecuadas persisten en la clínica en AP en nuestro país, no se ha determinado hasta ahora, tampoco sus consecuencias, aunque un reciente estudio en España aborda mediante la metodología Delphi ambos aspectos²³. Estos resultados no suponen que el hecho de desconocer estas recomendaciones sea la causa de que se sigan realizando indicaciones consideradas, a partir de la evidencia científica disponible, como inadecuadas.

Dos estudios realizados en Italia²⁴ y Holanda²⁵ han recurrido a presentar a los profesionales encuestados casos clínicos para

su valoración y analizar su decisión y su impacto en la sobreutilización. No hemos podido localizar otros estudios en AP con objetivos similares por lo que, pese a las limitaciones reseñadas, estos datos representan una aproximación al estudio de la sobreutilización inadecuada de pruebas y tratamientos sobre los que existe consenso en las sociedades científicas para desaconsejarlas.

En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que debe insistirse en la difusión de la ICC y de las recomendaciones *No hacer*, especialmente, entre los profesionales de ENF y MF y entre quienes trabajan en el sector privado. La campaña informativa podría apoyarse en la responsabilidad que los profesionales creen tener en la sobreutilización inadecuada.

Agradecimientos

La implicación en el estudio de los servicios de salud y de las organizaciones e instituciones que se relacionan ha sido imprescindible para poder llevar a cabo este estudio. Nuestro agradecimiento a: los Servicios de Salud de Andalucía, Aragón, Comunidad Valenciana, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (SEPEAP), el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). También a las enfermeras que voluntaria y desinteresadamente participaron en la primera fase del estudio identificando lo que no hay que hacer.

Equipo de trabajo de enfermería (Grupo Nominal) dirigido por Carmen Silvestre: Ana M^a Fernández, Ana Ariztegui: Servicio Navarro de Salud; Agurtzane Paskual, Izaskun Armaolea: OSI Barrualde-Galdakao-Osakidetza; Beatriz Navascués, Begoña Aguirre: OSI Bilbao-Basurto-Osakidetza; M^a Candelas Villaro: Centro de Salud Gonzalo de Berceo-Servicio Riojano de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. CHASSIN MR, GALVIN RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280: 1000-1005.
2. ZAPATA JA, LAI AR, MORIATES C. Is excessive resource utilization an adverse event? JAMA 2017; 317: 849-850.
3. BROWNLEE S, CHALKIDOU K, DOUST J, ELSHAUG AG, GLASZIOU P, HEATH I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet 2017; 390: 156-168.
4. ROSENBERG A, AGIRO A, GOTTLIEB M, BARRON J, BRADY P, LIU Y et al. Early trends among seven recommendations from the choosing wisely campaign. JAMA Intern Med 2015; 175: 1913-1920.
5. MORGAN DJ, WRIGHT SM, DHURVA S. Update on medical overuse. JAMA Intern Med 2015; 175: 120-124.
6. GRADY D, REDBERG RF. Less is more: how less health care can result in better health. Arch Intern Med 2010; 170: 749-750.
7. OTTE J. Less is More. <http://www.lessismore-medicine.com/>. Consultado el 24 de junio de 2017.
8. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE “do not do” recommendations. <http://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection>. Consultado 24 de junio de 2017.
9. American Medical Association. The JAMA Network Less is more. <http://jamanetwork.com/collections/6017/less-is-more>. Consultado el 25 de junio de 2017.
10. The BMJ. Too much medicine. <http://www.bmj.com/specialties/too-much-medicine>. Consultado el 25 de junio de 2017.
11. COMBS B, CAVERLY T. The Do Not Harm Project. 2014; University of Colorado School of Medicine. <https://lowinstitute.org/wp-content/uploads/2014/05/The-Do-No-Harm-Project-IntroSlides.pdf>. Consultado el 9 de junio de 2017.
12. BONALDI A, VERNERO S. Italy's slow medicine: a new paradigm in medicine. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 85-91.
13. COHIDON C, SELBY K, CORNUZ J, GASPOZ JM, SENN N. Smarter medicine in ambulatory care: beliefs and practices of family doctors and training of future clinicians. *Rev Med Suisse* 2017; 13: 285-287.
14. ABIM Foundation. Choosing Wisely <http://www.choosingwisely.org/> Consultado el 24 de junio de 2017.
15. LEVINSON W, KALLEWAARD M, BHATIA RS, WOLFSON D, SHORTT S, KERR EA et al. “Choosing Wisely”: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 167-174.
16. GOOD STEWARDSHIP WORKING GROUP. The “top 5” lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1385-1390.
17. GRUPO DE TRABAJO DE LA SEMFYC PARA EL PROYECTO RECOMENDACIONES NO HACER. Recomendaciones No HACER. Barcelona: SEMFYC ediciones, 2014.
18. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP). Recomendaciones de “no hacer” en Pediatría. 2014. <http://www.aeped.es/documentos/recomendaciones-no-hacer-en-pediatria>. Consultado el 24 de junio de 2017.
19. ZAMBRANA-GARCÍA JL, LOZANO RODRÍGUEZ-MANCHEÑO A. Actitudes de los médicos hacia el problema de las pruebas y los procedimientos innecesarios. *Gac Sanit* 2016; 30: 485-486.
20. PERRY UNDEM RESEARCH/COMMUNICATION. Unnecessary tests and procedures in the health care system: what physicians say about the problem, the causes, and the solutions: results from a national survey of physicians. Philadelphia: ABIM Foundation, 2014.
21. COLLA CH, KINSELLA EA, MORDEN NE, MEYERS DJ, ROSENTHAL MB, SEQUIST TD. Physician perceptions of choosing wisely and drivers of overuse. *Am J Manag Care* 2016; 22: 337-343.
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SIAP. Estadísticas de población, recursos y actividad. Aplicación interactiva, año 2016. <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=6407#no-back-button>. Consultado el 31 de julio de 2017.
23. GARCÍA-MOCHÓN L, OLRV DE LABRY A, BERMÚDEZ-TAMAYO L. Priorización de actividades clínicas no recomendadas en Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 401-412.
24. MORO ML, MARCHI M, GAGLIOTTI C, DI MARIO S, RESI D. *Progetto Bambini a Antibiotici* ProBA regional group. Why do paediatricians prescribe antibiotics? Results of an Italian regional project. *BMC Pediatr* 2009; 9: 69.
25. WAMMES JJ, JEURISSEN PP, VERHOEF LM, ASSENDELFT WJ, WESTERT GP, FABER MJ. Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Fam Pract* 2014; 31: 538-544.

