

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

Tabla 1 Valores del índice HAQ y del gasto sanitario de los países de la OCDE

	Promedio (DE)	Máximo	Mínimo
GST (% PIB)	9 (2,25)	16,9 (EE. UU.)	5,2 (Turquía)
Gasto sanitario público (% PIB)	6,63 (1,86)	9,5 (Japón)	3 (México)
Gasto sanitario público per cápita (\$ ppp)	2.759 (1.362)	5.598 (Noruega)	559 (México)
Gasto sanitario de bolsillo (% sobre GST)	19,8 (9,09)	44 (México)	5,3 (Holanda)
Índice HAQ	85,24 (6,09)	94 (Islandia)	63 (México)

DE: desviación estándar; GST: gasto sanitario total; HAQ: Healthcare Access and Quality; OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; PIB: Producto Interior Bruto; \$ ppp: dólares en poder paritario de compra.

sanitario (4,32 puntos más en el índice HAQ en los países con modelos de servicios nacionales de salud) y con el gasto sanitario público per cápita medido en dólares en poder paritario de compra (\$ ppp) (0,2 puntos más por cada aumento de 100 \$ ppp).

Queda así claramente establecida la relación entre gasto sanitario público y modelo de servicios sanitarios públicos con la calidad de la atención sanitaria, poniéndose en duda los planteamientos neoliberales basados en la supuesta mayor eficiencia de los modelos privatizados sobre los sistemas sanitarios públicos. De hecho, en 2016 se publicó el Bloomberg Health Care Efficiency Index, que mide la eficiencia de los sistemas sanitarios bajo 3 parámetros: esperanza de vida, gasto en salud per cápita y peso relativo del gasto sanitario sobre el PIB y, de los 55 países que aparecen en el ranking, España figuraba en el tercer lugar³.

En cuanto a la posición de España en el estudio de *The Lancet*¹, habría que hacer 2 consideraciones. La primera es que los datos más recientes utilizados son del año 2014, por lo que los recortes han tenido poca influencia sobre ellos. La mortalidad evitable o las enfermedades prevenibles por vacunación, etc., tardan bastante tiempo en modificarse, salvo situaciones catastróficas. La segunda es que aunque en nuestro país tenemos una actitud bastante crítica con la política sanitaria, que es muy encomiable porque el objetivo debe ser siempre conseguir mejoras continuas, hay que ser conscientes de que tenemos una buena situación sanitaria, como se comprueba en los informes y estudios internacionales que evalúan los sistemas sanitarios, lo que indica que no están justificadas las excusas con que se intenta desprestigiar y dismantelar el sistema sanitario público, porque nuestro sistema sanitario es eficiente, es sostenible y además tiene una calidad contrastada.

Bibliografía

1. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the Global Burden of Disease Study, 2015 [consultado 22 Mayo 2017]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
2. OECD. Health Statistics 2016-OECD [consultado 2 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
3. Du L, Wei L. U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient [consultado 22 May 2017]. Disponible en: <https://www.Q3.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/us-health-caresystem-ranks-as-one-of-the-least-efficient>.

Marciano Sánchez-Bayle^a y Luis Palomo^{b,*}

^a Hospital Infantil Universitario «Niño Jesús», Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Madrid, España

^b Centro de Salud «Zona Centro», Cáceres Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luispalomocobos@gmail.com (L. Palomo).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.006>
0212-6567/

© 2017 Los Autores. 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/>).

Resistencia al cambio: prescripción enfermera



Resistance to change: nurse prescription

Sr. Editor:

Agradezco la oportunidad para poder responder a la carta «Inexactitud de planteamientos en la actividad de enfermería», para poder aclarar al autor la inexactitud de conceptos que tiene el autor Ortega-Marlasca sobre la enfermería.

Prescribir: «Preceptuar, ordenar, determinar algo. Recetar, ordenar un remedio». En el concepto de la Real Academia de la Lengua, no atribuye dicho concepto a ninguna profesión en concreto. Actualmente, la legislación española concede dicho derecho a los odontólogos, a los veterinarios y a los médicos. Y hasta hace no mucho, también estaba el derecho de la prescripción enfermera en Andalucía¹.

La prescripción enfermera en Andalucía, afortunadamente, no se introdujo por experiencias ni laborales asistenciales de colectivos enfermeros a nivel internacional, sino por un gran peso científico sustentado por mucha