

Bibliografía

1. Monterde D, Vela E, Cléries M, grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:674–82.
2. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. *Ann Fam Med*. 2012;10:134–41.
3. Orueta JF, Nuño-Solinis R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Predictive risk modelling in the Spanish population: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:269.
4. Vivas-Consuelo D, Usó-Talamantes R, Trillo-Mata JL, Caballer-Tarazona M, Barrachina-Martínez I, Buigues-Pastor L. Predictability of pharmaceutical spending in primary health services using Clinical Risk Groups. *Health Policy*. 2014;116:188–95.
5. Inoriza JM. Morbilidad, utilización de recursos y costes sanitarios en la comarca del Baix Empordà. Girona: Tesis doctoral. Universitat de Girona; 2015. Disponible en: www.tdx.cat/handle/10803/301435
6. Berlinguet M, Preyra C, Dean S. Comparing the value of three main diagnostic-Based Risk-Adjustment Systems (DBRAS). Canadian Health Services Research Foundation. Ottawa; 2005. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/berlinguet_final.pdf

Jose M. Inoriza^{a,b,*}, M. Carreras^{a,b}, X. Pérez-Berrueto^{a,b} y J. Coderch^{a,b}

^a *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE), Palamós, Girona, España*

^b *Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES), Palamós, Girona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jminoriza@ssibe.cat (J.M. Inoriza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.009>
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/>).

Respuesta a la carta «Los grupos de morbilidad ajustados: un debate pendiente»



Author's reply to letter 'Adjusted morbidity groups: A pending debate'

Sr. Editor:

Inoriza et al.¹ expresan ciertas dudas respecto a la metodología empleada en el desarrollo de los grupos de morbilidad ajustados (GMA) y piden que se abra un debate técnico-científico para solventarlas. La necesidad de disponer de sistemas de agrupación de morbilidad se plasmó en una de las recomendaciones de la Estrategia de abordaje a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada en el pleno del Consejo Interterritorial en junio de 2012.

Para llevarlo a la práctica, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) coordinó el proyecto de estratificación de la población en el SNS mediante los GMA, proporcionando una herramienta de estratificación a todas las comunidades autónomas interesadas, algunas de las cuales no disponían de otra alternativa. A día de hoy, son varias las que muestran el resultado de los GMA a nivel de profesional, y lo utilizan para identificar enfermos crónicos.

Actualmente se está llevando a cabo la validación de la capacidad predictiva de esta herramienta con un grupo de comunidades autónomas bajo la coordinación del MSSSI. Asimismo, recientemente se ha finalizado un trabajo comparativo entre los GMA y los *Clinical Risk Groups* (CRG) en el ámbito de la atención primaria, pendiente de publicación.

Por otro lado, Inoriza et al. se sorprenden por el uso de medidas de multimorbilidad básicas como el número de enfermedades crónicas o el índice de Charlson. Sin embargo, la revisión sistemática llevada a cabo por Huntley et al.² muestra que ambas son dos de las medidas de

multimorbilidad más utilizadas y para las cuales hay mayor evidencia de validez. Y critican no haber utilizado otro agrupador de morbilidad cuando en dos de los cuatro trabajos que presentan como ejemplos a seguir^{3,4} únicamente utilizan un agrupador: los CRG.

Debemos tener presente que el hecho de que las limitaciones de los CRG no se hayan mencionado anteriormente no significa que no existan. Orueta et al.⁵ mencionan que en el País Vasco existen problemas de salud notificados en atención primaria (de forma fiable) una única vez (como sucede en el Instituto Catalán de la Salud), y esta situación hace que el algoritmo de los CRG considere a estos pacientes como sanos, ya que, sin recurrencia, los CRG infravaloran los diagnósticos de atención primaria.

Inoriza et al. plantean dudas acerca de la transparencia de los GMA, si bien esta es una situación común a las herramientas de agrupación comerciales, como afirman Huntley et al.². Y parecen cuestionar la validez de los GMA cuando dicen que «la complejidad está incorporada en el GMA». Cabría recordar que tanto los *Adjusted Clinical Groups* (ACG) como los CRG utilizan el gasto total a la hora de generar los grupos finales^{6,7}. ¿Pretenden decir que ni ACG ni CRG pueden utilizarse para determinar costes porque estos se han tenido en cuenta en su creación? Obviamente ambos son válidos, pero agradeceríamos el mismo trato para los GMA.

Es obvio, a partir de las referencias mostradas, que el objetivo de los autores es la determinación de costes. Pero cabe recordar que las utilidades de los agrupadores de morbilidad son múltiples, como por ejemplo la gestión del enfermo crónico.

En nuestra opinión, es crucial disponer de una herramienta de estratificación para el abordaje de la estrategia de la atención al paciente crónico. La literatura disponible^{2,5} y nuestros estudios⁸ indican que ACG, CRG y GMA proporcionan resultados similares, por lo que la elección final va más allá de una mera cuestión analítica. Sirva como ejemplo el caso del País Vasco, donde Orueta et al.⁵ concluyen que los

mejores resultados analíticos los ofrecen los DCG, pero en cambio se decantaron por los ACG.

Por otro lado, existe una clara demanda por añadir determinantes psicosociales o depurar la herramienta en ámbitos donde es conocido que no acaban de funcionar correctamente (como en el caso de salud mental). Y es aquí donde una herramienta propia presenta una ventaja determinante sobre las demás: su flexibilidad y su capacidad de adaptarse a nuestro sistema sanitario mediante las diferentes evoluciones que ya estamos desarrollando.

Bibliografía

1. Inoriza JM, Carreras M, Pérez-Berrueto X, Coderch J. Los grupos de morbilidad ajustados: un debate pendiente. *Aten Primaria*. 2017;49:437-8.
2. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. *Ann Fam Med*. 2012;10:134-41.
3. Vivas-Consuelo D, Usó-Talamantes R, Trillo-Mata JL, Caballer-Tarazona M, Barrachina-Martínez I, Buigues-Pastor L. Predictability of pharmaceutical spending in primary health services using Clinical Risk Groups. *Health Policy*. 2014;116:188-95.
4. Inoriza JM. Morbilidad, utilización de recursos y costes sanitarios en la comarca del Baix Empordà [tesis doctoral]. Girona: Universitat de Girona; 2015. Disponible en: www.tdx.cat/handle/10803/301435
5. Orueta JF, Nuño-Solinis R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Predictive risk modelling in the Spanish population:

A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:269.

6. The Johns Hopkins ACG[®] System Version 11.0 Technical Reference Guide.
7. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, et al. Clinical Risk Groups (CRGs). A classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care*. 2004;42:81-90.
8. Monterde D, Vela E, Clèries M, y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:674-82.

David Monterde^{a,*}, Emili Vela^b y Montse Clèries^b

^a *Oficina de Estadística, Sistemas de Información, Instituto Catalán de la Salud, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

^b *Unidad de Información y del Conocimiento, Servicio Catalán de la Salud, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dmonterde@gencat.cat (D. Monterde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.002>
0212-6567/

© 2017 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/>).

Comentario al artículo «Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia»



Comment to the article «The ability of family doctor detecting psychiatric pathology»

Sr. Editor:

He leído con interés el artículo de Garrido-Elustondo et al.¹, publicado en el anterior número de la revista sobre la capacidad de detección de patología psiquiátrica por parte del médico de familia y me surgen algunos interrogantes y algunas matizaciones que me gustaría comentar.

Esta carta no pretende ser una crítica al trabajo realizado por los autores, pues el riesgo de aparición de sesgos es intrínseco a toda investigación clínica, ya que a menudo se trabaja con variables poblacionales e individuales difíciles de controlar.

Empezaré por la duda: ¿el médico busca activamente patología psiquiátrica o la detección de esta es en función de la sintomatología que refieran? Los médicos de atención primaria buscamos etiologías en función de los síntomas relatados. Si en el estudio el médico no ha realizado una búsqueda activa de patología psiquiátrica en todos los pacientes vistos, sino que se limita a detectarla en función

de los síntomas relatados y comportamientos observados en la consulta, mientras que las investigadoras entrenadas sí lo hacen, ¿no cabría esperar un sesgo de información?

Lo segundo una matización al fragmento del apartado de discusión donde se menciona la escasa concordancia entre los diagnósticos de patología mental realizados entre Atención Primaria y Unidades de Salud Mental (USM)². Los estudios mencionados no se refieren a la capacidad de detección de patología psiquiátrica sino a la coincidencia en la tipificación de la misma, lo cual no implica la ausencia de detección de dicha patología por parte del médico de familia.

Finalmente señalar que cuando se dice que el médico de familia muestra una habilidad discreta en la detección de patología psiquiátrica comparado con un investigador externo, resaltar que ese investigador externo es un cuestionario estandarizado, no una persona física. Una lectura rápida del texto podría hacernos pensar que se están comparando 2 categorías profesionales y no es el caso.

Bibliografía

1. Garrido-Elustondo S, Reneses B, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M. Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. *Aten Primaria*. 2016;48:449-57.
2. Landa Gonzalez N, Goñi Sarriés A, García de Jalón Armayo E, Lizasoain Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008;40:285-9.