

LA PREVENCIÓ QUATERNÀRIA COM A BASE PER A LA PRÀCTICA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA: QUÈ HEM FET I QUÈ MÉS PODRÍEM FER?....

VI JORNADA D'INNOVACIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

DEIXAR DE FER PER FER-HO MILLOR.
PREVENCIÓ QUATERNÀRIA



Concepció Violán Fors



IDIAP
Jordi Gol

Per a la Recerca a
l'Atenció Primària de Salut

Què és la innovació?

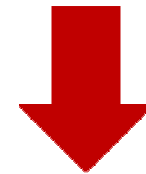
“La innovació és un valor del segle XXI que dota als recursos amb noves capacitats per generar riquesa “

Peter Drucker

“El que no és vengui no vull inventar-ho “

Thomas Alva Edison

Innovació és tota nova manera de fer les coses que comporti un canvi positiu per a les persones i les institucions sanitàries



Què podem fer per millorar els serveis a les persones?

Els nous paradigmes de la innovació



S'ha basar en donar serveis centrats en les persones



S'ha de basar en els principis de la pràctica basada en l'evidència

La innovació ha de tenir en compte els canvis...

- Increment de l'esperança de vida
- Reconeixement del dret dels ciutadans a decidir
- Crisi econòmica i reptes de la cobertura universal
- Avenços científics i tècnics: biomarcadors, genètica humana i cèl·lules mare
- Expectatives de la societat sobre la salut i els serveis
- Medicalització de la vida quotidiana
 - ✓ Sobremedicació
 - ✓ Sobrediagnòstic
 - ✓ Sobreutilització



La innovació s'ha de basar en les evidències sobre els beneficis i danys d'una intervenció?

Ⓢ Les evidències sobre els danys d'una intervenció són menys abundants que les evidències sobre els beneficis:

- els danys són menys freqüents
- els projectes es dissenyen per demostrar els beneficis d'una intervenció

Ⓢ La magnitud dels beneficis i els danys s'han d'expressar en termes absoluts

	Termes relatius (%)	Termes absoluts (número)
Beneficis	100% d'augment en les taxes de curació	1 de 2000 pacients curarà en lloc de 1 de cada 4000
Danys	50% de reducció en la taxa d'efectes adversos	5 pacients de cada 100 pacients moren per efectes adversos en lloc de 10

Els serveis tenen un valor-benefici elevat?

	Valor elevat	Valor Baix
Serveis proporcionats	A (seguir i millorar)	B (començar a deixar de fer)
Serveis no proporcionats	C (començar a fer)	D (no començar)

Muir-Gray JA. How to get better value health care. GB: Oxford Press; 2007

Què es la prevenció quaternària?

Protegir les persones dels efectes negatius de l'activitat sanitària

Evitar la medicalització de la vida quotidiana

Evitar la mercantilització dels problemes de salut

Identificar les persones en risc de medicalització per protegir-les d'intervencions sanitàries invasives i proposar procediments o cures èticament acceptables

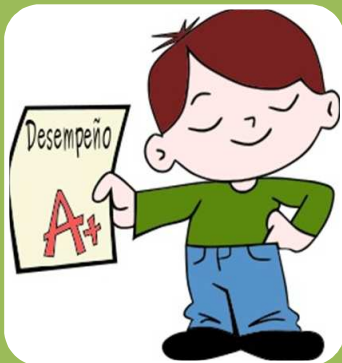
Evitar el sobrediagnòstic, el sobretractament i la sobreutilització dels serveis sanitaris

Mirar de manera crítica les activitats sanitàries fent èmfasi en la necessitat de no perjudicar

La prevenció quaternària implica...



“No fer” i “Deixar de fer”



“Fer-ho bé”

La prevenció quaternària implica...

Per tant,

- La vigilància acurada i permanent de la qualitat dels serveis i ser crítics amb allò que fem
- Reconèixer el paper clau de la relació professional-ciudadà i de la consulta com un espai de trobada entre coneixement i sentiments o entre ciència i consciència, on la relació ha de ser terapèutica i respectar l'autonomia



P4

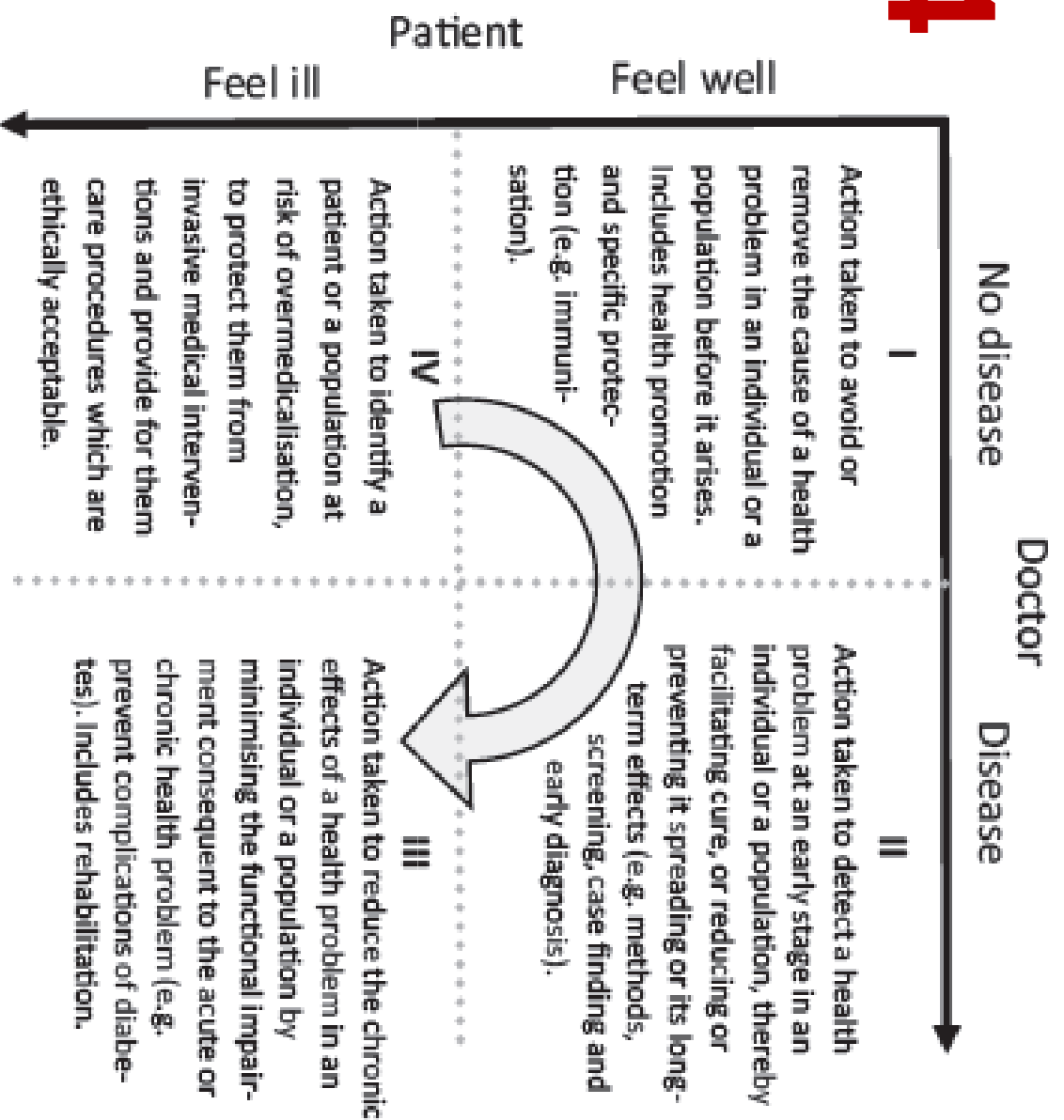


Figure 2. The patient-doctor relationship is at the origin of the four types of activities. The arrow shows that the P4 attitude is impacting all the activity (10,12).

Algunes reflexions sobre la pràctica...

- La cura i la comprensió del pacient són el principal compromís dels professionals de la salut
- L'exemple reflecteix les activitats que formen part de la pràctica diària dels professionals d'atenció primària
- La prevenció i la promoció de la salut s'integren de forma natural en les consultes diàries
- La continuïtat i la longitudinalitat, trets essencials de l'Atenció Primària, donen força a les activitats de prevenció i promoció, partint del supòsit de la presa de decisions compartida

Elements clau en la presa de decisions compartida

- És més fàcil prendre la decisió compartida de “fer” que les incerteses del “No fer”
- La decisió de “No fer”, proves o tractaments amb valor nul o qüestionable, exigeix una relació de confiança entre pacient i professional
- Els professionals han d’aplicar les evidències de qualitat i respectar els principis d’autonomia i no maleficència de les persones, sanes o malaltes
- La gestió responsable i compartida dels recursos sanitaris suposa un benefici individual i col·lectiu i el respecte al principi de justícia. És un principi bàsic del professionalisme i dels valors de la ciutadania

Experiències de “No fer o deixar de fer”

- ***Do not do*** del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- ***Choosing Wisely*** (societats científiques nord-americanes en col·laboració amb els pacients)
- ***Why too much medicine is making us sicker and poorer.*** Center for Medical Consumers.
- ***Too much medicine campaign.*** BMJ's
- **Less Is More.** JAMA
- ***Toda la vida se ha hecho así...*** Actualización en Medicina de Família
- Projecte ***Essencial. Afegint valor a la pràctica clínica.***
AQuAS

Do not do del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

- Inicis al 2007 i manteniment per part de l'equip d'Acreditació QIPP de NICE
- És una BBDD amb recomanacions sobre alló que “NO S’HA DE FER”
- Cada registre conté les recomanacions sobre alló que "no s’ha de fer“, informació addicional sobre la intervenció, el tema de la salut i la guia que contenen la recomanació que s’ha de deixar de fer
- Cada recomanació inclou també l'àmbit d'atenció o l'entorn clínic on aplicar els canvis

Choosing wisely

Choosing Wisely
An initiative of the ABIM Foundation

About Lists Partners Grantees Resources

SEARCH:

Partners See Who Has Joined the Campaign

An initiative of the ABIM Foundation, *Choosing Wisely* is working to spark conversations between providers and patients to ensure the right care is delivered at the right time. Participating organizations have created lists of "Things Providers and Patients Should Question" which include evidence-based recommendations that should be discussed to help make wise decisions about the most appropriate care based on a patients' individual situation.

Consumer Reports is developing and disseminating materials for patients through large consumer groups to help patients engage their physicians in these conversations and empower them to ask questions about what tests and procedures are right for them.

A suite of communication education modules is also available to help providers

UPDATES FROM THE FIELD

Sign up for monthly updates and highlights from organizations working to advance Choosing Wisely.

Email: **SIGN UP**

NEWS FEED

Why too much medicine is making us sicker and poorer

Center for Medical Consumers
Working to help you make informed decisions

HOME ABOUT US ARCHIVES CONTACT US LINKS

Mentions in the Media

- Electronic medical records
- Health charities
- Hip implants
- Hospital fatalities
- MDs and drug \$
- Medicaid fraud
- Medical devices
- Medical errors
- Pain meds

©2012 Center for Medical Consumers is a non profit 501(c) 3 advocacy organization, founded in 1976. In our 36 years of existence, we have never received funding from the pharmaceutical or medical device industries.

Most Recent New York State Report on Angioplasty Outcomes **Anemia Drugs For Cancer Patients**

Overtreated—Why too much medicine is making us sicker and poorer
Posted by [medconsumers](#) on March 1, 2008

New Book: Overtreated by Shannon Brownlee (NY: Bloomsbury, 2007)

In a nutshell, overtreatment is unnecessary treatment. It's treatment that has no positive impact on health or longevity, and in many cases, causes harm. It's the coronary-artery opening procedures given yearly to more than one million Americans for whom drug therapy has been proven to be the better choice. It's the long-term drug regimens recommended to people at low-risk for hip fracture, heart attack or stroke. It's the PSA blood test for finding prostate cancer at its earliest stage, despite the fact that studies have yet to prove immediate treatment is better than no treatment at all. Just to name a few.

About one-third of the medicine we receive is unnecessary, according to "Overtreated" by journalist Shannon Brownlee. "We spend between one fifth and one third of our health care dollars, between \$300 and \$700 billion, on care that does nothing to improve our health." Central to this excellent book is the work of John Wennberg, MD, whose pioneering research spans four decades.

Wennberg was the first to detect wide geographic variations in medical care, first within his home state of Vermont and later in the country at large. Wennberg recalls that he embarked on this research project in the late 1960s with a notion shared by many doctors of that era: The most serious problem in American health care was that many citizens were not getting enough of it. Still, it was startling to find, for example, that in Middlebury, VT, 7% of children under the age of 16 had their tonsils removed, and in Stowe, VT, 70% of children had the operation. Similar variations were shown for other procedures like hysterectomy, hernia operations and hospitalizations for heart attacks.

Extensive interviews of 4,000 people living in this most homogeneous of states ruled out the obvious explanations like patient demand and the possibility that people were sicker in some areas of Vermont. The high rates of surgery were, in fact, driven by doctors not patients. Findings like these ultimately led Wennberg to conclude, "Medicine had wrapped itself in the mantle of science, yet much of what doctors were doing was based more on hunches than good research." Wennberg's work drew hostile reactions from fellow physicians, and medical journals turned down publication of his findings. When they were finally published in Science magazine in 1973, they drew no attention. More medical care was still considered to be better care.

Cost Becomes an Issue

In time Medicare provided Wennberg, who had moved on to Dartmouth Medical School, with a treasure trove of patient records to learn not only about regional variations in care for everyone over age 65 but also the cost of treatment. Cost had become a major issue for Medicare by 1995 due to the huge 6000% increase in spending over the 30 years following its launch. With Dartmouth colleagues, Wennberg spent the next three years combing through the Medicare data. One example of what they found: Medicare spent an average of \$8,414 for an enrollee living in Miami compared with \$3,341 for an enrollee in Minneapolis.

The price of major treatments, as it turns out, played an insignificant role in explaining the differences. The cost of a hip replacement, for example, was only slightly more in Miami than in Minneapolis. Another obvious possibility—elderly people are sicker in some areas of the country than in others—also accounted for only a small difference in cost.

Findings like these began to get national media attention, but the Dartmouth researchers still had to determine whether more care means better care. In 2000 Wennberg's colleague Elliott Fisher, MD, conducted another study that showed Medicare recipients living in high-cost regions were no healthier and no less disabled than those in regions that got less medical care. The big shocker, however, was that: More care sometimes led to more deaths.

Search

Categories

Select Category

Follow

<http://medicalconsumers.org/2008/03/01/overtreated%E2%80%94why-too-much-medicine-is-making-us-sicker-and-poorer>

Too much medicine del BMJ's

- **Campanya del BMJ per destacar els perjudicis per la salut del sobrediagnòstic i del malbaratament de recursos en l'atenció innecessària**
- **Hi ha evidència que moltes persones estan sobrediagnosticades i/o sobretractades per problemes com els càncers de pròstata i tiroides, asma i malaltia renal crònica**
- **La revista pretén augmentar els coneixement dels beneficis i danys dels tractaments, de les tecnologies i desenvolupar maneres d'evitar la medicalització i promoure la seguretat i l'equitat**



Search The JAMA Network

All Journals



Advanced Search

Home Journals > Collections CME For Authors Store Mobile About

Collections >

Collections

Less Is More

Most recent content is listed first. The collection includes content published from 1998 forward.



Email Alerts

JAMA Internal Medicine | Teachable Moment | March 10, 2015 **ONLINE FIRST**

Behind the Monitor—The Trouble With Telemetry: A Teachable Moment

Stephanie Chen, MD; Sammy Zakaria, MD, MPH

JAMA Intern Med. Published online March 10, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0837



From The JAMA Network

JAMA INTERNAL MEDICINE
Teachable Moment | 03 10, 2015

Behind the Monitor—The Trouble With Telemetry: A Teachable Moment

Stephanie Chen, MD; Sammy Zakaria, MD, MPH

JAMA Internal Medicine | Original Investigation | March 09, 2015 **ONLINE FIRST**

Shared Decision Making and Use of Decision Aids for Localized Prostate Cancer : Perceptions From Radiation Oncologists and Urologists

Elyn H. Wang, BA; Cary P. Gross, MD; Jon C. Tilburt, MD, MPH; et al.

JAMA Intern Med. Published online March 09, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2015.63

Includes: Supplemental Content



JAMA INTERNAL MEDICINE
Original Investigation | 03 09, 2015

Shared Decision Making and Use of Decision Aids for Localized Prostate Cancer : Perceptions From Radiation Oncologists and Urologists

Elyn H. Wang, BA; Cary P. Gross, MD; Jon C. Tilburt, MD, MPH; et al.

JAMA Internal Medicine | Research Letter | March 02, 2015 **ONLINE FIRST**

The Usefulness of Diagnostic Testing in the Initial Evaluation of Chronic Kidney Disease

Malika L. Mendu, MD, MBA; Andrew Lundquist, MD; Ayal A. Aizer, MD, MHS; et al.

JAMA Intern Med. Published online March 02, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2015.17



JAMA INTERNAL MEDICINE
Research Letter | 03 02, 2015

The Usefulness of Diagnostic Testing in the Initial Evaluation of Chronic Kidney Disease

JAMA Internal Medicine | Original Investigation | March 02, 2015 **ONLINE FIRST**

Toda la vida se ha hecho así...

Actualización en Medicina de Familia

Toda la vida se ha hecho así



¿Son efectivos los antivirales tópicos en el tratamiento del herpes labial?

Núria Camprodon Tuneu

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
ABS Santa Eugènia de Berga, Osona.

Toda la vida se ha hecho así



¿Son efectivos los relajantes musculares benzodiazepínicos en la cervicalgia aguda?

Alba Martín Jiménez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CAPI Baix-a-Mar Vilanova i la Geltrú.



- **Objectius:**
 - ✓ Canviar la pràctica clínica mitjançant la implementació de recomanacions.
 - ✓ Avaluació del canvi en la pràctica mèdica.
- **Participació en implementació i avaluació de l'impacte:**
 - ✓ AQuAS.
 - ✓ ICS-SISAP: Elaboració i evolució indicadors de les recomanacions



TAULA 1. Llista de recomanacions del projecte Essencial (març 2014)

1. En persones asimptomàtiques, la realització rutinària d'una radiografia de tòrax preoperatòria no aporta valor al maneig del malalt
2. En pacients amb dolor lumbar (lumbàlgia), durant les primeres sis setmanes i en absència de signes d'alerta, les
- 3.
- 4.
5. **“Per al Essencial és tan important identificar pràctiques de poc valor com que aquestes s'implementin”**
- 6.
7. **“Aquest és un fet diferencial respecte a les altres iniciatives. Per això hem iniciat el pilot d'implementació en els EAP”**
- 8.
9. L'otitis mitjana aguda no ha de tractar-se sistemàticament amb antibiòtics. En nens majors de 2 anys amb clínica lleu i sense factors de risc s'ha d'adoptar inicialment una conducta expectant
10. En els casos de part normal no s'hauria de practicar l'episiotomia de manera rutinària

Experiències en “fer-ho bé”

- *Projecte Linneus (EU FP 7)*
- *Jornades anuals “ Seguridad del Paciente”*
- *Abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia.* SEFAP
- **Ús racional de fàrmacs. Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència.** Generalitat de Catalunya
- **Projecte PREFASEG.** ICS
- *Projecte UFSP.* Departament de Salut
- *Projecte 3 clics.* ICS & IDIAP Jordi Gol
- **El projecte EIRA.** Rediapp

Projecte Linneus

Objectius:

- Desenvolupar una taxonomia dels esdeveniments adversos i errades
- Identificar les millors pràctiques clíniques i com millorar la seguretat del pacient
- Aconseguir un consens sobre el mesurament de la cultura de la seguretat. Acordar indicadors que valorin la seguretat i la millora de la cultura de seguretat del pacient
- Augmentar coneixements de les tècniques de millora de la qualitat i aplicació d'aquest coneixements en la millora de la seguretat del pacient
- Desenvolupar un sistema d'informació per a la identificació d'errades en l'AP
- Identificar mètodes per involucrar als pacients en les iniciatives de seguretat
- Identificar amenaces relacionades amb la comunicació en la interfase d'atenció primària-secundària i desenvolupar estratègies d'intervenció per superar-les

Seguridad del paciente. Ministerio Sanidad



Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud

Seguridad del Paciente

Inicio Presentación Proyectos Formación Información Participación Biblioteca

Está usted en: Inicio Presentación

PRESENTACIÓN

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), la [Organización Pan Americana de la Salud](#), el [Comité de Sanidad del Consejo de Europa](#), así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la [Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud](#), ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del [Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud \(SNS\)](#), que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas.

Jornades anuals “ Seguridad del Paciente”

Sede de la jornada:
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot s/n
41013 - Sevilla

Más información sobre el evento:



**VII Jornada
Seguridad del Paciente
en Atención Primaria**



*Menos es más,
también en atención primaria*

Sevilla, 23 de mayo de 2014

Secretaría técnica:



congreso de la asociación de atención primaria

seguridadpaciente@azulcongresos.com
Tlf: 984 051 671 984 051 604
Fax: 984 201 671

www.seguridadpaciente.com

#SegPacAP

Logos of sponsors: RCPA, semFYC, SEFAP, Spanish Ministry of Health, Sadedo, Spanish Society of Primary Care (SEAP), asanec, Spanish Society of General Practice (SEMG).

Abordatge de la medicació i seguretat en la prescripció



ÚS RACIONAL DE FÀRMACS: Maneig de la medicació en el pacient crònic: CONCILIACIÓ, REVISIÓ, DESPRESCRIPCIÓ I ADHERÈNCIA

Responsable front de treball 2.6: Corinne Zara

Seguridad del paciente en atención primaria: proyecto PREFASEG (PREscripción FARMacológica SEGura)

Arantxa Catalán^{a*}, Francesc Borrell^b, Àngels Pons^a, Ester Amado^c, José Miguel Baena^d y Vicente Morales^e

^aUnidad de Coordinación y Estrategia del Medicamento, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^bDepartamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universitat de Barcelona, EAP Gavarra, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^cServicio de Farmacia, Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^dEquipo de Atención Primaria de Barcelona 3H, La Marina, Ámbito de Atención Primaria de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^eEquipo de Pediatría de l'Alt Penedès, Ámbito de Atención Primaria Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Seguretat dels pacients a Catalunya.

Departament de Salut

Estrategia Seguridad Paciente 2006-2013



- Accions de la ciutadania per millorar la seva seguretat
- Bones pràctiques dels professionals per prevenir errors

http://seguretatdelspatients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/l_estratègia_del_departament_de_salut/

Projecte 3 clics. ICS i IDIAP

Catala - Castellano A A A Login RSS en català



3 clics
Atenció primària basada en l'evidència

[Fes-nos una pregunta clínica](#)

Guies Rapiclics Articles Pacients Preguntes Altres webs Qui som

Sou a Inici

Especialitats

▪ Al·lèrgia	▪ Malalties infeccioses	▪ Respiratori
▪ Càncer	▪ Medicina preventiva	▪ Salut bucal
▪ Cardiovascular	▪ Musculoesquelètic	▪ Salut de la dona
▪ Digestiu	▪ Neurologia	▪ Salut infantil
▪ Endocrí i metabolisme	▪ Oïda, nas i coll	▪ Salut mental
▪ Cirurgia	▪ Cures pal·liatives	▪ Ulls
▪ Hematologia	▪ Pell, ungles i cabells	▪ Urologia/nefrologia

Últimes guies

- Espirometria forçada
- Vacunació de l'adult
- Embaràs i part normals
- Herpes zòster
- Consell al viatger
- Dolor toràcic, síndrome coronària aguda
- Càncer de pròstata



Institut Català de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



IDIAP
Jordi Gol

<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php>

Diseño de una intervención compleja multiriesgo en Atención Primaria para fomentar conductas promotoras de salud a la población de 45 a 75 años



ejercicio
cardiovascular
depresión
dieta
tabaco

eira

Objetivos, marco conceptual y diseño



Diseñar un ensayo clínico multicéntrico exploratorio controlado para evaluar la efectividad de una intervención compleja multiriesgo dirigida a personas de 45 a 75 años atendidas en AP con el objetivo de desarrollar conductas promotoras de la salud más frecuentes



Desarrollo de las tres primeras fases de una intervención compleja siguiendo las recomendaciones del Medical Research Council

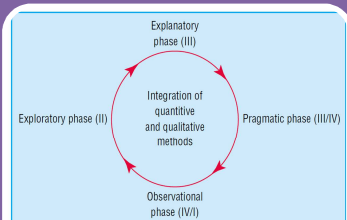


Fig 2 Iterative view of development of randomised controlled trials of complex interventions

Estudio con metodología mixta, siguiendo el modelo de complementariedad. La forma de combinar la investigación cualitativa y cuantitativa es completa (cada fase incluye los resultados de las fases anteriores)

Tabaquismo
 Dieta mediterránea
 Consumo de alcohol
 Actividad física
 Ansiedad
 Salud Mental
 Evaluación económica
 Estilos de vida
 Efectividad Estatinas y Aspirina
 Intervenciones comunitarias
 Teorías
 Barreras y facilitadores

Marc conceptual

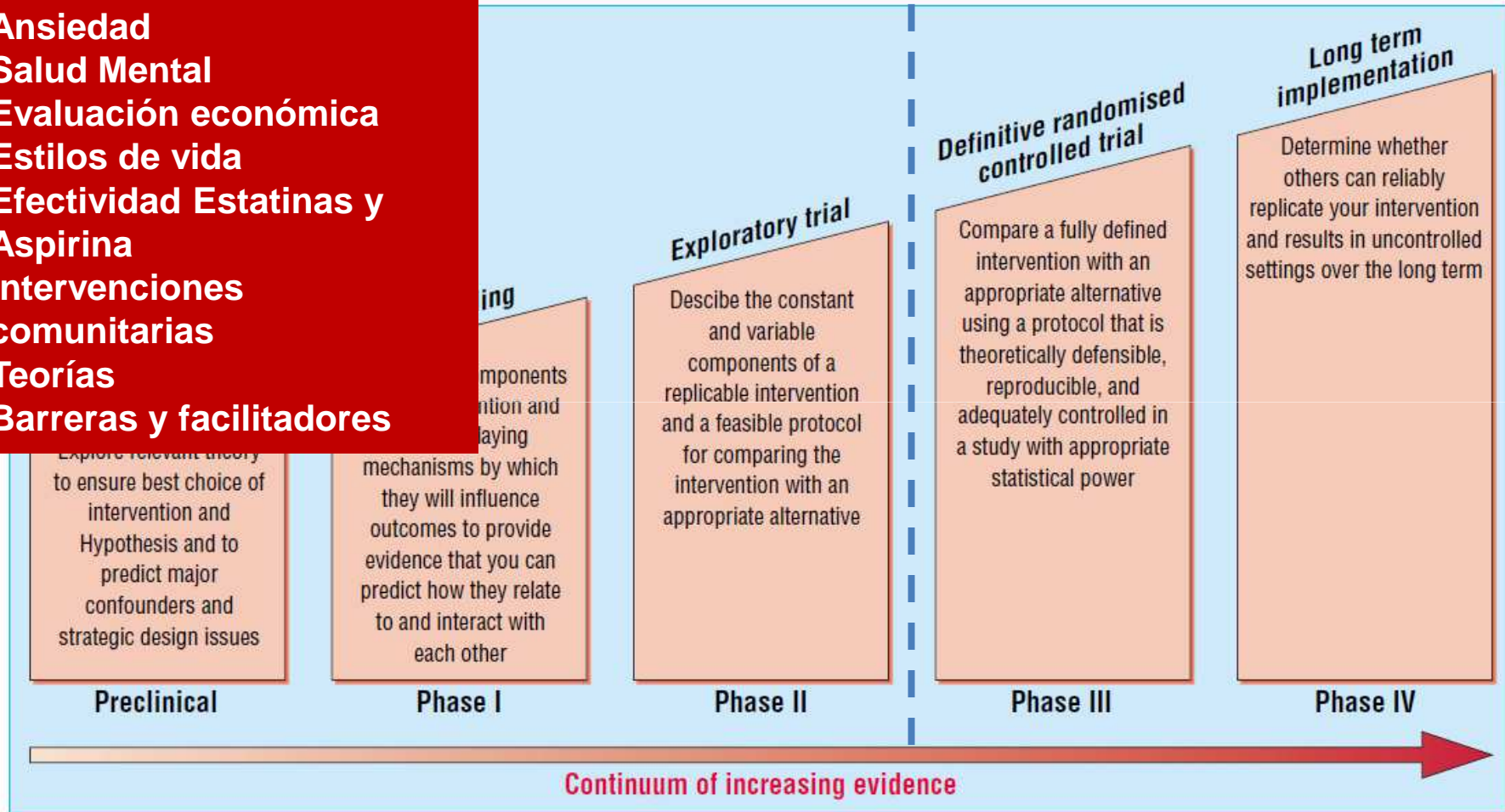


Fig 1 Sequential phases of developing randomised controlled trials of complex interventions

Què més podem fer en P4?

- ⌚ Caldria convertir la prevenció quaternària en la segona pell dels professionals d'atenció primària.
- ⌚ Evitar l'ús indegut de la prevenció, ja que pot produir danys a la salut i malbaratament econòmic.
- ⌚ Impedir la transformació de factors de risc en malaltia i de persones sanes en pseudomalaltes
- ⌚ Proporcionar serveis amb balanç valor-benefici elevat

Què més podem fer en P4?

- Ⓢ Entendre que els valors dels serveis poden ser variables entre els professionals, els pacients i els gestors
- Ⓢ Tenir en compte que en les intervencions, la seguretat és tan rellevant com l'eficàcia. S'han de prevenir, especificar i quantificar els possibles danys
- Ⓢ Aprendre de les iniciatives comentades i considerar les recomanacions del Consort en relació al dany

EDITORIALS

Too much medicine; too little care

Time to wind back the harms of overdiagnosis and overtreatment

Paul Glasziou *professor*¹, Ray Moynihan *senior research fellow*¹, Tessa Richardson *senior research fellow*¹,
Fiona Godlee *editor in chief*²

¹Bond University, Robina, QLD 4226, Australia; ²BMJ, London WC1H 9JR, UK

L'excés de proves a les persones sanes així com no tenir prou cura de les malaltes augmenta les desigualtats en salut i perjudica als dos col·lectius

“Too much testing of well people and not enough care for the sick worsens health inequalities and drains professionalism, harming both those who need treatment and those who don’t”

McCartney M. The patient paradox: why sexed up medicine is bad for your health. Pinter and Martin, 2012



**Moltes
gràcies**