

En atención sanitaria, más o menos, menos es más. Apuntes sobre desinversión sanitaria

S Peiró

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO|SALUDPÚBLICA), Valencia.

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Valencia.

RESUMEN

Objetivos. Más allá de la actual crisis económica, el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene un problema de sostenibilidad a largo plazo derivado de los cambios en los patrones de morbilidad con la irrupción de la cronicidad y la aceleración del cambio tecnológico con la rápida incorporación de nuevas tecnologías de elevado precio. El objetivo de este artículo es explorar el papel de la desinversión de tecnologías de bajo valor como estrategia para la sostenibilidad del SNS.

Material y método. Revisión narrativa y discusión de las características relevantes de las estrategias de desinversión en varios países.

Resultados. La desinversión es un proceso explícito mediante el cual dejan de financiarse de forma parcial o completa medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo o dudoso valor clínico. Sistemas sanitarios muy dispares —como los de Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido o Estados Unidos— han puesto en marcha estrategias de desinversión diferenciadas adaptadas a su contexto, mientras que en España se mantienen las reticencias a incorporar mecanismos explícitos para la toma de decisiones sobre la incorporación o desinversión de tecnologías sanitarias al SNS.

Discusión. Desinvertir en tecnologías de bajo valor es complejo. Muchas tecnologías son sólo candidatas a desinversión parcial o su valor es objeto de controversia y, adicionalmente, existen barreras psicológicas y sociológicas a la desinversión. La implantación de estas estrategias requiere el compromiso de profesionales y administraciones sanitarias y la complicidad de pacientes y ciudadanos, compromiso que debe ser gestionado.

Palabras clave: Asignación de recursos; Política de salud; Evaluación de la tecnología biomédica; Formulación de políticas; Prioridades en salud; Financiación gubernamental; Medicina estatal; Análisis costo-beneficio.

IN HEALTHCARE, MORE OR LESS, LESS IS MORE. NOTES ON HEALTHCARE DISINVESTMENT

ABSTRACT

Objectives. Beyond the current economic crisis, the Spanish National Health System (SNHS) has a problem of long-term sustainability that has its roots in changes in the morbidity patterns with the onset of chronic diseases and the acceleration of technological change, and with the rapid incorporation of new and expensive technologies. The aim of this paper is to explore the role of low value technology disinvestment as a strategy for SNHS sustainability.

Material and methods. Narrative review and discussion of the relevant features of disinvestment, and disinvestment strategies in several countries.

Results. Disinvestment is an explicit process of (partially or completely) withdrawing drugs, devices, practices or procedures with low or questionable clinical value. Very dissimilar healthcare systems such as those in Australia, New Zealand, United Kingdom or United States have launched disinvestment strategies adapted to their different contexts, while in Spain there remains a degree of reluctance to incorporate explicit mechanisms for decision-making on incorporation/disinvestment of health technologies with regard to the SNHS.

Discussion. Low value technology disinvestment is complex. Many technologies are only candidates for partial withdrawal, or its value is controversial and, in addition, there are psychological and sociological barriers to disinvestment. Imple-

mentation of these strategies requires commitment from professionals and health authorities and cooperation from patients and citizens, which in turn should be carefully managed.

Keywords: Resource allocation; Health policy; Technology assessment, biomedical; Policy making; Health priorities; Financing, government; State medicine; Cost-benefit analysis.

Texto recibido: 24/07/2014

Texto aceptado: 29/07/2014

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: PROBLEMAS DE SOSTENIBILIDAD ACTUALES Y DE FONDO

Aunque la política (o su ausencia) se haya polarizado notablemente en nuestro País, de extremo a extremo, parece haber coincidencia en que el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene algún que otro problema de sostenibilidad financiera. No hay tanta coincidencia en su alcance, sus causas y en sus posibles soluciones, pero es obvio que la actual crisis económica —con su correlato de caída de los ingresos fiscales, incremento de las necesidades sociales e insuficiencia financiera del Estado— ha contribuido de forma decisiva a acentuar esta preocupación. Recordemos que España debe reducir en más de la mitad su cifra de déficit público en términos de PIB antes de 2016. La mitad de esa mitad, cifras redondas, correspondería a las Comunidades Autónomas (CCAA) y, dado que la distribución de competencias las sitúan como responsables directas de la prestación de servicios de bienestar (con alrededor de un 40% de sus presupuestos dedicado a servicios sanitarios), la contención del gasto en salud es crítica para las políticas autonómicas de reducción del déficit público. Los “recortes” en los centros sanitarios (especialmente en personal y salarios), la reducción de la cobertura asistencial a algunos colectivos y el traslado de algunos costes hacia los usuarios son las caras más visibles de estas políticas, tanto en sus aspectos razonables, que los hay, como en los absurdos, que también, o en los que simplemente son desalmados y envilecedores, que también los hay).

Pero más allá de la crisis económica —por profunda, duradera y, al menos para algunos, dolorosa que sea— en la atención sanitaria existen corrientes de fondo que exigen nuevos abordajes, más enfocados al medio y al largo plazo que a las urgencias presupuestarias del periodo actual. Los rasgos esenciales de estas tendencias se configuran esencialmente en torno a dos componentes que se entrelazan. El primero de ellos se refiere a los cambios en los patrones de morbilidad con la irrupción de la cronicidad como primera fuente de consumos sanitarios. Si tradicionalmente las enfermedades crónicas se limitaban a algunas condiciones

médicas (la diabetes, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar crónica, etc.) y sus factores de riesgo (la hipertensión, el hábito tabáquico, etc.), el concepto actual de cronicidad se ha expandido a muchos tipos de cáncer con supervivencias más o menos prolongadas, las enfermedades raras, los desórdenes mentales, las enfermedades neurodegenerativas, algunas infecciosas como el SIDA o la hepatitis C, a las condiciones músculo esqueléticas y a otras muchas patologías. Muchas enfermedades, muy prevalentes y muy duraderas que comparten un patrón de causalidad múltiple, asociación con estilos de vida, plurimorbilidad, naturaleza permanente, incremento de la prevalencia en las edades avanzadas y curso con exacerbaciones y recurrencias que conducen a un deterioro progresivo, incapacidad funcional, pérdida de la autonomía para las actividades de la vida diaria y, a largo plazo, a la muerte.

El segundo componente viene representado por la aceleración del cambio tecnológico, con la rápida incorporación de nuevas tecnologías (incluyendo nuevos medicamentos) a las carteras de servicios públicas: tecnologías preventivas, diagnósticas, terapéuticas, quirúrgicas, rehabilitadoras, biológicas, tecnologías de imagen, de la información y la comunicación, tecnologías *ehealth*, etc. Algunas de ellas serían *pret-a-porter* pero para otras, personalizadas, hay que pasar por el sastre, y pagar los costes añadidos a la “personalización”. En algunos casos (no todos, ni probablemente la mayoría) estas tecnologías suponen innovaciones que incrementan la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con determinadas condiciones. En otros casos, la innovación sólo es innovadora en precio: lo mismo pero más caro. Mucho más caro. En todo caso, la combinación de medicamentos y tecnologías con precios extraordinariamente elevados, susceptibles de ser usadas en patologías crónicas de elevada prevalencia y repetidamente durante largos periodos de tiempo, está siendo demoledora para la sostenibilidad de todos los sistemas sanitarios. También para el SNS español. Y este es un segundo problema de sostenibilidad que no se resolverá por sí mismo ni con la superación de la actual crisis económica.

EL PROBLEMA DE LA SOSTENIBILIDAD OCULTA OTROS PROBLEMAS

Lo que la crisis económica sí parece haber superado, al menos de momento, es aquella disponibilidad de la sociedad a pagar todas nuestras facturas (esas que cada n años sacábamos de los cajones) sin más explicación ni más números que el mantra de “universal, gratuito, público, equitativo y de calidad” que, aunque sea cierto, no prueba la bondad de cada una de las decisiones de gasto (o ahorro) concretas que se toman, que deberían quedar justificadas por sus propios números concretos de efectividad clínica y costes, y no por los del agregado del sistema. Por ello, y aunque prefiramos mirar hacia otra parte, el debate de cómo construir sistemas internamente sostenibles es vital para los sistemas públicos de salud. Mientras el discurso al uso —formalmente compartido por gobiernos y oposiciones, sean quienes sean en cada momento— remite el problema (y las soluciones) de la sostenibilidad del SNS a disponer de más ingresos financieros (para poder seguir haciendo lo mismo), más allá de la crisis, la financiación y el gasto global, el SNS incorpora muchos elementos disfuncionales que también están en el origen de su propia crisis. Entre ellos vale la pena citar:

1. La constatación de *amplias variaciones en la práctica médica*. Los estudios en este campo vienen informando cómo poblaciones similares, residentes en territorios vecinos y sujetas a similares riesgos, reciben un volumen de servicios sanitarios asombrosamente diferente¹. Más allá de posibles problemas de resultados clínicos y desigualdades sociales, el mensaje más inquietante de las “variaciones en la práctica médica” es que sugieren que los médicos actuamos de forma muy diferente ante situaciones clínicas semejantes, quebrando la creencia tradicional de que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud, y exigiendo una continua búsqueda de “evidencias” (de efectividad, seguridad y eficiencia) que den soporte a las prácticas clínicas. En términos de gasto, y en ausencia de mejoras en los resultados clínicos, los servicios prestados en un territorio que no se habrían prestado a sus vecinos suponen pérdidas de bienestar para el conjunto de la sociedad².
2. Las evidencias empíricas de una importante *utilización inadecuada de las tecnologías, medicamentos, servicios y prestaciones sanitarias*, tanto por *subutilización* (no tratar cuando la condición del paciente lo requiere), como —y sobre todo— por

sobreutilización (tratamientos o pruebas innecesarios en la condición concreta del paciente)³. Desde el punto de vista del gasto, la infrautilización implica despilfarrar en la atención de las patologías y descompensaciones que habríamos podido evitar. La sobreutilización es un problema que, en nuestro entorno, parece importante en el consumo de muchos medicamentos (antibióticos, psicótrópos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas o antiosteoporóticos en prevención primaria, etc.) pero también en pruebas diagnósticas, cribado oportunista e incluso en algunas cirugías. Probablemente también en el consumo de visitas a urgencias y de visitas y re-visitas en atención primaria y especializada. La sobreutilización no implica sólo el despilfarro directo de estos consumos, sino también el asociado a los efectos adversos que causarán los tratamientos o pruebas innecesarios, o los falsos positivos⁴.

3. La constatación de importantes *déficits en la calidad de la atención y en la seguridad de las prácticas médicas*⁵⁻⁶, con un *importante impacto de los efectos adversos en los resultados clínicos y en los costes*. No es que la calidad de la atención en el SNS sea especialmente peor que la de otros países de nuestro entorno, pero probablemente la forma en que afrontamos estos problemas y las estrategias de mejora son más endeble en nuestro medio.
4. El *déficit de transparencia, honestidad y buen gobierno en la gobernanza de los servicios públicos*⁷. Esta carencia, y más allá de la ausencia de información a ciudadanos y pacientes sobre los resultados sanitarios, se traduce en políticas clientelares respecto a la construcción y ubicación de instalaciones sanitarias, la selección y promoción nepótica del personal directivo y, también, del sanitario y no sanitario, el rehuir la toma de decisiones que puedan generar mala prensa (como la no financiación de algunos medicamentos), etc. El déficit de gobernanza —aunque no parezca más grave en sanidad que en otros servicios públicos, otras instituciones o en algunos sectores empresariales— es un aspecto de especial importancia para la deslegitimación del sistema sanitario ante los ciudadanos y pacientes que le dan soporte financiero y confianza, debilita el liderazgo gestor y profesional de los responsables de todos y cada uno de sus diferentes niveles de gestión y, a la postre, socava cualquier medida de racionalización del gasto sanitario por sensata y necesaria que sea.

Desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera, estos problemas se traducen en un importante

(y en algunos aspectos cuantificado) despilfarro que reduce el bienestar de los pacientes y contribuye directamente a las dificultades financieras del SNS, pero también contribuye a generar la deslegitimación de las políticas de racionalización y mejora, a la decepción, a generar más derroche y más clientelismo y, en conjunto, a aumentar la entropía del sistema sanitario. Siempre se puede recordar que la construcción del hospital (innecesariamente) más grande de Europa (o el más pequeño en el lugar más recóndito) en una Comunidad no genera un derecho a que todas las CCAA tengan otros hospitales más grandes de Europa. No existe una distribución justa del despilfarro. El despilfarro es injusto e inequitativo en sí mismo⁸ y, esencialmente, implica el sufrimiento generado por otras necesidades sanitarias que se han quedado sin cubrir.

A VECES, EN SANIDAD, MENOS ES MÁS: TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DE “BAJO VALOR”

El SNS español, ya lo hemos dicho, no es el único sistema que enfrenta estos problemas de sostenibilidad extrínsecos e intrínsecos. Aunque quizás sí uno de los que más se esfuerzan en desatenderlos. En muchos países han aparecido iniciativas para intentar remediar, aun de forma parcial, los problemas de despilfarro intentando reducir la atención innecesaria (y/o perjudicial) que reciben los pacientes. La “desinversión” forma parte de estas iniciativas y puede definirse como un “proceso explícito mediante el cual dejan de financiarse de forma parcial o completa medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo o dudoso valor clínico (sin efectividad clínica, no coste-efectivos o cuya efectividad o eficiencia son marcadamente marginales o mucho menores que las de otros disponibles”⁹.

Para algunos autores, la desinversión (en tecnologías de bajo valor añadido) debe asociarse a la “reinversión” de los “ahorros” producidos en tecnologías de mayor valor añadido¹⁰⁻¹¹.

La definición de “bajo o dudoso valor” es controvertida. Puede ser clínica (evidencia de ausencia de efectividad, evidencia de balance riesgo-beneficio negativo, evidencia de efectividad limitada a algunos subgrupos, menor efectividad que otras alternativas), clínico-económica (menor coste-efectividad que otras alternativas), vinculada a preferencias sociales (prestaciones para síntomas menores, medicamentos con alto potencial de abuso), al conocimiento disponible (incertidumbre o evidencia débil de efectividad) o epidemiológica (procedimientos sujetos a grandes variaciones en la práctica médica). En un trabajo re-

ciente¹², se señalaban las 6 preguntas que tendríamos que hacerle a cualquier tecnología o prestación sanitaria para definir su valor: 1) ¿Es eficaz o poco eficaz? (Ej.: las estatinas en prevención primaria en pacientes sin riesgos claramente especificados, la radiología de tórax preoperatoria en pacientes sin antecedentes de riesgo); 2) ¿Es (poco) segura en general o para subgrupos de pacientes? (Ej.: Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia; Cribado con antígeno prostático específico); 3) ¿Es innecesaria porque se pueden conseguir los mismos resultados de forma más sencilla, con menor riesgo, más económicamente? (Ej.: uso de antibióticos en buena parte de las infecciones respiratorias de vías altas o las bacteriurias asintomáticas; la cesárea en partos de bajo riesgo); 4) ¿Es inútil porque ya no aporta beneficios relevantes al paciente? (Ej.: Ingresos en intensivos de pacientes en estadios terminales; tratamientos oncológicos que “mejoran” la supervivencia en días); 5) ¿Es inclemente porque sólo puede ofrecer condiciones inaceptables de calidad de vida? (Ej.: embarazo a término en fetos con malformaciones graves); y 6) ¿Es insensata porque ofrece resultados “insignificantes a costes enormes o porque lo que dejamos de hacer para prestar esta asistencia era más importante? (ej.: ganancia de 10 días de supervivencia mediana, por el final de la vida, con algunos nuevos oncológicos a costes que superan el millón de euros por año de vida ajustado por calidad).

COPIAR ES, A VECES, LA FORMA MÁS RÁPIDA DE INVENTAR

Decíamos que este no es sólo un problema del SNS español. En la práctica, los diferentes sistemas sanitarios han abordado la desinversión de forma diferencial. En los países con sistemas de aseguramiento público con amplia cobertura que ya disponían de mecanismos de evaluación de tecnologías médicas para incorporar prestaciones a la cartera, como Australia, Nueva Zelanda y otros, las agencias de evaluación de tecnologías, tradicionalmente dedicadas a valorar la incorporación de innovaciones, han cambiado el foco para incluir también la evaluación de las tecnologías pre-existentes a las que aplican criterios similares a las nuevas (barreras de efectividad, seguridad y coste efectividad), intentando desfinanciar las tecnologías de bajo valor para preservar (o incorporar) las de mayor valor^{8,13}. Hay que señalar que el control de la introducción de nuevas tecnologías de bajo valor es esencial para evitar los costes de su reversión, que pueden ser difíciles cuando implican personal y equipamientos.

Estados Unidos, donde el sistema sanitario (si se puede hablar de sistema sanitario es un entorno tan extraordinariamente proteico) está menos regulado administrativamente, se ha caracterizado por el desarrollo de iniciativas de-abajo-a-arriba: la campaña *Choosing Wisely* (eligiendo prudentemente)¹⁴, las *Top-5 lists* de cada sociedad médica con las cinco prestaciones más importantes a evitar¹⁵, la iniciativa “Less is more” (Menos es Más) de la Asociación Médica Americana (con amplia difusión en las revistas de la sociedad como *JAMA* y *JAMA Internal Medicine*)¹⁶ y alguna otra son ejemplos de estas iniciativas. En general, y aunque algunas aseguradoras utilizan los criterios *Top-5* para eliminar prestaciones o medicamentos de su cobertura, se trata de iniciativas basadas en el voluntarismo que apelan al profesionalismo y al buen hacer de los sanitarios, aun incorporando documentos explicativos para pacientes y otras fórmulas para actuar sobre la población¹⁷.

En Reino Unido, el país que probablemente más ha desarrollado formalmente las estrategias de desinversión, se han elaborado listas de procedimientos candidatos a desinversión parcial o total¹⁸, el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) reconfiguró sus guías de práctica para extraer centenares de recomendaciones de “no hacer” (*Do Not Do recommendations*), estrategia que complementa con mecanismos de ayuda e implementación (audit, materiales educativos, guías de práctica), difusión de experiencias locales de buenas prácticas y mecanismos de evaluación, incluyendo sistemas de indicadores¹⁹. Adicionalmente, una alianza entre el NICE y la Colaboración Cochrane está permitiendo desarrollar los *Cochrane Quality & Productivity Topics*, una serie de revisiones sistemáticas enfocadas a la desinversión, con estimación de su impacto económico, viabilidad, etc. También existe un proyecto, el *PenCLAHRC-NICE project*, de pilotaje y evaluación de las estrategias de desinversión que ha buscado explícitamente la colaboración de los clínicos, orientado a identificar barreras y facilitadores en la implantación de las recomendaciones de no hacer, y a priorizar las más relevantes. Reino Unido, por otra parte, tenía ya una larga experiencia de evaluación de tecnologías médicas para su incorporación a la cartera de servicios del *National Health Service*.

En España, la reticencia del Ministerio de Sanidad a incorporar mecanismos explícitos y formales de evaluación de tecnologías no lleva años, sino décadas, retrasando la incorporación de los procesos de inversión y desinversión (entendidos como la incorporación o retirada de tecnologías o servicios a la cartera de servicios del SNS, y la fijación del precio a pagar

por ellas, en función del valor añadido —en términos de salud— a las previamente disponibles). No es inusual que el SNS incorpore a su cartera tecnologías sanitarias que no se han incluido en países mucho más ricos que el nuestro. Tampoco que se recurra a procedimientos poco transparentes y menos reproducibles para algunas de estas decisiones (con el ejemplo paradigmático de la reciente exclusión de la financiación de más de 400 medicamentos para “síntomas menores”). En el lado positivo, y a iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) el Ministerio de Sanidad está apoyando una campaña tipo “*Choosing Wisely*” con amplia participación de las sociedades científicas que elegirán sus top-5 para “dejar de hacer” (uno de los ejemplos de más interés de esta iniciativa es la lista —top 15 en este caso— desarrollada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMFyC)²⁰. No obstante, y sin que pueda sorprendernos, la iniciativa se orienta, como en el caso estadounidense, hacia el voluntarismo de los profesionales en la toma de decisiones clínicas en consulta, abandonando el espacio de las decisiones públicas, espacio de gran trascendencia en el SNS español. Básicamente esto implica que mientras Ministerio y las sociedades pueden, por ejemplo, recomendar que los médicos no prescriban estatinas en prevención cardiovascular primaria, el SNS seguirá financiando esta prestación innecesaria (con las excepciones que se quiera) para aquellos casos en que los profesionales no sigan la recomendación. De alguna forma, se pide a los profesionales que asuman su responsabilidad en la desinversión, que la tienen, pero las administraciones sanitarias evitan asumir la suya, que también la tienen, y que es esencial para el éxito de la primera. También en el lado positivo cabe reseñar algunas iniciativas en algunas CCAA, como el proyecto *Esencial* en Catalunya, con elementos de las *Do Not Do* del NICE, la *Choosing Wisely* y algunos de cosecha propia.

“DESINVERTIR” REQUIERE CIERTA INVERSIÓN Y CIERTO COMPROMISO

Desinvertir en tecnologías de bajo valor puede no ser tan fácil como decirlo. Muy pocas tecnologías son candidatas a desinversión completa y lo habitual es que existan subgrupos de pacientes para los que —bien por sus características, bien por fracaso o intolerancia del tratamiento inicialmente más adecuado— una determinada tecnología de bajo valor siga siendo una opción razonable. Manejar estas excepciones puede requerir sistemas de información complejos en cuanto a su desarrollo y/o en su manejo práctico en el limitado tiempo de algunas consultas (la interesante experiencia

con algoritmos de prescripción en la Comunidad Valenciana sería un ejemplo de esta complejidad).

En otras ocasiones la selección de tecnologías de bajo valor (o las subpoblaciones en las que no aportan valor) es objeto de controversia. El análisis de variaciones en la práctica médica ayuda a identificar tecnologías o prácticas en las que existe una importante disparidad de opiniones sobre su valor entre los clínicos, pero no necesariamente a señalar cuál es la opinión acertada²¹. La incertidumbre sobre los resultados clínicos según cursos de acción suele estar en la base de estas divergencias, pero mientras no se aporte nuevo conocimiento la variabilidad en las recomendaciones sobre atención (o no atención) adecuada puede ser enorme y con un impacto formidable, en términos de población afectada y gasto sanitario incurrido²².

Adicionalmente hay aspectos psicológicos y sociológicos que suponen barreras a las estrategias de desinversión. Los clínicos parecen requerir más evidencia para no tratar que para dar un tratamiento con potenciales efectos adversos. Los pacientes desconfían, más aún en los tiempos que corren, de las actitudes expectantes. Les resulta difícil discernir si no se les prescribe un tratamiento porque no lo necesitan, porque es caro y andamos ahorrando, o porque la firma a la que no pagamos ha dejado de servirlo. Es un aspecto importante y todos los que apuestan por la sostenibilidad del SNS deberían llevar cuidado en no crear confusión entre desinversión y “recortes” (ni entre bienestar público y el bienestar de quienes trabajamos para el sector público). No es lo mismo reducir despilfarro (que siempre implica mejoras de bienestar) que reducir prestaciones de efectividad demostrada.

Esta situación implica que las estrategias de desinversión tienen costes de reputación, de comunicación, de información e informáticos. Que requieren el compromiso de los profesionales, de las administraciones sanitarias y la complicidad de los pacientes y ciudadanos. Y este compromiso, como tantas otras cosas en nuestro sector, debe gestionarse. No puede esperarse que crezca en el vacío. Para ello, otra vez, se requiere generar confianza, incluyendo el manejo explícito y transparente de los casos “excepcionales”, que en atención sanitaria siempre los habrá. Podemos hacer reglas para tratar el 90% de los enfermos más frecuentes con las enfermedades más frecuentes, pero si no adoptamos cierta ejemplaridad para no saltarnos esas reglas (como los familiares de algunos gerentes de hospital o de algunos consejeros, por señalar algunos casos que saltaron a los periódicos hace unos meses) y tratamos con conocimiento clínico, justicia y transparencia el 10% restante, este esfuerzo probablemente se verá frustrado.

RESUMIENDO

Existe un importante espacio para apuntalar la sostenibilidad del SNS mediante la desinversión de tecnologías, prestaciones y servicios de bajo valor. Existen imperativos éticos y profesionales para que los sanitarios abracemos las estrategias de desinversión. La buena práctica clínica incluye el “no hacer” lo ineficaz, lo inseguro, lo innecesario, lo inútil o lo inclemente. Evitar el daño y el despilfarro de los recursos que necesitarán otros pacientes está en el genoma de las profesiones sanitarias. Es obvio que algunos de estos conceptos pueden tener puntos de vista diferentes (importancia de la toma de decisiones compartida) y que, en todo caso, debemos hacerlo con los pacientes (antes que “contra” los pacientes).

Las decisiones de (des)financiación pública de tecnologías en base a su coste-efectividad, por el contrario, se toman desde el punto de vista del conjunto de la sociedad (no de un profesional o un paciente concreto) y deben adoptarse desde las políticas públicas (no como decisiones individuales de un médico concreto delante de un paciente concreto). Esto implica que la sociedad debe dotarse de mecanismos capaces de informar estas decisiones de forma explícita, transparente y con corrección metodológica, teniendo como base las evidencias sobre su efectividad, costes e impacto presupuestario, y generando la confianza suficiente (honestidad, buen gobierno) para mantener las decisiones que se toman en beneficio de todos.

Que deba hacerse no quiere decir que sea fácil, ni que se pueda hacer sin esfuerzo, ni que algunos no pierdan lo que el conjunto de la sociedad gane. En todo caso, intentarlo forma parte de las obligaciones profesionales ... y debería formar parte de las obligaciones de nuestros dirigentes. En cierta forma, en estas cosas nos jugamos la sostenibilidad (y la solvencia) del SNS¹¹, el que tendremos cuando seamos algo más mayores, el que tendrán nuestros hijos, nuestros familiares y nuestros conciudadanos.

CORRESPONDENCIA

Salvador Peiró
Área de investigación en servicios de salud.
FISABIO|SALUD PÚBLICA
Av. Catalunya 21. 46020 Valencia.
email: peiro_bor@gva.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Peiró S. Atlas of Variations in Medical Practice in Spain: the Spanish National Health Service under scrutiny. *Health Policy*. 2014; 114(1): 15-30.
- Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson; 2002.
- Peiró S. Variaciones en la práctica médica y utilización inadecuada de tecnologías. En: González López Valcárcel B, editores. *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*. Barcelona: Masson; 2005: 101-34.
- Meneu R, Peiró S, editores. *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*. Barcelona: Masson; 2004.
- Aranaz Andrés JM, Dir. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Aranaz J, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ, Orozco Beltrán D, Terol García E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011; 25(4): 333-8.
- Urbanos R, Meneu R, editores. *La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes*. En: Rodríguez M, Urbanos R, eds. *Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007: 145-65.
- Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy*. 2007;4:23.
- Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*. 2013; 27(2): 175-9.
- Bernal-Delgado E, Campillo-Artero C, García-Armesto S. Oferta sanitaria y crisis: financiamos los bienes y servicios según su valor o caemos en la insolvencia. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; 28 Suppl 1: 69-74.
- Repullo JR. Taxonomía práctica de la "desinversión sanitaria" en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2012; 27(3): 130-8.
- Mortimer D. Reorienting programme budgeting and marginal analysis (PBMA) towards disinvestment. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 288.
- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012; 307(17): 1801-2.
- Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011; 171(15): 1385-90.
- Lipitz-Snyderman A, Bach PB. Overuse of health care services: when less is more ... more or less. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(14): 1277-8.
- Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med*. 2014; 89(7): 990-5.
- Audit Commission. *Reducing spending on low clinical value treatments*. London: Audit Commission; 2011.
- Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done? *BMJ*. 2011; 343: d4519.
- Tranche Iparraguirre S, Coord. *Recomendaciones NO HACER* [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2014 [citado 29 may 2014]. Disponible en: <http://www.semefyc.es/es/componentes/ficheros/descarga.php?MTIyMzQ%3D>
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Campillo-Artero C. ¿Sirven los estudios de variabilidad geográfica de la práctica para informar la desinversión? Varias cautelas y algunas reflexiones. *Gac Sanit*. 2013; 27(1): 7-11.
- Sanfélix-Genovés J, Catalá-López F, Sanfélix-Gimeno G, Hurtado I, Baixauli C, Peiró S. Variabilidad en las recomendaciones para el abordaje clínico de la osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142(1): 15-22.