Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Rev Calid Asist. 2012;**27(3)**:127–129

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis

EDITORIAL

Desinversión y eficiencia en sanidad: aún sin *brotes verdes*

Disinvestment and efficiency: *no green sprouts* yet

C. Campillo-Artero[a,*] **y E. Bernal-Delgado**[b]

[a] *Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, Palma de Mallorca, España*
[b] *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España*

Recibido el 27 de febrero de 2012; aceptado el 27 de febrero de 2012
Disponible en Internet el 18 de abril de 2012

La desinversión en sanidad es tema trillado en otros países. Aquí, *commedĭhabitude*, llegamos rezagados. Y prejuiciados: «Llamémosle *reinversión*, que no tiene connotaciones peyorativas > >. La inhibidora corrección política nos obliga a repetir afirmaciones, que por tan consabidas ya son rayanas en lo pacato: mejorar la eficiencia de un sistema de salud no es un objetivo de crisis, sino perenne. Siempre hay una brecha que reducir entre el rendimiento de cualquier sistema de salud y su frontera de posibilidades de producción.

En lo que a la eficiencia de nuestro Sistema Nacional de Salud atañe, esta lacerante crisis económica es una agravante *sobrevenida*. Antes, apenas preocupados por el gasto, vivíamos felices con prédicas de bonanza y una política de cobertura de inspiración en *barras libres*. Pero ese margen de mejora—tarea optativaa la sazón— se ha trocado ahora en divisa de salvaguardia.

Al paso que vamos, la función compleja y fina de mejora de la eficiencia puede ser borrada por recortes indiscriminados del gasto. Y no son sinónimos. No es incuestionable que la disminución del gasto desemboque en asistencia sanitaria preservada. Osado es afirmar que lo estamos reduciendo (presente) sin dañar la calidad (futuro). Depende de qué, cómo y cuánto se recorte. Y, si queremos poder atribuirlos resultados que obtengamos a los recortes con legitimidad causal, antes de afirmar, habremos de evaluarlos concienzudamente.

La desinversión en salud es tema trillado en otros países. Con rigor, frescura y buena pluma lo explica José Ramón Repullo en su artículo, publicado en este número de la Revista, *Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que añade valor, para hacer sostenible el SNS*[1]. Su argumentación taxonómica, genuina y de razonada hondura, discurre al hilo de referentes tan definitivos como Fuchs[2], y su medicina de la parte plana de la curva, o como Jennett, con aquella lacónicamente redonda síntesis de atributos distintivos de la desinversión[3].

Sabían, en otros países, que en las 2 últimas décadas las ganancias en salud atribuibles a la adopción de nuevas tecnologías han sido marginales (muy costosas y con escaso valor diagnóstico, terapéutico y preventivo añadido). Sabían que en torno al 30 por ciento de las usadas eran (y son) prescindibles; su supresión de las carteras de servicios no afecta los resultados en salud. Se aprecia en países que han retirado su cobertura pública[4].

Saben, en todos ellos, que, como señala Repullo, los problemas que actualmente afronta la sanidad tienen causas exógenas, pero que las endógenas a los sistemas de salud son reales, y su calado, proporcional al margen de mejora mencionado.

Con el correr de los años, hemos acumulado mucha información sobre eficacia y efectividad (absolutas y relativas, brutas e incrementales), seguridad y eficiencia. Ya no hay excusa. Los sistemas nacionales de salud de países como Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia o Canadá aplican políticas de incorporación de nuevas tecnologías sobre la base de criterios de evaluación económica. También cuentan con los dispositivos técnicos, gerenciales y legales para desinvertir en tecnologías inseguras, en aquellas cuya efectividad es probadamente menor que otras disponibles. Trabajan, asimismo, con esquemas de regulación

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: campillo@ocea.es (C. Campillo-Artero).

1134-282X/$ – see front matter © 2012 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.cali.2012.02.009

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

para incorporar nuevas tecnologías con insuficientes pruebas de eficacia o efectividad. Nosotros abandonamos en la cuneta los esquemas de uso tutelado; ellos consolidan sus homólogos, sus modalidades de incorporación y cobertura de tecnologías condicionadas a laobtención de pruebas de efectividad, seguridad y eficiencia, como la *only in research*, la *coverage with evidence development* o los contratos de riesgo compartido, por citar algunos ejemplos[5,6].Saben, en suma, que el gasto crece sobre todo a expensas de innovaciones tecnológicas y su sobreuso desrregulado[7].

Han fraguado con el tiempo un elemento nuclear del gobierno sanitario, la *política* sanitaria (*health policy*), entendida, no como amalgama de regulaciones, leyes, estatutos, ordenanzas, opiniones y prédicas con léxico al uso, sino como sólido entramado de principios, posiciones y prioridades fundamentadas que informan la toma de decisiones de las autoridades sanitarias de un país. La conciben como disciplina reglada, regulan con más transparencia y observan más la ley. Van más allá y están tratando de dar cuerpo de disciplina a lo que llaman *regulatory science*, para poner el necesitado orden en regulación[8].

Es en este marco donde se despliegan las estrategias de desinversión. Se corresponde con lo que Repullo denomina reinversión sistémica. Hacer política sanitaria—dice—implica un compromiso reformista y regeneracionista que poco tiene que ver con recortar y culpar. Es a partir de este marco, donde en esos y otros países se intentan vertebrar y orientar las acciones de desinversión en los planos meso y micro: la viabilidad de las reasignaciones de recursos entre centros, unidades y líneas de producción, como política de «desinversión de lo inefectivo»—añade—dependerá decisivamente de cómo se articule la relación entre meso-gestión y micro-gestión.

Dependerá, asimismo, de que en el frente de batalla clínico todos interioricemos el principio de que las consecuencias de las decisiones con un paciente inciden en los que posteriormente atenderán el mismo y los demás profesionales, de que incorporen en su quehacer clínico diario el concepto de coste de oportunidad, como Vicente Ortún indicó hace ya 20 años[9]: «Las principales limitaciones a la introducción de criterios de eficiencia en la práctica clínica se derivan de la difícil interiorización del concepto de coste de oportunidad en Medicina, del conocimiento poco parejo de la eficacia y efectividad del arsenal terapéutico, del concepto inadecuado de Ética Médica, de la disfuncionalidad organizativa entre autoridad administrativa y responsabilidad médica y, finalmente, de la presencia de incentivos perversos>>. A ello añadió hace poco con Bernal[7]: si se «...mueve el foco [...] desde los indicadores macro, que pueden indicar que España tiene un sistema de alta calidad, hacia un enfoque más micro, que muestra la distancia que queda por recorrer y que lo diagnosticará como un buen sistema con mal pronóstico, salvo que se enderecen algunas tendencias>>.

Que nadie se lleve a engaño: cuando hablamos de mejorar la eficiencia, el objetivo económico que se persigue no es ahorrar, no es reducir el gasto *prae missis prae mittendis*; es conseguir asignar un precio a cada tecnología que se corresponda con su valor diagnóstico o terapéutico, pagar por lo que realmente vale. Y cuando hay que escoger entre varias alternativas, emprender el camino de las decisiones informadas y razonadas: pruebas de eficacia y seguridad, estudio de viabilidad, análisis de incremento de coste-efectividad y de impacto presupuestario (multiplicar siempre por *n* candidatos, pues una tecnología con razón coste-efectividad *buenísima* puede ser inasumible para el sistema de salud cuando la n es muy elevada; prever efectos de sustitución y expansión), y análisis marginal (qué beneficios se obtendrían si los recursos que demanda la tecnología escogida se destinaran a la mejor alternativa disponible). Sin olvidar que las medias aritméticas pueden ser medidas muy débiles de tendencia central, a veces peligrosas para decidir, porque ese todo calculado puede ocultar partes muy distintas, como las razones de coste-efectividad medias: no es infrecuente que haya subgrupos de pacientesen los cuales dichas razones varíen de forma sustancial y recomienden tomar decisiones contrapuestas de adopción en unos y otros.

Hay bolsas de ineficiencia y bolsas con poca decencia, carentes de fundamentación científica que sustente su rebosante contenido: las varillas de su abanico abarcan desde las indicaciones con tecnologías menos efectivas que otras disponibles en ciertos subgrupos de pacientes—por ignorancia o por incertidumbre, causas, ambas, de distintas naturaleza y consecuencias—hasta el abuso con prescripciones fuera de ficha técnica, con las que vehiculizan los estudios *open-label*o con las que apelan a usos compasivos.

Incorporar tecnología con estos criterios de eficiencia y sostenibilidad es el anverso de la moneda; su reverso es la desinversión. Con presupuestos fijos, los recursos destinados a un nuevo diagnóstico, tratamiento, servicio, infraestructura o actividad dejan de estar disponibles para otros utilizados hasta ese momento. Inversión-desinversión, un binomio de acciones articuladas, básicamente, con los mismos criterios. Su divorcio es *barra libre*, un sistema de salud insostenible por seguir albergando la bolsa de ineficiencia cuyo contenido describe Repullo en su trabajo: lo innecesario, lo inútil, lo inseguro, lo inclemente y lo insensato.

Las estrategias de desinversión no han de tener fechas de caducidad ni impulsar acciones aisladas. Tampoco tienen validez ecuménica: deben adaptarse a los condicionantes locales. Implantarlas y preservar su inserción en un cuerpo regulatorio sólido consume recursos. Se necesita generar e intercambiar información, gestionarla con sistemas de información idóneos, actualizarla periódicamente, formar a sus responsables, informar muy bien a la población sobre sus fundamentos, justificaciones y necesarias consecuencias, y vencer las resistencias *flexnerianas*, como bien apunta Repullo. Y hay que hacerlo con la mirada fija en la eficiencia social y sin postergar acciones escudándose en dirimir debates sobre eficiencia y equidad o des-re-centralización de competencias.

Tenemos todos los ingredientes necesarios para hacerlo en España. Hemos probado menús de degustación y nos han agradado. Empecemos a cocinar lo nuestro, rehoguémoslo bien en el principio, reduzcamos a fuego lento el caldo, y evitemos grasas y picantes. El empacho puede ser muy grave. Pero si no lo cocinamos, pasaremos hambre.

Bibliografía

1. Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que añade valor, para hacer sostenible el SNS. Rev Calid Asist. 2012;27:130–8.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

2. Fuchs VR. Perspective:More Variation In Use Of Care. More Flat-Of-The-Curve Medicine. Health Aff. 2004, doi:10.1377/hlthaff.var.104.
3. Jennett B. Inappropriate use of Intensive Care. BMJ. 1984;289:1709–11.
4. Elshaug AG, Moss JR, Littlejohns P, Karnon J, Merlin TL, Hiller JE. Identifying existing health care services that do not provide value for money. Med J Austral. 2009;190:269–73.
5. Campillo C. Regulación europea de medicamentos huérfanos: aclarar ambigüedades y trabajar más en soluciones. Gest Clin Sanit. 2011;13:7–9.
6. Tunis SR, Pearson SD. Coverage options for promising technologies:Medicareïs 'Coverage with evidence development'. Health Aff. 2006;25:1218–30.
7. Bernal E, Ortún V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gac Sanit. 2010;24:254–8.
8. Institute of Medicine. Building a National Framework for the Establishment of Regulatory Science for Drug Development. Washington, DC: National Academies Press; 2010.
9. Ortún V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: Colección Euge No. 10, La Llar del llibre; 1992.