

“Desimplementar” las prácticas de bajo valor: un imperativo ético

Karin Kopitowski 

Departamento de Investigación. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

Una atención médica sostenible busca ayudar a los pacientes con las cosas que importan, facilita –en lugar de obstaculizar– a los médicos para atender a sus pacientes, maximizar el impacto de las intervenciones sanitarias en la salud y el bienestar de nuestras comunidades, y no desperdiciar recursos sociales y ambientales.

Esto puede parecer obvio. Pero mientras la mayor parte de la atención médica prolonga la vida y reduce el sufrimiento, la forma en que actualmente practicamos la medicina es insostenible.

Los pacientes se ven abrumados por un tsunami de diagnósticos e intervenciones médicas, pero muchas veces no reciben la atención que necesitan.

Los médicos estamos agotados por las recomendaciones, los indicadores de rendimiento, las métricas de calidad, los incentivos y las sanciones; sin embargo, no podemos atender a nuestros pacientes de la forma en que nos gustaría.

Las sociedades gastan una proporción cada vez mayor de los presupuestos sociales en atención médica, pero, sin una priorización cuidadosa y basada en evidencia de cómo se utilizan esos recursos, es poco probable que resulte una estrategia eficaz para mejorar la salud y el bienestar de nuestras comunidades.

¿Cómo podemos hacer que la atención médica sea más sostenible?

Se necesita urgentemente una nueva apreciación de los recursos en el cuidado de la salud. Los sistemas, los procesos y la comunicación en torno a la medicina deben basarse en la noción de que los recursos humanos, financieros y ambientales son finitos y deben priorizarse cuidadosamente. Para hacer esto, necesitamos enfoques novedosos, que integren perspectivas diferentes y, a veces, contradictorias.

Se estima que una quinta parte de lo que hacemos en el cuidado de la salud no es necesario¹. Todas esas pruebas, tratamientos y diagnósticos innecesarios causan daño directo a las personas a través de los efectos adversos de los medicamentos y las cirugías², los daños psicosociales del etiquetado³ y una carga abrumadora de tratamientos⁴.

Dado que los recursos para el cuidado de la salud son finitos, el desperdicio (o derroche) también está

perjudicando a los pacientes indirectamente porque el uso excesivo de algunas intervenciones médicas significa que hay menos recursos para abordar la infrautilización y el diagnóstico insuficiente en otras áreas⁵.

Una infinidad de recomendaciones de recomendaciones, indicadores de rendimiento, métricas de calidad, incentivos y penalizaciones, en conjunto imposibles de implementar^{6,7}, contribuyen al agotamiento y la desilusión entre los médicos^{8,9}.

Cuando el gasto en atención médica crece, como lo está haciendo en todas partes¹⁰, los recursos se extraen de otros sectores sociales que pueden mejorar la salud pública de manera mucho más eficaz que las intervenciones dentro de la atención médica¹¹.

Teniendo en cuenta la huella de carbono sustancial de los propios sistemas de salud, los desechos médicos también aumentan el daño al planeta¹².

Al abordar la crisis del exceso médico, podemos reducir el daño y prevenir el desperdicio, haciendo que nuestros sistemas de salud sean más provechosos y sostenibles para los pacientes, los médicos, las sociedades y el planeta.

Para este trabajo es crucial una alta dosis de humildad. Como en toda actividad sanitaria, es de gran importancia no tergiversar los resultados ni exagerar la base de evidencia acerca del sobreuso y el sobrediagnóstico. Las decisiones acerca de la “desimplementación” (interrupción) y “desintensificación” de las intervenciones médicas deben basarse en pruebas sólidas, con un respeto fundamental por la autonomía, el contexto y las preferencias del paciente individual. Es esencial una mayor comprensión de las diferentes perspectivas y desafíos para cada una de las partes interesadas en la cadena entre la evidencia y la práctica.

El sobreuso se ha definido como la realización de pruebas y procedimientos que brindan poco o ningún beneficio clínico; es poco probable que tengan un efecto en las decisiones del médico; aumentan el gasto en atención médica sin mejorar los resultados de salud, o ponen el daño del paciente por encima de los beneficios potenciales.

Aunque las discusiones sobre el sobreuso generalmente mencionan tanto los daños como los costos financieros,

Autor para correspondencia: karin.kopitowski@hospitalitaliano.org.ar, Kopitowski K.

Recibido: 14/11/22 Aceptado: 22/11/22 En línea: 30/12/22

DOI: <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v>

Cómo citar: “Desimplementar” las prácticas de bajo valor: un imperativo ético. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2022;42(4):

el dinero a menudo ocupa un lugar central¹³. Incluso el término “atención de bajo valor”, actualmente en boga en todo el mundo, implica que el costo es el aspecto más importante del uso excesivo.

La idea de “desperdicio” puede tener una relevancia limitada tanto para los médicos como para los pacientes¹⁴. El desperdicio implica compensaciones, y a los médicos se nos enseña a concentrarnos en el paciente que tenemos enfrente, no en aquellos en la sala de espera que podrían verse privados de algo que necesitan porque otro paciente está recibiendo un servicio innecesario. Para los pacientes, cualquier discusión sobre el desperdicio y, por extensión, el uso excesivo, puede parecer un intento apenas velado de negar la atención necesaria.

Es probable que el hecho de no prestar mayor atención a los daños físicos y psicológicos del sobreuso haya obstaculizado los esfuerzos para reducirlo. Varios estudios han demostrado que las elecciones de tratamiento de los pacientes están fuertemente influenciadas por su percepción de posibles eventos adversos; es menos probable que exijan intervenciones innecesarias cuando entienden el riesgo de daño¹⁵. Si los médicos consideran el uso excesivo como una cuestión de seguridad en lugar de dinero, podrían sentirse más motivados para evitarlo. La tomografía computarizada inapropiada en el traumatismo encefalocraneal en población infantil es uno de los pocos ejemplos de uso excesivo que ha disminuido considerablemente, al menos en parte debido a que el daño potencial derivado de la exposición a la radiación condujo a campañas para reducir el uso excesivo¹⁶.

El daño causado por el uso excesivo de servicios de bajo valor es completamente prevenible, al menos en teoría. Pero persuadir a los pacientes y médicos de que deben evitar el uso excesivo para evitar daños innecesarios requiere evidencia de que el potencial de daño es significativo. Desafortunadamente, la investigación sobre el daño causado por el uso excesivo es escasa, y se basa en estudios limitados que cubren solo unas pocas situaciones clínicas. Existe alguna evidencia relevante de estudios que documentan los daños del uso excesivo de pruebas de detección. El cribado poblacional del cáncer de próstata, por ejemplo, no se recomienda en los Estados Unidos ni en la mayoría de los demás países, pero sigue estando generalizado y, a menudo, lleva a un tratamiento que se estima que causa incontinencia urinaria en 3 de cada 1000 hombres examinados y disfunción eréctil en 25 de cada 1000. Varios estudios han documentado daño por el uso excesivo de antibióticos, que está asociado con un evento adverso del medicamento en hasta el 20% de los pacientes hospitalizados que reciben antibióticos no indicados.

Para otros tipos de servicios de bajo valor, solo hay unos pocos estudios que cuantifican los daños posteriores. Entre 72 ingresos hospitalarios innecesarios por síncope de bajo riesgo, por ejemplo, nueve derivaron en un evento adverso, de los cuales cuatro se consideraron graves, incluidos delirio, error de transfusión, hipoglucemia y caídas. Los resultados acumulados indican

que el uso excesivo en una variedad de servicios está causando daños prevenibles sustanciales, pero no hay datos nacionales o internacionales sobre la cantidad total de eventos adversos que ocurren en el curso de la administración de la mayoría de los tratamientos no indicados, cuántos pacientes están involucrados o la gravedad de las lesiones.

Desimplementar las prácticas de bajo valor se vuelve un imperativo ético. Constituyen un problema en la seguridad de los pacientes, malgastan recursos y dañan el planeta.

Pareciera que focalizarnos en los daños sería el camino más adecuado para avanzar en la discontinuación de esas prácticas. Entender el espectro de daño prevenible causado por el sobreuso podría proveer a pacientes y personal sanitario el incentivo que necesitan para evitarlo.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD; 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
2. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.
3. Cotter AR, Vuong K, Mustelin L, et al. Do psychological harms result from being labelled with an unexpected diagnosis of abdominal aortic aneurysm or prostate cancer through screening? A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(12):e017565. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017565> Errata en: *BMJ Open*. 2018;8(1):e017565corr1. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017565corr1>.
4. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339:b2803. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2803>.
5. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):169-177. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1).
6. Porter J, Boyd C, Skandari MR, et al. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *J Gen Intern Med*. 2022 Jul 1. En prensa. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07707-x>.
7. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, et al. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract*. 2009;10:70. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-70>.
8. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>.
9. Montori V. Why we revolt: a patient revolution for careful and kind care. 2nd ed. Rochester, MN: Mayo Clinic Press; 2020.
10. OECD. Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives. Paris: OECD; 2015. <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
11. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380(9846):1011-1129. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8).
12. Barratt A, McGain F. Overdiagnosis is increasing the carbon footprint of healthcare. *BMJ*. 2021;375:n2407. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2407>.
13. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, et al. Highlighting a common quality of care delivery problem: overuse of low-value healthcare services. *J Healthc Qual*. 2018;40(4):201-208. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000095>.
14. Hicks LK. Reframing overuse in health care: time to focus on the harms. *J Oncol Pract*. 2015;11(3):168-170. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.004283>.
15. Caughey GE, Tait K, Vitry AI, et al. Influence of medication risks and benefits on treatment preferences in older patients with multimorbidity. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:131-140. <https://doi.org/10.2147/PPA.S118836>.
16. Coon ER, Newman TB, Hall M, et al. Trends in imaging findings, interventions, and outcomes among children with isolated head trauma. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(2):55-61. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001475>