



EDITORIAL

Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar

If you find yourself in a hole the first thing to do is stop digging

Salvador Peiró

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España

Recibido el 30 de julio de 2012; aceptado el 1 de agosto de 2012

Disponible en Internet el 13 de septiembre de 2012

Sostenibilidad y recortes: ¿salvar los muebles?

Entre los elementos que mejor configuran el entorno actual de la atención sanitaria, en prácticamente todos los países desarrollados, la preocupación de los gobiernos, las sociedades y la comunidad sanitaria por el crecimiento del gasto y la sostenibilidad de los sistemas de atención de salud ocupa un lugar importante. En el caso del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, enredado en la crisis económica y de legitimidad política más profunda y duradera que hayamos conocido desde la instauración de la democracia, la inquietud por la sostenibilidad financiera ha adquirido carta de primer orden. En realidad, en muy poco tiempo hemos pasado del problema de la «sostenibilidad» al de «salvar los muebles».

La atención sanitaria tiene un enorme protagonismo en la distribución competencial. Mientras Sanidad tiene un peso mínimo en el gobierno central, para las comunidades autónomas (CCAA) supone entre el 35 y el 45% de sus presupuestos *reales* (los presupuestos «formales» apenas disfrutan de unos días de vida antes de que la realidad los alcance y –más allá de constatar el otro gran problema español, el deterioro de un sistema político que no vacilaría en aprobar las cuentas del Gran Capitán– no vale la pena considerarlos). Abrumadas por el endeudamiento, con la tesorería rendida, exhausta la confianza de sus prestadores y fiadores, con gobiernos del Estado que las culpabilizan del gasto (en buena parte para eludir sus propias responsabilidades), las CCAA buscan desesperadamente

aumentar sus ingresos y reducir sus gastos. Así que era esperable que los servicios regionales de salud –al margen de que también desarrollaron su propia burbuja y cuentan con su propia crisis endógena– sean radiografiados una y otra vez buscando oportunidades de reducir el gasto público.

Entre las opciones posibles para mejorar el balance entre ingresos y gastos en el sector sanitario, los (sucesivos) gobiernos, siempre a regañadientes, han optado por aplicar (también sucesivos) recortes en los salarios de los trabajadores y profesionales (en algunas CCAA incluyen recortes sanitarios específicos, adicionales a los aplicados al resto de empleados públicos), en los precios de los medicamentos y de alguna cosa más, y por trasladar parte de estos precios a los usuarios. El porqué no es difícil de entender. Los recortes son relativamente fáciles de implantar. Y a los ministros y consejeros de Hacienda que –no nos engañemos, del sector sanitario saben poco más que las cifras del gasto total– les parecen ahorros claros. Euros contantes y sonantes.

Pero los recortes, pese a ofrecer cierto alivio inmediato a las haciendas públicas, son una pobre solución a medio-largo plazo. Tienen suelo. Se agotan en sí mismos. No actúan sobre los factores subyacentes en el crecimiento del gasto (tanto los salarios como los precios de los medicamentos no eran especialmente altos en España). Penalizan a los centros y a los profesionales más eficientes. Generan malestar en los sanitarios y, especialmente cuando se hacen como se están haciendo, deterioran la posible colaboración con los clínicos, incrementando la entropía del sistema. Olvidan que los costes sanitarios están directamente relacionados con las decisiones clínicas. Dificultan extraordinariamente los esfuerzos necesarios para mejorar la coordinación de la atención, reducir duplicaciones e ineficiencias y disminuir los cuidados innecesarios. Hoy es más difícil establecer

Correo electrónico: peiro_bor@gva.es

Tabla 1 Grupos terapéuticos de mayor importe en 2010 (dispensación en receta oficial) y ahorro potencial respecto al equivalente terapéutico de menor precio

	PVP (€) millones	Envases dispensados	Precio (€) medio del envase	Diferencia (€) a precio más bajo	Ahorro potencial (€) (millones)
Simvastatina ^a			4,8	0,0	0,0
Otras estatinas ^b	284,5	31.122.350	9,1	4,8	132,9
Atorvastatina	535,6	16.388.280	32,7	23,6	456,7
<i>Total estatinas</i>	<i>820,1</i>	<i>47.510.630</i>	<i>17,3</i>	<i>12,3</i>	<i>589,6</i>
Omeprazol	165,6	51.874.630	3,2	0	0,0
Pantoprazol	138,4	7.020.190	19,7	16,5	115,9
Esomeprazol	135,5	3.165.890	42,8	39,6	125,4
Lansoprazol	113,5	4.901.540	23,1	19,9	97,8
Otros IBP	73,2	1.909.180	38,3	35,1	67,1
<i>Total IBP</i>	<i>626,1</i>	<i>68.871.430</i>	<i>9,1</i>	<i>5,9</i>	<i>406,2</i>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011¹.

IBP: inhibidores de la bomba de protones.

^a La simvastatina no aparece entre los 30 principios activos de mayor gasto en 2011 y se ha tomado como referencia el precio medio de 2010.

^b Incluye simvastatina.

estrategias cooperativas para salvaguardar el SNS. Y cuando se cava en múltiples direcciones, el agujero acaba por ser más ancho y profundo.

El problema del despilfarro

Reducir (si se prefiere, recortar) el despilfarro es una estrategia básica de supervivencia de las organizaciones empresariales. Se trata de salvaguardar los procesos, productos y servicios que ofrecen mayor valor a sus clientes (mayores retornos a la firma) y reducir los que no aportan valor o su valor relativo es menor. Las oportunidades de reducción del despilfarro en atención sanitaria son, simplemente, enormes. En la tabla 1 se ofrece un ejemplo con estatinas e inhibidores de la bomba de protones¹. Solo el uso del equivalente terapéutico de menor precio en estos 2 grupos habría permitido un ahorro cercano a los 1.000 millones de euros en 2010 (superior a la estimación de recaudación de los copagos realizada por el Ministerio). La reducción de la prescripción inadecuada de ambos fármacos –probablemente superior a la tercera parte del total– aún incrementaría estas cifras de ahorro potencial.

Pero el despilfarro sanitario no proviene solo, ni principalmente, del uso de medicamentos con precios más altos que otros equivalentes. En un reciente trabajo Berwick y Hackbarth señalaban –y cuantificaban para Estados Unidos– 6 categorías (no exhaustivas) de gasto evitable²: *a*) problemas en los cuidados prestados, incluyendo los relacionados con la no adopción de sistemas de seguridad de los pacientes o de prácticas de prevención efectivas que se traducen en gastos por complicaciones; *b*) problemas relacionados con la coordinación de la atención, especialmente en los pacientes crónicos; *c*) sobreutilización de tratamientos y pruebas diagnósticas, incluyendo los antibióticos, algunos tipos de cirugía electiva, densitometrías, uso de atención intensiva en pacientes en los últimos meses de vida, etc.; *d*) complejidad administrativa, incluyendo la pérdida de tiempo

profesional en la cumplimentación de formularios que no aportan valor al manejo de los pacientes ni se utilizan para mejorar la gestión; *e*) problemas con los precios de pruebas y tratamientos en ausencia de un mercado realmente competitivo, y *f*) problemas de fraude y abuso. El trabajo cifra el gasto derivado de estos problemas entre el 21 y el 34% del gasto sanitario de Estados Unidos².

En España no existen trabajos de este tipo, pero diversos datos apuntan un importante derroche en medicamentos (antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antiosteoporóticos, coxibs, psicotropos, etc.) no exento de efectos adversos³, en pruebas diagnósticas⁴, descoordinación de la atención a crónicos y otros problemas que sugieren que estamos combinando el sobretratamiento en pacientes leves (gasto sin beneficios) con subtratamiento en prevención secundaria y pacientes de alto riesgo (gasto por descompensaciones y complicaciones)⁵.

Evitar la atención evitable: una responsabilidad compartida

Para los clínicos, reducir el despilfarro no es una opción, sino una obligación. Para los profesionales, malgastar recursos nunca fue opcional, pero ahora lo es menos aún. Cuando los recursos están exhaustos los pacientes que se quedan sin algún tipo de cuidado efectivo son reales, no estadísticas. Y los médicos también debemos lealtad a estos pacientes⁶. Pero la reducción del despilfarro es una responsabilidad compartida en los diversos niveles del sistema. En un primer nivel, Ministerio y CCAA deben desarrollar estrategias y mecanismos prácticos para decidir qué medicamentos, tecnologías y servicios entran y salen de la cartera de servicios del SNS, y qué precio estamos dispuestos a pagar en función de su valor⁷. Estas políticas se han agrupado bajo el epígrafe de *desinversión* (o *reinversión*) y recientemente se han publicado excelentes trabajos en español que revisan su marco conceptual y sus limitaciones⁸⁻¹⁰. Las decisiones de desinversión deberían estar guiadas por la evidencia científica.

fica sobre la efectividad comparativa y la eficiencia relativa de las actuaciones preventivas, los tratamientos y las pruebas diagnósticas¹¹ (antes que volver a asistir a espectáculos como la toma de decisiones sobre la exclusión de medicamentos en función de que más de 3 CCAA coincidan en solicitarla). Y deben ser lo suficientemente transparentes para que las partes implicadas conozcan y comprendan las decisiones tomadas (aunque no las comparten) y puedan trazar sus propias estrategias de desarrollo¹².

Un segundo nivel afecta a las organizaciones sanitarias. Parece sensato que los hospitales de las mismas CCAA empiecen a homogeneizar sus guías fármaco-terapéuticas. Que acuerden qué procedimientos o pruebas no deben realizarse en según qué condiciones. Y en qué plazos y condiciones toca repetirlas. Que auditén los tratamientos inadecuados y dudosos que indican sus clínicos (incluyendo la consulta externa, las urgencias hospitalarias y las prescripciones al alta). Que instauren indicadores que no fomenten los tratamientos innecesarios, la solicitud de pruebas sin más valor que cumplir el indicador o las derivaciones protocolarias sin considerar el estado clínico del paciente. La organización sanitaria debe ser justa en este terreno e identificar y actuar sobre quienes despilfarran, debe ayudar a que el descuido de unos pocos no malbarate el esfuerzo de muchos.

Un tercer nivel pasa por los centros sanitarios. Un centro de salud puede revisar la evidencia sobre un aspecto concreto de la atención y decidir no ofrecer un servicio inefectivo. O puede desarrollar sus propios criterios para favorecer los medicamentos más baratos entre los de similar efectividad. En un cuarto nivel, el del clínico individual, la gestión responsable de sus pacientes se favorece y estimula con el uso de guías basadas en la evidencia. Tratamientos útiles en algunos subgrupos de pacientes pueden ser inefectivos o de efectividad marginal mínima en otros. Que no se retiren de la cartera de servicios no quiere decir que estén indicados en todos los pacientes con una condición concreta. Los tratamientos antiosteoporóticos en mujeres jóvenes (en las que despilfarramos la mitad de los aproximadamente 400 millones de euros que dedicamos a estos fármacos) o los análisis rutinarios son ejemplos arquetípicos. A este nivel puede ser complejo retirar tratamientos poco útiles (fármacos antidepresión, SYSADOA, etc.) o incluso los peligrosos (hipnóticos, barbitúricos, antiinflamatorios y coxibs, etc.) y la existencia de políticas claras a nivel general y de centro puede ser de gran utilidad.

Los pacientes también comparten responsabilidades en la reducción del despilfarro. Aunque probablemente es poco realista que los pacientes (actuando como *lobbies* en busca de recursos para un grupo específico de enfermos o como individuos) quieran considerar los costes sociales, como ciudadanos están implicados en la asignación de recursos. El despilfarro sanitario compite con el gasto sanitario efectivo y con el gasto en otros sectores esenciales para su salud (educación, pobreza, dependencia, desempleo, pensiones, entre otros). Pacientes y ciudadanos deben ser conscientes de que no puede mantenerse el despilfarro sanitario sin negar la atención a otros pacientes (incluso a ellos mismos en el futuro), sin reducir los subsidios de dependencia o desempleo, sin empeorar la educación, sin empeorar como sociedad.

Tabla 2 Lista «top 5» de actividades *a no realizar^a* en medicina de familia

1	No solicitar exploraciones de imagen en el dolor de espalda (lumbar) en las primeras 6 semanas salvo la presencia de signos de alerta (como déficit neurológico progresivo, sospecha de osteomielitis y otras)
2	No prescribir antibióticos de forma rutinaria en la sinusitis aguda leve o moderada si la sintomatología no se prolonga más de 7 días o los síntomas empeoran tras una mejora inicial
3	No solicitar ECG anuales ni otras pruebas cardíacas de «chequeo» en pacientes asintomáticos de bajo riesgo
4	No realizar pruebas de Papanicoloau (citología vaginal) en pacientes de menos de 21 años o en mujeres histerectomizadas por condiciones benignas
5	No solicitar densitometrías (DXA) para el cribado de osteoporosis en mujeres por debajo de los 65 años o en hombres por debajo de los 70 sin factores de riesgo

Fuente: American Academy of Family Physicians, 2012. Disponible en: <http://www.aafp.org>.

^a Actividades con beneficios limitados o cuyos riesgos superan los beneficios.

Las sociedades científicas españolas no deberían tardar en seguir iniciativas como la campaña «Choosing Wisely» (elegir con prudencia)^{13,14} y «Promoting Good Stewardship in Clinical Practice» (promoviendo la gestión responsable en la práctica clínica)¹⁵ en la que diversas sociedades profesionales de Estados Unidos (incluyendo la American Academy of Family Physicians que desarrolló la lista de las «top 5» actuaciones a reducir en atención primaria [tabla 2])¹⁵ han desarrollado listas de pruebas diagnósticas o tratamientos habituales en su especialidad cuya indicación debería ser reevaluada por el elevado despilfarro que supone su uso en indicaciones sin valor clínico. Dar difusión a otras iniciativas como las recomendaciones «do not do» (no hacer) del NICE británico también puede ayudar.

Aunque en un entorno de irritación y desconfianza –y en el que empieza a ganar demasiado terreno la irracionalesidad– colaborar para reducir el despilfarro puede ser complejo, los profesionales sanitarios estamos en una situación privilegiada para trasladar el debate a este terreno, al terreno sanitario. Nuestro terreno y el único terreno en que podemos usar nuestros conocimientos para ayudar a nuestros pacientes y a nuestra comunidad. Y probablemente nos toca liderar este cambio. Entre otras cosas porque no podemos confiar en que otros lo hagan. Entre otras cosas porque salvaguardar la atención efectiva para nuestros pacientes y nuestras comunidades es salvaguardarnos a nosotros mismos.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Política Social. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2010. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011;35:124-8.
2. Berwick DM, Hackbart AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA.* 2012;307:1513-6.
3. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: Ortún V, editor. La refundación de la atención primaria. Barcelona: Springer; 2011. Disponible en: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg_.pdf/Cap_4.pdf
4. Argüello L, Pertejo V, Ponce M, Peiró S, Garrigues V, Ponce J. The appropriateness of colonoscopies at a teaching hospital: magnitude, associated factors, and comparison of EPAGE and EPAGE-II criteria. *Gastrointest Endoscop.* 2012;75:138-45.
5. Sanfélix-Genovés J, Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Hurtado I, Fluixà C, Fuertes A, et al. Prevalence of osteoporotic fracture risk factors and antiosteoporotic treatments in the Valencia region. Spain. The baseline characteristics of the ESOSVAL cohort. *Osteoporosis Int.* 2012;23.
6. Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med.* 2012;366:1949-51.
7. Reuben DB, Cassel CK. Physician stewardship of health care in an era of finite resources. *JAMA.* 2011;306:430-1.
8. Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.010>.
9. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Campillo-Artero C. ¿Sirven los estudios de variabilidad geográfica de la práctica para informar de la desinversión? Varias cautelas y algunas reflexiones. *Gac Sanit.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.004>.
10. 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;27:130-8.
11. Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:59-70.
12. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ.* 2011;343:4519.
13. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA.* 2012;307:1801-2.
14. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform-the Top Five list. *N Engl J Med.* 2010;362:283-5.
15. Good Stewardship Working Group. The “top 5” lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med.* 2011;171:1385-90.