



Editorial

La oportunidad de promover las prácticas de alto valor

The time for high value practices

Jose Joaquin Mira Solves

Universidad Miguel Hernández Elche, Alicante, España



Prestar al paciente la atención sanitaria que precisa, en el momento y en la forma adecuada, constituye un objetivo irrenunciable de la práctica clínica. Se espera que las decisiones e intervenciones cuenten con evidencia sobre sus beneficios para el paciente. Cuando esto no es posible, se espera que ese beneficio supere al daño que pudieran causarle. Finalmente, cuando se comparan sus costes con otras alternativas, se confía proporcionen mayor beneficio¹. Sin embargo, algunas prácticas se alejan de estas premisas generando infrautilización² o sobreutilización³ en el momento del diagnóstico, derivación o tratamiento.

Ambas se deben a causas multifactoriales que incluyen, entre otras, limitaciones presupuestarias, decisiones organizativas, estilos de práctica, marco de la responsabilidad profesional, carencias de recursos, conocimientos o destrezas, creencias de salud erróneas, etc. Ambas conviven en el tiempo y, aunque son comunes a todos los países y sistemas sanitarios, existe una importante variabilidad en sus cifras entre intervenciones, países y entre regiones de un mismo país^{2,3}.

Ejemplos de infrautilización los encontramos en las dificultades de acceso a los recursos sanitarios, tanto por limitaciones presupuestarias (en países en desarrollo o entre personas de menores recursos en países desarrollados), como por decisiones organizativas (extensión de programas de cribado de cáncer o acceso a determinados tratamientos). También, cuando los pacientes no reciben los tratamientos que requieren o cuando deciden no seguirlos². Las cifras de la infrautilización son difíciles de concretar, pero en países desarrollados se ha señalado que hasta un 45% de las decisiones podrían no basarse en guías de práctica⁴.

La infrautilización durante las fases más críticas de la pandemia de COVID-19 ha pasado a primera línea por la cadena de interrupciones y cancelaciones en el acceso a la atención sanitaria⁵. El temor de la población a infectarse si acudían a los centros también ha influido. Algunas estimaciones hablan de que, en las primeras 12 semanas de pandemia, se cancelaron más de 28 millones de intervenciones quirúrgicas (37% cirugías oncológicas) en todo el mundo⁵. Otros datos apuntan que se redujeron las derivaciones desde atención primaria hasta en un 60% en los primeros cinco

meses⁷ y los ingresos hospitalarios por patologías no COVID-19 hasta en un 69%⁸.

Los datos disponibles de sobreutilización obligan a reflexionar sobre su riesgo para los pacientes y la ineficiencia que generan en los sistemas de salud. El volumen de pacientes sometidos a prácticas de escaso valor en países desarrollados alcanza, según el tipo de indicación, al 80%³. En España, un 36% de médicos de familia⁹ encuestados sobre su práctica en los últimos cinco años, reconocieron estar recomendando a sus pacientes prácticas de escaso valor con bastante frecuencia. En otro reciente estudio en nuestro país, los/as cirujanos/as informaron que aún se seguían realizando radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 15% de las cirugías¹⁰.

En nuestro modelo sanitario el/la médico de familia y el/la pediatra constituyen la puerta de entrada y sus decisiones determinan la probabilidad de sobreutilización. En este caso, hemos comprobado que hasta un 55% de los pacientes adultos y el 39% de los pediátricos han recibido, al menos, una indicación clasificada como No Hacer por las sociedades científicas¹¹. Además, esta sobreutilización causa inseguridad. En los hospitales hasta un 15% de los ingresados sufren un evento adverso asociado a prácticas de bajo valor¹² y, en atención primaria, esta incidencia es de alrededor del 5% en medicina de familia y del 6% en pediatría¹¹.

A nivel macro, hace unos años, se empezó a actuar para reducir esta sobreutilización en nuestro entorno y en nuestro país, aunque con desigual nivel de éxito. Con las estrategias *Less is More*, *Slow Medicine*, *Too Much Medicine*, *Do Not Harm*, o *Choosing Wisely*, la más conocida y extendida a nivel mundial, se ha buscado sensibilizar a los médicos (y a veces también a los/as pacientes) sobre el impacto de las prácticas de escaso valor¹³. La campaña «Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España», liderada por el Ministerio de Sanidad, con la coordinación científica de Guía Salud¹⁴, ha señalado un conjunto de No Hacer con la idea de modificar la práctica médica en beneficio del paciente y de la sostenibilidad de nuestro modelo sanitario. A esta campaña se le suman otras iniciativas, como DianaSalud liderada desde Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) o las propuestas por servicios de salud autonómicos, como el proyecto Essencial en Cataluña, o las estrategias de Andalucía, Aragón, Castilla-León o Navarra, por citar las más conocidas. Pero una cosa es identificar qué es lo que no hay que hacer, otra

Correo electrónico: jose.mira@umh.es

medir qué se hace y que no había que haber hecho, otra difundir lo que no debe hacerse, otra distinta es dejar de hacer lo que no hay que hacer y, todavía, otra diferente es hacer lo que hay que hacer. El movimiento *Right Care Alliance*¹⁵ promueve una atención sanitaria coste-efectiva, adaptada a las circunstancias de cada paciente y sustentada en la mejor evidencia disponible. Comparte el objetivo de reducir la sobreutilización, pero lo hace desde un enfoque positivo, fomentando las Prácticas de Alto Valor.

En la postpandemia hay algunas propuestas y reflexiones que estamos a tiempo de considerar. El impacto de la infrautilización durante la pandemia es todavía desconocido. Son previsibles nuevos estudios sobre sus consecuencias en la salud de los/as pacientes. Algunas cuestiones son más directas (incremento de las hospitalizaciones por complejidad no atendida) y otras serán muy difíciles de valorar (el impacto en la formación de los residentes afectados por las medidas organizativas durante prácticamente un año de su formación). Las sociedades científicas, equipos directivos y autoridades sanitarias deben concretar cuanto antes qué medidas estructurales y organizativas deben adoptarse para afrontar esta segunda pandemia fruto de las consecuencias del SARS-CoV-2 en las patologías no-COVID-19. Corregir los efectos en las personas, con el foco puesto en la equidad, debiera pasar a un primer plano.

En la perspectiva de recuperar los sistemas sanitarios del impacto de la pandemia se ha priorizado la necesidad de incrementar la eficiencia en un marco que persigue una atención integral centrada en la persona. La mejora necesaria podría venir de promover una práctica de alto valor¹⁶. No parece que haya una mejor oportunidad y una mayor necesidad que nuestro horizonte inmediato.

En España (otros países apuntan cifras parecidas)¹⁷ no llega al 50% el porcentaje de médicos de familia y de hospitales que conocen las estrategias encaminadas a reducir la sobreutilización^{18,19}. El papel de las sociedades científicas señalando No Hacer, todavía frecuentes y con mayor capacidad de causar daño al paciente, es clave. La estrategia iniciada de Compromiso por la Calidad no puede quedar solo en un listado de 5 propuestas. En esta misma dirección hay que considerar que si no se mide qué está pasando, poco se avanzará. Hasta ahora, solo algunas recomendaciones cuentan con indicadores que permiten verificar su cumplimiento. La Estrategia de Salud se está haciendo eco de la necesidad de medir la sobreutilización, pero probablemente el sistema agradecería (los/as pacientes también) extender los avances que se han logrado.

Desincentivar determinadas prácticas de escaso valor e incentivar las prácticas de alto valor debería ser sencillo, pero no siempre tenemos éxito, a veces por los/as profesionales, a veces por los/as pacientes y, a veces, por el sistema. No cabe duda de la necesidad y utilidad de las guías de práctica clínica. Sin embargo, hay que enseñar a los futuros profesionales que no son la solución para todos los casos. Hemos de ser conscientes que no siempre abarcan toda la casuística²⁰, que no contemplan toda la comorbilidad²¹ (a diferencia de la práctica diaria) y que, ocasionalmente, colisionan con las decisiones que se adoptan tras un proceso de razonamiento clínico apropiado ante un paciente determinado. Además, hace tiempo se ha señalado que enseñan lo que hay que hacer pero, rara vez, aconsejan cómo dejar de hacer lo que se solía hacer y sabemos que no hay que hacer²². Quizás sea necesario considerar en la elaboración/revisión de guías de práctica una recomendación sobre las prácticas de escaso valor que contribuya a sensibilizar sobre su impacto.

Durante la formación pre y postgrado se aprende mucho de lo que hay que hacer, pero menos lo que no hay que hacer. Desaprender es más complejo que aprender y a la vista tenemos los datos sobre la evolución de los No Hacer cuya práctica se resiste a reducirse. Los rotatorios podrían beneficiarse si los/as tutores/as extendieran la cultura de las prácticas de alto valor entre los/as residentes. En esta dirección, identificar los heurísticos cognitivos que

modulan las decisiones clínicas mejoraría el entrenamiento de los futuros médicos y la seguridad de los/as pacientes.

Dado que los acuerdos de gestión son una de las herramientas que está demostrando más capacidad para modificar la práctica diaria (aunque a veces sin aportar beneficio a los/as pacientes), estos pactos podrían incluir acuerdos relativos a corregir el impacto de la infrautilización debida a la pandemia y la sobreutilización debida a prácticas de escaso valor, impidiendo que la vieja normalidad se imponga en el quehacer diario.

El modelo de responsabilidad profesional, el recelo a verse inmersos en un procedimiento de queja o en un litigio, inciden en el auge de la medicina defensiva. Promover las prácticas de alto valor requiere un amplio consenso sobre qué marco normativo promueve la calidad y seguridad de los/as pacientes y qué elementos del marco actual les ponen en riesgo.

El liderazgo clínico, que ha sido clave durante la pandemia, debería promoverse con mayor decisión que hasta ahora. A este nivel, los/as clínicos precisan de nuevas herramientas que faciliten su toma de decisiones y que les permitan explotar la información almacenada en los registros clínicos electrónicos. La actual inversión en el marco del Plan de Recuperación y Resiliencia no lo tiene entre sus prioridades.

El compromiso de los profesionales sanitarios para lograr un uso correcto y racional de los recursos es indispensable. Pero también es necesario que los pacientes participen activamente. Hasta ahora las campañas puestas en marcha no han logrado su implicación, a veces no se ha buscado por el temor de los responsables políticos a que la población lo confunda con «recortes». Sin embargo, sin el concurso de todos los agentes no es posible lograr cambios sostenibles en el tiempo.

La pandemia de COVID-19 ha puesto al borde del colapso la capacidad de los sistemas sanitarios. Pero la post-pandemia requiere soluciones diferentes a lo que ya se venía haciendo para ofrecer una atención adecuada al mayor volumen de pacientes que ahora se espera, ilusionar al profesional y mantener la viabilidad del sistema. Si terminamos haciendo lo mismo, el resultado no será diferente y en alguna de estas, no seremos capaces de volvernos a levantar.

Financiación

El presente texto tiene su origen en el desarrollo de las investigaciones sobre sobreutilización financiadas por el Instituto de Salud Carlos III, a través de los proyectos PI16/00971 y PI16/00816 (cofinanciados por el *Fondo Europeo de Desarrollo Regional* (FEDER), «*A way to make Europe*»).

Conflicto de intereses

No existen incompatibilidades, conflictos de interés o cuestiones éticas que afecten al documento remitido que deba declarar.

Bibliografía

1. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017;390:191–200.
2. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017;390:169–77.
3. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug A, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for Overuse of Medical Services Around the World. *Lancet*. 2017;390:157–68.
4. Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW, et al. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust*. 2012;197:100–5.
5. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: Results of a rapid assessment. 2020 [consultado 29 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>

6. COVID Surg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg*. 2020;107:1440–9.
7. The Health Foundation. Non-COVID-19 NHS care during the pandemic [consultado 29 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/non-covid-19-nhs-care-during-the-pandemic>
8. Heist T, Schwartz K. Trends in Overall and Non-COVID-19 Hospital Admissions. Kaiser Family Foundation [consultado 27 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/trends-in-overall-and-non-covid-19-hospital-admissions/>
9. Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Nebot C, Olivera G, et al. Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. *BMJ Open*. 2018;8:e021339.
10. Vicente-Guijarro J, Valencia-Martín JL, Moreno-Nunez P, Ruiz-López P, Mira-Solves JJ, Aranaz-Andrés JM, et al. Estimation of the Overuse of Preoperative Chest X-rays According to «Choosing Wisely» «No Hacer», and «Essential» Initiatives: Are They Equally Applicable and Comparable? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17.
11. Mira JJ, Carrillo I, Pérez-Pérez P, Asiter-Peña MP, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. SOBRINA Research Team Avoidable adverse events caused by ignoring the Do Not Do recommendations. A retrospective cohort study conducted in the Spanish primary care setting. *J Patient Safety*. 2021.
12. Badgery-Parker T, Pearson SA, Dunn S, Elshaug AG. Measuring Hospital-Acquired Complications Associated With Low-Value Care. *JAMA Intern Med*. 2019;179:499–505.
13. Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: A shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. *J Gen Fam Med*. 2019;20:9–12.
14. García-Alegría J, Vázquez-Fernández del Pozo S, Salcedo-Fernández F, García-Lechuz Moya JM, Andrés Zaragoza-Gaynor G, López-Orive M, et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Rev Clin Esp*. 2017;217:212–21.
15. Kleinert S, Horton R. From universal health coverage to right care for health. *Lancet*. 2017;390:101–2.
16. Moynihan R, Johansson M, Maybee A, Lang E, Légaré F. Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare Recovering health systems can prioritise genuine need. *BMJ*. 2020;370.
17. Lin MP, Nguyen T, Probst MA, Richardson LD, Schuur JD. Emergency Physician Knowledge Attitudes, and Behavior Regarding ACEP's Choosing Wisely Recommendations: A Survey Study. *Acad Emerg Med*. 2017;24:668–75.
18. Zambrana-García JL, Rodríguez-Mancheño AL. Actitudes de los médicos hacia el problema de las pruebas y los procedimientos innecesarios. *Gac Sanit*. 2016;30:483–6.
19. Mira JJ, Carrillo I, Pérez-Pérez P, Olivera G, Silvestre C, Nebot C, et al. Grado de conocimiento de la campaña Compromiso por la Calidad y de las recomendaciones no hacer entre médicos de familia y pediatras y enfermería de Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2018;41:47–55.
20. Cook DA, Sherbino J, Durning SJ. Management Reasoning: Beyond the Diagnosis. *JAMA*. 2018;319:2267–8.
21. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *J Intern Med*. 2019;285:272–88.
22. Sniderman AD, LaChapelle KJ, Rachon NA, Furberg CD. The necessity for clinical reasoning in the era of evidence-based medicine. *May Clin Proc*. 2013;88:1108–14.