

# Limitar las prácticas de bajo valor para contribuir a un sistema de salud sustentable, eficiente y equitativo

## Limiting low-value practices to contribute to a sustainable, efficient and equitable health system

Juan Víctor Ariel Franco<sup>a,b</sup> , Karin Kopitowski<sup>a,b</sup> , Eva Madrid<sup>c</sup> 

<sup>a</sup> Departamento de Investigación, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

<sup>c</sup> Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Universidad de Valparaíso, Centro Asociado Cochrane Chile, Viña del Mar, Chile

\*Autor corresponsal [eva.madrid@uv.cl](mailto:eva.madrid@uv.cl)

**Citación** Franco JVA, Kopitowski K, Madrid E. Limit low-value practices to contribute to a sustainable, efficient and equitable healthcare system. *Medwave* 2021;21(03):e8161

Doi 10.5867/medwave.2021.03.8161

**Fecha de publicación** 19/4/2021

**Origen** No solicitado

**Tipo de revisión** Con revisión editorial interna

### Hacia un Sistema de Salud Sustentable

El desarrollo de las bases científicas y tecnológicas del sistema de salud permite mejorar los resultados en salud de la población. Por ejemplo, la vacuna antineumocócica puede reducir la mortalidad asociada a neumonías en niños<sup>1</sup> y la vacuna antipoliomielítica podría erradicar esta enfermedad<sup>2</sup>. A su vez, el desarrollo de políticas enfocadas en los determinantes sociales de la salud (entre ellos la pobreza y la educación) permiten un impacto más global que la actividad separada de los centros de salud y hospitales<sup>3</sup>. Durante los últimos años se ha cuestionado la seguridad y sustentabilidad de las intervenciones en salud<sup>4</sup>, considerando que se estima que un poco más de un tercio de las mismas probablemente sean efectivas; 15% serían dañinas o poco beneficiosas y hasta un 50% tendría una efectividad desconocida<sup>5</sup>.

### Cuidados de “bajo valor”: cuando los daños superan los beneficios

En las últimas décadas se han sobrevalorado las intervenciones diagnósticas y terapéuticas denominadas “de bajo valor” (*low value care*) o de “excesos médicos”, definidos como aquellos que brindan poco o ningún beneficio a los pacientes, tienen potencial para causar daños e incurrir en costos innecesarios para los pacientes y el sistema, desperdiciando los limitados recursos del sistema de salud<sup>6</sup>. Estas prácticas incluyen un amplio espectro con distintas combinaciones de beneficios, daños y costos. Como ejemplo, se incluyen algunas cirugías costosas que producen beneficios escasos o nulos con riesgos graves para la salud<sup>7</sup> y también intervenciones de un relativo

bajo costo, habitualmente “preventivas”, como algunas pesquisas de cáncer<sup>8</sup> que producen daños mediante las cascadas diagnósticas (procedimientos posteriores a la prueba inicial), los falsos positivos, el sobrediagnóstico (la detección de enfermedades que habrían tenido un curso indolente de no ser detectadas) y el subsecuente sobretratamiento<sup>9</sup>. Estas intervenciones de “bajo valor” se diferencian del “error médico” o la mala praxis, dado que surgen de recomendaciones de expertos, guías clínicas y políticas públicas<sup>10</sup>. Aun así, la “medicina defensiva”, práctica destinada a reducir el riesgo de litigio por mala praxis, contribuye en parte al aumento de cuidados de bajo valor ofreciendo pruebas diagnósticas excesivas o intervenciones terapéuticas que no han demostrado efectividad<sup>11</sup>.

## La sustentabilidad del sistema de salud

Existe evidencia de un amplio sobreuso de estos procesos asistenciales inefectivos<sup>12</sup>, potenciado por el fenómeno de medicalización, por la cual algunos problemas no médicos se definen y tratan como enfermedades o trastornos, expandiendo el uso de cuidados de bajo valor<sup>13</sup>. Los destinatarios de estos daños no son sólo las personas sometidas a estas intervenciones de bajo valor, sino también el sistema de salud (y sus subsistemas). El valor de costos erogados (denominada razón costo-efectividad) y el costo total de la implementación de dichas intervenciones (impacto presupuestario) permiten tener una idea de la magnitud del problema<sup>14</sup>. Estos cuidados son responsables en parte del aumento exponencial del gasto en salud en relación con el producto bruto interno en muchos países (PBI)<sup>15,16</sup>, amenazando la sustentabilidad del sistema y reproduciendo inequidades preexistentes<sup>17,18</sup>. A su vez, reducen la capacidad de financiamiento de políticas destinadas a la mejora de los determinantes sociales de la salud, especialmente en una economía y un sistema de salud abatido en un futuro post-pandemia<sup>19</sup>.

## Iniciativas

A nivel internacional surgieron iniciativas tendientes a identificar las intervenciones de “bajo valor”: la Plataforma No Gracias<sup>20</sup>, *Choosing Wisely*<sup>21</sup> (Elegiendo Sabiamente), *Less is More*<sup>22</sup>, *Wiser Healthcare*<sup>23</sup> y los movimientos de Prevención Cuaternaria<sup>24</sup>. A su vez, Cochrane lanzó el grupo de trabajo *Sustainable Healthcare*<sup>25</sup> destinada a investigar e intervenir en áreas donde la evidencia puede identificar cuidados de bajo valor. Algunas de estas iniciativas han generado listas de recomendaciones de “no hacer” que han sido eficaces en reducir los cuidados de bajo valor en distintas áreas de la salud<sup>26</sup>.

A nivel regional, algunas investigaciones señalan la elevada prevalencia de cuidados de bajo valor en nuestra población<sup>27,28,29</sup> y el rol de los medios de comunicación en la promoción de estos<sup>30</sup>. En Argentina la “Iniciativa interespecialidades” desarrolló una lista de recomendaciones de “no hacer” ajustadas a nivel local informadas por la evidencia<sup>31</sup>, lo cual fue replicado más adelante por el Ministerio de Salud. A su vez, se creó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, focalizada en la evaluación basada en la evidencia de las tecnologías sanitarias<sup>32</sup>. En Chile, el Ministerio de Salud cuenta con un Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud basada en Evidencia que usa la metodología GRADE para la formulación de recomendaciones durante la elaboración de todas las guías de práctica clínica ministeriales<sup>33</sup>. La agrupación Médicos Sin Marca, a su

vez, menciona la importancia del sobrediagnóstico como forma de iatrogenia relacionado a las recomendaciones que no se sustentan en evidencia científica<sup>34</sup>.

## Las políticas públicas y líneas de acción

Considerando la dificultad de desimplementar intervenciones ineficaces una vez implementadas, por resistencia a todos los niveles, es de suma importancia que los tomadores de decisiones identifiquen estrategias para reducir los daños de las intervenciones de “bajo valor” e implementar una asignación de recursos eficiente y equitativa en salud. Estas estrategias deberían informarse por la mejor evidencia disponible, con un foco en la sustentabilidad del sistema de salud y una amplia participación de la comunidad considerando sus necesidades, valores y preferencias. También es importante la interacción de los múltiples sectores del sistema de salud, típicamente fragmentados y no siempre bien coordinados en Latinoamérica.

Proponemos las siguientes líneas de trabajo para la articulación de políticas públicas con programas específicos e incentivos para lograr un sistema de salud sustentable:

- a) *Investigación*: realizar estudios de investigación para la identificación de prácticas de “bajo valor” y estrategias de desimplementación y desarrollar guías de práctica clínica de alta calidad con un foco especial en la sustentabilidad del sistema de salud.
- b) *Educación y formación profesional*: incorporar en el diseño curricular de pregrado, posgrado y educación continua del área salud, la perspectiva relacionada a los potenciales daños de las intervenciones de “bajo valor” y las implicancias en el uso de recursos y equidad de su implementación. Considerando los miles de artículos que se publican cada día, se hace vital que los profesionales en formación adquieran la capacidad de discriminar evidencia de buena calidad y análisis crítico en relación con intervenciones de bajo valor.
- c) *Gestión de sistemas de salud*: implementar políticas de cobertura que contemplen los potenciales daños a las personas y la sustentabilidad de los subsistemas y efectores del sistema de salud como así también fomenten una relación saludable entre los pacientes y los profesionales de la salud, mitigando los excesos de la “medicina defensiva”.
- d) *Programas Intersectoriales*: colaborar con los medios de comunicación para evitar la medicalización o promoción de prácticas de “bajo valor” y no avaladas por evidencia rigurosa. Vincular las políticas sanitarias con las acciones de otras carteras gubernamentales con injerencia en los determinantes sociales de la salud.

## Conclusiones

Evitando las intervenciones de “bajo valor” mejoraría la sostenibilidad del sistema sanitario, pero depende en gran medida de la aceptabilidad y apoyo de los organismos públicos, los profesionales de salud y los pacientes. La toma de decisiones depende de muchos factores donde la evidencia no siempre es el principal y se requiere con urgencia nuevas políticas públicas que la articulen con los intereses en juego. Éstas podrían resultar en mejoras sustanciales en la economía y, por sobre todo, en la salud de la población.

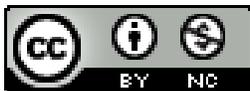
## Referencias

1. Berman-Rosa M, O'Donnell S, Barker M, Quach C. Efficacy and Effectiveness of the PCV-10 and PCV-13 Vaccines Against Invasive Pneumococcal Disease. *Pediatrics*. 2020 Apr;145(4):e20190377. Mar 10. Erratum in: *Pediatrics*. 2020 Oct;146(4) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Ciapponi A, Bardach A, Rey Ares L, Glujovsky D, Cafferata ML, Cesaroni S, et al. Sequential inactivated (IPV) and live oral (OPV) poliovirus vaccines for preventing poliomyelitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Dec 5;12(12):CD011260. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas. 2017. [paho.org](#) [on line] | [Link](#) |
4. Harris C, Green S, Ramsey W, Allen K, King R. Sustainability in Health care by allocating resources effectively (SHARE) 1: introducing a series of papers reporting an investigation of disinvestment in a local healthcare setting. *BMC Health Serv Res*. 2017 May 4;17(1):323. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, et al. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. *Mayo Clin Proc*. 2013 Aug;88(8):790-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Colla CH. Swimming against the current--what might work to reduce low-value care? *N Engl J Med*. 2014 Oct 2;371(14):1280-3. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust*. 2012 Nov 19;197(10):556-60. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Intern Med*. 2014 Jul;174(7):1067-76. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Ripping TM, Ten Haaf K, Verbeek ALM, van Ravesteyn NT, Broeders MJM. Quantifying Overdiagnosis in Cancer Screening: A Systematic Review to Evaluate the Methodology. *J Natl Cancer Inst*. 2017 Oct 1;109(10). | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*. 2018 Aug 14;362:k2820. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Carroll AE. The High Costs of Unnecessary Care. *JAMA*. 2017 Nov 14;318(18):1748-1749. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017 Jul 8;390(10090):156-168. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med*. 2010 Jun;70(12):1943-1947. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Pandya A. Adding Cost-effectiveness to Define Low-Value Care. *JAMA*. 2018 May 15;319(19):1977-1978. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. Mafi JN, Russell K, Bortz BA, Dachary M, Hazel WA Jr, Fendrick AM. Low-Cost, High-Volume Health Services Contribute The Most To Unnecessary Health Spending. *Health Aff (Millwood)*. 2017 Oct 1;36(10):1701-1704. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
16. Health spending set to outpace GDP growth to 2030 - OECD. OECD. [on line] | [Link](#) |
17. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Nambiar D, Mander H. Inverse care and the role of the state: the health of the urban poor. *Bull World Health Organ*. 2017 Feb 1;95(2):152-153. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Clarke L. COVID-19 and Sustainable Healthcare Systems. 2020. [on line] | [Link](#) |
20. Plataforma Nogracias. [on line] | [Link](#) |
21. ABIM Foundation. Choosing Wisely. [on line] | [Link](#) |
22. Jama network. Less is More. [on line] | [Link](#) |
23. Beard J, Dakin T. Wiser Healthcare - A research collaboration for reducing overdiagnosis and overtreatment. [wiserhealthcare.org](#) | [Link](#) |
24. Global Family Doctor - WONCA Online. [on line] | [Link](#) |
25. Johansson M, Bero L, Bonfill X, Bruschetti M, Garner S, Glenton C, et al. Cochrane Sustainable Healthcare: evidence for action on too much medicine. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Dec 6;12:ED000143. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
26. ABIM Foundation. Does Choosing Wisely Work? [choosingwisely.org](#) [on line] | [Link](#) |
27. Salgado MV, Kopitowski KS, Barani M, et al. Sobreuso de mamografía para rastreo en un hospital académico de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública* 2016;7:27; 6. | [Link](#) |
28. Ganiele MLN, Terrasa SA, Kopitowski KS. Excesivo rastreo de osteoporosis en mujeres menores de 65 años: estudio de corte transversal [Excessive osteoporosis screening in women under 65 years: a cross-sectional study]. *Salud Colect*. 2016 Jul-Sep;12(3):443-452. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
29. Esteban S, Ricci R, Terrasa S, Kopitowski K. Colonoscopy overuse in colorectal cancer screening and associated factors in Argentina: a retrospective cohort study. *BMC Gastroenterol*. 2017 Dec 15;17(1):162. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Spina S, Lombardi, Vanina Terrasa, Sergio Kopitowski, Karín Villalón, Gabriel. Cuán precisos son los principales diarios de Argentina el informar sobre los métodos de prevención del cáncer de mama. *Rev Argent Salud Pública* 2018;9:9-14. | [Link](#) |

31. Iniciativa Inter-Especialidades. Home page. [interespecialidades.org](http://interespecialidades.org) [on line] | [Link](#) |
32. Republica de Argentina. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud. CONETEC. [on line] | [Link](#) |
33. Mendoza C, Kraemer P, Herrera P, Burdiles P, Sepúlveda D, Núñez E, et al. Cómo interpretar guías de práctica clínica elaboradas con metodología GRADE [Clinical guidelines using the GRADE system (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)]. Rev Med Chil. 2017 Nov;145(11):1463-1470. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
34. Médicos sin marca. MSM busca promover una medicina crítica, independiente y centrada en las necesidades del paciente. [on line] | [Link](#) |

#### Correspondencia a

Potosí 4265, Buenos Aires,  
Argentina



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.