

FUNDACIÓN GASPAR CASAL

# REINVERSIÓN:

## asignatura pendiente del sistema nacional de salud

José María Abellán, Carlos Campillo y Juan del Llano







FUNDACIÓN GASPAR CASAL

# Reinversión: asignatura pendiente del sistema nacional de salud

*José María Abellán, Carlos Campillo y Juan del Llano*



Madrid, 2014

**Edición:** Fundación Gaspar Casal

© **Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, abril 2014**

ISBN: 978-84-697-0521-6

Depósito Legal: M-16560-2014

**Imprime:**

V.A. Impresores, S.A.

## PREFACIO

Quiero expresar mi agradecimiento a la Fundación Gaspar Casal y a los autores de este Informe “La Reinversión como palanca para la innovación y la solvencia del sistema sanitario español”, la oportunidad que me brindan de escribir el prefacio de este texto que viene a hacer luz sobre un tema de tan candente actualidad en el mundo sanitario y que, además, entra de lleno en la materia objeto de las competencias de la Dirección General de la que soy titular en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Aprovecho para introducir el novedoso concepto de “reinversión” que representa el objeto primordial de este Informe y que los autores acertadamente contraponen como la única vía de futuro para maximizar la eficiencia del sistema sanitario frente a los recortes presupuestarios lineales indiscriminados o la exclusiva contención de costes.

Según la definición que he considerado más clarificadora, la reinversión sería el proceso mediante el cual se dejan de financiar de manera parcial o por completo medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo valor clínico (sin efectividad clínica, no coste-efectivos o cuya efectividad o eficiencia son marcadamente marginales o menores que las de otros disponibles), al tiempo que se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se destinan a financiar estos últimos.

Algunos usan la palabra “desinversión” como sinónimo de “reinversión”. Desinvertir es eliminar práctica médica, medicamentos o tecnologías para los que existe evidencia científica de que aportan poco o ningún beneficio a la salud. Ni más actos médicos ni más recursos significan siempre más salud; si se eliminan las intervenciones clínicas de bajo valor es mucho más probable que se preserve la calidad de la atención que si se recorta de forma indiscriminada.

La credibilidad del ajuste presupuestario en la sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar rápidamente hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías. Invertir en evaluar el valor terapéutico añadido o la eficacia incremental comparada de un nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público. Por esto, los criterios de desinversión o reinversión sanitarios son los que van a determinar el resultado sobre la salud.

La gestión de los medicamentos dentro de nuestra sanidad pública se puede beneficiar de un debate objetivo sobre desinvertir para hacer más con menos. El camino de hacer más con menos requiere fomentar la corresponsabilización de pacientes, prescriptores e industria, basada en el conocimiento científico. La de la industria mediante contratos de riesgo compartido cuando hay demasiada incertidumbre sobre la eficacia hasta demostrar la efectividad de los nuevos medicamentos o tecnologías. La de los pacientes redistribuyendo el copago farmacéutico en relación con la renta, quedando exentos sólo los realmente con menos ingresos. La de los prescriptores favoreciendo adecuar la práctica clínica al conocimiento científico y reduciendo las variaciones injustificadas en esta práctica.

En términos similares cabe expresarse respecto a las prestaciones, tecnologías y procedimientos que deben formar la cartera básica de servicios comunes en los términos establecidos por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 (modificado

por el Real Decreto Ley 16/2012), el Real Decreto 1030/2006 y la orden SCO/3422/2007 que determinan las condiciones de exclusión de la cartera de servicios comunes y el procedimiento para su actualización.

El RDL 16/2012 establece que en la evaluación de los requisitos que deben seguirse para la elaboración del contenido de la cartera básica de servicios comunes participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Asimismo dispone que las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos sean sometidos a evaluación con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS por la citada Red.

Para todos nosotros la equidad en el acceso a las prestaciones es el principio rector de la cartera básica de servicios. Por ello resulta imprescindible que utilicemos metodología fundamentada técnica y científicamente en su definición. No se ha planteado en ningún momento realizar recortes en la cartera de servicios sino definir aquellos procedimientos, aquellas actividades que, por obsoletas, no deben estar en ella, pero introduciendo en la cartera aquellos procedimientos que mejoran la calidad de la asistencia y la calidad de vida del paciente.

El Informe que se presenta comienza identificando las acepciones más comunes atribuidas en la literatura especializada al término desinversión (y sus sinónimos), así como las herramientas de priorización más utilizadas para informar las recomendaciones de desinversión. A continuación sintetiza la evidencia disponible en torno al marco regulatorio y las experiencias o tentativas, más o menos regladas, de reinversión llevadas a cabo en varios países seleccionados, entre los que se incluye a España. Finalmente se describen algunos ejemplos de desinversión extraídos de algunas de las iniciativas identificadas en el apartado anterior, que podrían ser de interés para su aplicación al caso español.

El Informe destaca el proyecto, auspiciado por el Ministerio como “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas de España”, donde 12 Sociedades Científicas de distintas especialidades médicas han presentado recomendaciones para no realizar intervenciones innecesarias en la toma de decisiones de los profesionales al tratar a un paciente. La difusión de este proyecto a la población contribuirá a hacer efectiva la corresponsabilización en el uso de los recursos, adecuando la toma de decisiones compartida entre profesionales sanitarios y pacientes.

Tengo el firme convencimiento de que el Informe “La Reinversión como palanca para la innovación y la solvencia del sistema sanitario español”, tanto por la profundidad y el rigor con el que aborda el tema como por el gran conocimiento y experiencia de sus autores, va a convertirse en una obligada referencia en el ámbito sanitario. Y estoy seguro de que iremos por el buen camino que nos marca este Informe cuando la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud se vincule de forma más clara con el intento de desinversión de lo inefectivo y reinversión para la viabilidad del Sistema Nacional de Salud.

AGUSTÍN RIVERO CUADRADO  
Director General de Cartera de Servicios y Farmacia  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

## PRÓLOGO

Estimados lectores:

Si me permiten, antes de nada, quisiera agradecer a la Fundación Gaspar Casal y a los autores la oportunidad que me ofrecen de poder dedicar unas breves palabras introductorias a este fenomenal trabajo, así como transmitirles mi felicitación por el mismo.

La elaboración de este informe, “Reinversión: asignatura pendiente del sistema sanitario español” no puede ser más acertada en cuanto al momento, al fondo y a la forma.

La situación económica de los últimos años ha estado caracterizada por descensos en el PIB y control del déficit público, lo que ha generado reducciones en los recursos destinados a los presupuestos sanitarios tanto a nivel nacional como autonómico. Dichas reducciones, si bien necesarias, no debería poner en riesgo la garantía de una prestación sanitaria de calidad y equitativa.

Aunque todas las decisiones sanitarias tratan de supeditarse en teoría al cumplimiento de las premisas de calidad y equidad, las diferentes limitaciones presupuestarias autonómicas y la fragmentación de la toma de decisiones, está generando 17 realidades sanitarias diferentes. Esta situación se está viendo claramente reflejada en las diferencias en los procesos de incorporación de la innovación entre regiones, procesos que generan diferencias en el tiempo y en la forma en que se incorpora la innovación. De esta manera se da la situación de que los pacientes pueden tener o no acceso a un determinado tratamiento en un momento dado según la Comunidad Autónoma a la que pertenecen.

Ante esta coyuntura, los autores plantean diversas estrategias de contención del gasto que garanticen la calidad de la prestación sanitaria, siendo una de ellas la que es objeto de estudio en este informe: la Reinversión.

El concepto de Reinversión implica un proceso de dos direcciones. La primera es de salida del sistema sanitario, derivada de un proceso de desinversión, esto es, de supresión y/o desfinanciación de servicios de escaso o nulo valor clínico. La segunda es la dirección opuesta, la de entrada al sistema sanitario, e implica que los recursos liberados por la desinversión se destinen a financiar la incorporación de la innovación de alto valor clínico.

El proceso bidireccional de Reinversión permite contener el gasto sanitario y, al mismo tiempo, gracias a la incorporación de la innovación, mejorar la prestación sanitaria y los resultados en salud. En resumen, esta estrategia de Reinversión posibilita una prestación sanitaria más eficiente y sostenible en el tiempo.

De entre todas las iniciativas recogidas en el informe me parece especialmente relevante la iniciativa auspiciada por el Ministerio de Sanidad “Compromiso por la calidad de las Sociedades Médicas de España”. Este tipo de iniciativas, al estilo de la campaña “*Choosing Wisely*” estadounidense, permite sentar unas mismas bases de desinversión definidas y consensuadas por las diferentes sociedades médicas, planteando un marco homogéneo para la desinversión en todas las Comunidades Autónomas y generando ahorros que permitan que la incorporación de la innovación sea más homogénea en todo el territorio nacional, tanto en tiempo como en forma.



Por último, me gustaría resaltar la necesidad de aplicar estrategias de reinversión que permitan financiar el caso concreto de los tratamientos innovadores contra el cáncer, dado que durante estos próximos años está prevista la incorporación de un gran número de tratamientos oncológicos que cambiarán la vida de los pacientes. El impacto que tiene el cáncer para nuestra sociedad es muy alto, posicionándolo como la segunda causa de mortalidad en España. Sin embargo, la tendencia actual de asignación de recursos presupuestarios para tratamientos farmacéuticos oncológicos es decreciente, reflejando una desinversión del 5% en los últimos cuatro años. Bajo mi punto de vista esta tendencia debería cambiarse, y se debería producir un proceso de reinversión en tratamientos oncológicos innovadores de los que se beneficiará directamente una gran parte de la población española, e indirectamente la sociedad en general.

ANDREAS ABT  
Director General Roche Farma España

## PRESENTACIÓN

Impecable trabajo de los autores. No esperaba lo contrario conociendo sus registros. Y escribir estas líneas por invitación ha sido un gustoso desencadenante de una lectura anticipada que hubiera hecho en cualquier caso dada la calidad de los investigadores. Gracias pues a la Fundación por posibilitarlo.

A vuela pluma. Es atrevido el encabezamiento del texto y el jardín inicial en el que se meten José María, Carlos y Juan: nada menos que el de la asignación según “necesidad”, y ésta en su versión Karl Marx, para decidir la priorización de los recursos. Se equivocan cuando para amortiguar su opción “agitadora” refieren a Birch y Chamber 1993. Quienes somos amigos de Steve Birch sabemos que él no apacigua el análisis, más bien lo radicaliza ya que de otro modo considera que el statu quo no presta la atención debida. La gnoseología de la “necesidad” es un tema en sí mismo. Las controversias que genera las escuché en primera línea en mi paso por la Universidad de York entre Steve, Alan Williams y Tony Culyer, quien negaba la propia existencia de la noción, vista la capacidad de la oferta en inducir demanda. Y que la estandarización convencional alternativa era discutible, tanto si se realizaba según valores medios o de mejor práctica, y ésta empíricamente observada o fijada normativamente.

He ahí la dificultad del análisis de toda priorización, ya como forma de asignar, de racionalizar o de racionar, elija usted el término más conveniente. Porque más allá de lo que se lee en los manuales de Economía de la Salud, con la referencia NICE de si se incluye o no una determinada prestación con criterios coste-utilidad, la política y la gestión sanitaria exigen mucho más. La política sanitaria no es un concepto estático y dicotómico (dentro/fuera), sino dinámico y poliédrico. Como es sabido, que un tratamiento sea efectivo, y ni que sea coste-efectivo, no da pábulo a su extensión en indicaciones nuevas, colectivos beneficiarios distintos a los de los ensayos iniciales, o simplemente a aumentos cuando los beneficios marginales del consumo son ya decrecientes. Cómo explicar lo anterior no es sencillo: ya sea por la expectativa de “si funciona para unos puede que también lo haga para otros” o cuando se deniega que se recete lo que está ya en la parte plana de los impactos en mejoras de salud, pese a que, inicialmente y en abstracto, el tratamiento era una mejora objetiva.

En todo caso, ¿quién se puede oponer a un “no haga” algo obsoleto, inseguro, inefectivo o que cuenta con una alternativa de efectividad superior? Los grises sin embargo crecen cuando nos referimos a lo dudoso por la dificultad de cribar la indicación o el colectivo destinatario (el British Medical Journal en el 2011 identificaba en este tramo más del 50% de los tratamientos realizados en la práctica cotidiana), o cuando pueden darse externalidades de una innovación que en la medida que se implanta permite aprendizaje; aprendizaje que añade valor al conjunto del sistema: algo que tiene que ver con el *Value based pricing* del Gobierno británico y perseguido recientemente también por la *Haute Autorité de la Santé Publique* francesa.

Un toque de atención final. Los autores hablan de desinvertir para reinvertir. Este es el *trade-off* específico del gasto sanitario que sirve para hacer más digeribles las consecuencias del ejercicio. Pero desde un punto de vista de bienestar social el *trade off* es más amplio: desinvertir para invertir en otros campos quizás del gasto social (más en cultura, más conocimiento, más en salud y menos en servicios sanitarios) e incluso desinvertir para “no invertir” y permitir más gasto privado, menos impuestos, como componente también del bienestar de los ciudadanos. Notemos que en la actualidad se confina la compensación de los “canjes” sólo al gasto sanitario, e incluso aparecen dentro de éste una cierta segmentación de partidas: fondos separados para tratamientos de cáncer, cuidados de estadios finales de la vida, enfermedades raras o sin alternativas que discriminan los puntos de corte según

grupos de patologías y fondos asignados en cada caso, y con el añadido de las primas sobre los umbrales resultantes que implica el valor que se pueda suponer a la innovación. Son todo ello secuencias que oscurecen el propósito inicial explícito del coste-efectividad (“un AVAC es un AVAC”) y nos adentra en nuevos terrenos abonados para desinversiones y reinversiones “ad hoc” con el respaldo de los distintos grupos de interés.

GUILLEM LÓPEZ-CASASNOVAS  
Catedrático de Economía  
Universidad Pompeu Fabra

# Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>2. MÉTODOS</b> .....	17
2.1. Estrategia de búsqueda .....	17
2.2. Criterios de inclusión .....	18
<b>3. RESULTADOS</b> .....	19
3.1. Resultados agregados .....	19
3.2. Aceptaciones de desinversión .....	19
3.3. Métodos para informar la reinversión .....	21
3.4. Experiencias internacionales .....	23
<i>Australia</i> .....	23
<i>Reino Unido</i> .....	29
<i>Canadá</i> .....	32
<i>Estados Unidos</i> .....	33
<i>España</i> .....	35
3.5. Oportunidades de desinversión seleccionadas .....	39
<i>Over 150 potentially low-value health care practices: An Australian study</i> .....	39
<i>A decade of reversals: An analysis of 146 contradicted medical practices</i> .....	40
<i>Proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas” ..</i>	41
<b>4. CONCLUSIONES</b> .....	45
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> citadas en el informe .....	49
<b>APÉNDICES</b>	
Apéndice 1: resumen de las seis revisiones sistemáticas previas identificadas .....	59
Apéndice 2: las 10 referencias iniciales, punto de partida de la búsqueda .....	61
Apéndice 3: publicaciones seleccionadas (referencias iniciales incluidas) .....	63



*“¡De cada cual, según sus capacidades; a cada cual según sus necesidades!”*

Karl Marx (1875). Crítica al programa de Gotha.  
Publicado en la revista “Die Neue Zeit”, vol. I, nº. 18, 1891.

## 1. Introducción

La Historia está plagada de paradojas; como la vida misma. Una de ellas es que precisamente sea una exhortación a la superación del “*estrecho horizonte del derecho burgués*”, como la que encabeza este informe, la que quizá mejor refleje la insoslayable tensión entre medios y fines que subyace a la acción de cualquier sistema sanitario. Antes de que se nos acuse de agitadores, anti-sistema o algo peor, aclararemos que los inspiradores de que hayamos empleado tan provocadora cita como punto de partida de nuestras reflexiones son Birch y Chambers (1993), quienes hace ya dos décadas señalaron que los recursos sanitarios debían distribuirse atendiendo a las necesidades de la población. Pero no unas necesidades cualesquiera, no todo tipo de necesidades, sino solo aquellas necesidades que comporten la capacidad de beneficiarse en algún grado de la asistencia sanitaria. Dicho de otra forma, y trasladándolo al entorno nacional, cuando la Ley General de Sanidad (LGS) afirma en su artículo 3.1. que “*Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades*”, no debe interpretarse con ello que el Sistema Nacional de Salud (SNS) tenga el mandato (la obligación) de colmar cualquier demanda de atención sanitaria, sino solo de prestar aquellos servicios que reporten unos beneficios (ganancias de salud) a la población razonables.

De lo anterior se deduce que todas aquellas tecnologías sanitarias que no proporcionen ningún beneficio o que lo hagan solo muy marginalmente, bien porque sean ineficaces o inefectivas, innecesarias, inapropiadas o incluso potencialmente perjudiciales, no deberían formar parte de la cartera de servicios del SNS, simplemente porque no estarían obedeciendo al propósito del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades. Obviamente esta conclusión de alcance sistémico es de aplicación a todos los niveles de la gestión sanitaria, no solo a las decisiones de financiación pública de las prestaciones, sino también a las decisiones de distribución de recursos entre servicios, centros y niveles asistenciales (mesogestión), así como a la propia práctica clínica (microgestión).

Pero incluso la prestación de servicios sanitarios que sí son efectivos (que sí aportan valor clínico) no puede (ni debe) ampliarse indefinidamente. No puede (y aquí aparece la tensión a la que aludíamos al principio), porque las “*capacidades*” del presupuesto público son inevitablemente limitadas, mientras que las necesidades (aun cuando constreñidas a aquellas demandas que entrañen la posibilidad de un cierto potencial de mejora) son virtualmente

ilimitadas. El reconocimiento tácito de este desequilibrio se vislumbra en el artículo 31.2 de la Constitución, donde se establece que *“El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos y su programación y ejecución responderá a los criterios de eficiencia y economía”*. Es decir, si bien los recursos públicos no deben gestionarse únicamente atendiendo a criterios de *“eficiencia y economía”* (también deben responder a una *“asignación equitativa”*), hacer un uso ineficiente de ellos entraña un despilfarro, ya que, por definición, podrían tener un mejor destino alternativo, habida cuenta de que el presupuesto es finito. Es esta finitud la que confiere sentido al concepto de eficiencia económica o, lo que es lo mismo, al imperativo de establecer prioridades en la asignación de los recursos disponibles.

Conviene matizar, no obstante, que si bien es la salud el auténtico *output* sanitario, el valor social de las intervenciones médicas no se mide únicamente por el tamaño de dicho *output* (maximización de las ganancias de salud), sino también por la consecución de otros objetivos considerados igualmente meritorios, en particular la equidad (Brouwer et al., 2008), objetivo este explícitamente reconocido en la LGS (art. 3.2. y 3.3.) cuando dispone que *“La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”* y que *“La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.”* De esta forma, cualquier estrategia o mecanismo de establecimiento de prioridades que se pretenda implementar no puede soslayar el canje existente entre mejoras potenciales de eficiencia y preservación de la equidad (Wagstaff, 1991).

Que la forma tradicional de distribuir los recursos sanitarios (como el resto de los medios públicos por otra parte) responda a un patrón histórico que propende al incrementalismo (*“lo mismo que el año pasado más un poco más”*) camufla el coste de oportunidad de no hacer un uso eficiente de dichos recursos. Dicho coste de oportunidad (los beneficios que dejan de obtenerse por las oportunidades desaprovechadas) se hace patente, no obstante, ante una coyuntura como la actual marcada por el desafío que representa para España reducir a más de la mitad su cifra de déficit público en términos del PIB de aquí a 2016 (MINECO, 2013). La consecución de la senda de consolidación fiscal hace perentoria (guste o no) la necesidad de hacer más con menos. En cualquier caso, incluso si el signo de los tiempos fuese otro, incluso si se dispusiese de presupuestos holgados, no sería razonable que la oferta de servicios sanitarios creciese descontroladamente. Y esto porque los beneficios marginales de las intervenciones sanitarias, aun cuando positivos, decrecen conforme estas se extienden (abarcando paulatinamente subgrupos de pacientes menos graves y, por tanto, menos capaces de beneficiarse) y se intensifican (aumentando la frecuencia y dosis con que se indican), situando la práctica médica en la parte *“plana”* de la curva, allí donde la tasa de retorno de la inversión sanitaria (la ganancia de salud por euro gastado) es prácticamente nula.

Ante el desafío de sostener o incluso mejorar el *output* sanitario con menos recursos caben varias alternativas. Una, la menos aconsejable, consiste en practicar recortes, más o menos lineales, a lo largo de todo el presupuesto, o concentrarlos en aquellas partidas de las que resulta más *“fácil”* detraer recursos. Esta estrategia puede servir transitoriamente al propósito de minorar el crecimiento e incluso el nivel global del gasto sanitario, pero resulta inviable (o al menos muy costoso, social y políticamente hablando) aplicarla repetidamente y, en cualquier caso, al ignorar el efecto que dichos recortes pueden tener sobre la calidad asistencial, pueden acabar resintiéndolo los resultados en salud.

Una segunda vía más refinada y conciliadora con el objetivo de promoción de la eficiencia consiste en implementar medidas de ‘contención de costes’ (Dionne et al., 2009), esto es, medidas de minimización del despilfarro de recursos que pueda estar produciéndose en la provisión de los servicios sanitarios. Ejemplos de este tipo de ineficiencias técnicas o meramente productivas son los procesos erróneamente diseñados, la utilización de inputs excesivamente caros o la duplicación innecesaria de servicios (Bentley et al., 2008). Hay que resaltar que (al menos en teoría) con este tipo de iniciativas ningún paciente es privado necesariamente de beneficio, simplemente se aborda su atención de un modo diferente. El problema es que si los ajustes presupuestarios requeridos son de gran entidad, probablemente los ahorros que puedan conseguirse no sean suficientes.

Queda, por último, una tercera vía que constituye el objeto de estudio primordial de este informe, la denominada ‘desinversión’, o como reza en el título del mismo, ‘reversión’. Si bien, como ha sido señalado por varios autores (Repullo, 2012; Campillo y Bernal, 2013), el término anglosajón ‘*disinvestment*’ no implica de suyo cancelación o reducción de programas, servicios o tecnologías, ni pretende tampoco la búsqueda sin más de ahorros, no es infrecuente la publicación de estudios que únicamente identifican oportunidades de desinversión, pero no así potenciales candidatos a la inversión de los recursos liberados (Schmidt, 2012). A este respecto, es preciso subrayar que la identificación y priorización de intervenciones total o parcialmente desfinanciables es solo una cara de la moneda de la genuina inversión, la cual, tal y como destacan Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), requiere de un proceso explícito mediante el cual los recursos liberados por la supresión o reescalamiento de los servicios de menor valor clínico se destinen a financiar aquellos otros de más alto valor.

El informe describe en la siguiente sección la estrategia de búsqueda empleada para dar cumplida cuenta de tres objetivos básicos. En primer lugar, identificar las acepciones más comunes atribuidas en la literatura especializada al término desinversión (y sus alias), así como las herramientas de priorización más utilizadas para informar las recomendaciones de desinversión. En segundo lugar, sintetizar la evidencia disponible en torno al marco regulatorio y las tentativas, más o menos regladas, de inversión llevadas a cabo en varios países seleccionados, incluyendo a España. Por último, ofrecer ejemplos de desinversión extraídos de algunas de las iniciativas identificadas en el apartado anterior, que podrían ser de interés para su aplicación al dominio español. Todo ello se aborda en la tercera sección del informe. La síntesis y discusión de todos los aspectos abordados en el informe cierra el mismo.





## 2. Métodos

### 2.1. Estrategia de búsqueda

La naturaleza del tema y los objetivos perseguidos con el informe aconsejan no abordar en exclusiva la revisión de la literatura de un modo tradicional (búsqueda sistemática en bases de datos biomédicas tratando de responder a una pregunta concreta), sino más bien efectuar una revisión exploratoria (*scoping review*) o de síntesis de la evidencia disponible (Manchado et al., 2009), sin rehuir la consulta de fuentes de información no indexada; lo que habitualmente se denomina ‘literatura gris’. En el caso que nos ocupa dicha literatura gris se compone básicamente de documentos (ya sea de trabajo o de discusión) de instituciones públicas y privadas, informes técnicos y bases de datos institucionales, como es el caso de, por ejemplo, la base de datos de recomendaciones ‘*do not do*’ del NICE.

No obstante, y partiendo de una selección de publicaciones y otro tipo de fuentes sobre reinversión sanitaria (p.ej. presentaciones ppt) recogidas en seis revisiones sistemáticas previas identificadas por los autores (Rumbold, Allen y Harris 2008; Gallego et al., 2010; Elshaug et al., 2009a; Leggett et al., 2009; Gray, 2012; Schmidt, 2012), se procede a una estrategia de búsqueda bibliográfica basada en el procedimiento ‘*citation pearl growing*’ (Ramer, 2005) consistente en, partiendo del núcleo de referencias previamente seleccionadas (las referencias iniciales o ‘perlas’), ir localizando en sucesivas oleadas aquellos otros artículos y documentos en que aquellas referencias son citadas, hasta que no se identifiquen nuevas citas. Para los artículos científicos, la búsqueda se efectuó preferentemente mediante la base de datos *Scopus* (SciVerse Scopus) de Elsevier, introduciendo el título del artículo y consultando las citas resultantes. En caso de no obtener resultados, se procedió a consultar la *Web of Knowledge* (WoK) de Thomson Reuters, así como *Google Scholar*. La preferencia por Scopus se justifica por la mayor amplitud del espectro de publicaciones que cubre frente a la *Web of Science* (WoS), integrada en la WoK (Chadegani et al., 2013). Asimismo, en comparación con bases de datos biomédicas, como MEDLINE (también integrada en WoK) o EMBASE, proporciona una cobertura semejante (López-Illescas, de Moya-Anegón y Moed, 2008).

WoS y MEDLINE ofrecen una mayor cobertura temporal, pues el *Science Citation Index* se remonta a 1900, el *Social Science Citation Index* a 1956 y MEDLINE se extiende desde 1950, si bien dicha ventaja no es relevante para nuestra búsqueda, dado que ésta se efectuará para años recientes; concretamente abarcamos el periodo 2000-2013. La decisión de no retroceder más atrás en el tiempo se fundamenta en la evidencia de que las revisiones previas localizan la práctica totalidad de las publicaciones relevantes sobre la materia en el siglo XXI. En el Apéndice 1 se recoge la referencia completa de las seis revisiones sistemáticas que nos han servido de punto de partida, con un resumen de sus parámetros de búsqueda y resultados.

## 2.2. Criterios de inclusión

Los criterios seguidos para seleccionar para su revisión una publicación inicialmente identificada fueron que estuviera escrita en inglés o castellano, y que mencionase, bien en el título, bien en el resumen o *abstract*, bien en las palabras claves o *keywords*, el vocablo desinversión (*disinvestment*) o expresiones relacionadas, como, por ejemplo, *decommissioning*, *obsolescence*, *displacement*, *resource release*, *withdrawing resources*, *reallocation*, *reassessment*, *reinvestment*.

Las publicaciones que no casaron con dichos criterios fueron excluidas. Las restantes fueron revisadas en su totalidad y se ordenaron por relevancia, seleccionándose finalmente solo las más relevantes. Aquellos artículos que trataban en general del establecimiento de prioridades en sanidad sin abordar específicamente el tema de la desinversión tampoco fueron considerados. Los criterios de inclusión se aplicaron desde la primera oleada realizada.

## 3. Resultados

### 3.1. Resultados agregados

Fruto del escrutinio de las seis revisiones anteriormente mencionadas, se escogieron 10 referencias iniciales (resumidas en el Apéndice 2), consideradas particularmente relevantes. Las referencias elegidas abarcan cinco países: Australia, Canadá, España, Estados Unidos y Reino Unido. Estos países fueron seleccionados *a priori* por ser los de aparición más frecuente en las revisiones consultadas.

A partir de la búsqueda inicial en Scopus, empleando las 10 referencias antes mencionadas, se efectuaron dos rondas adicionales, preseleccionándose un total de 265 referencias (incluyendo las 10 iniciales) sobre la base del título y contenido del resumen. De éstas, tras la revisión de sus contenidos, se seleccionaron definitivamente las 60 referencias recogidas en el Apéndice 3.

### 3.2. Acepciones de desinversión

En lo que sigue, utilizaremos la expresión tecnologías sanitarias en un sentido comprensivo, no solo en referencia a los dispositivos médicos (por ejemplo, stents), las pruebas de diagnóstico y cribado (por ejemplo, endoscopias) y los medicamentos y vacunas, sino también a las técnicas y procedimientos clínicos, tanto quirúrgicos (por ejemplo, prostatectomía radical) como no quirúrgicos (por ejemplo, tratamientos de fertilidad). Esta definición es coherente con lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, cuando se define la cartera de servicios del SNS como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Una primera interpretación del término desinversión es como retirada total o parcial de recursos de aquellas tecnologías sanitarias que no son seguras, efectivas o eficientes. En estos términos, de hecho, se expresó el Director General del *National Health Service* (NHS) británico cuando en 2005 aconsejó al NICE que orientase al NHS en materia de desinversión (Donaldson, 2005). Esa recomendación daría lugar, un año más tarde, a que el NICE iniciase un programa piloto de identificación de tratamientos inefectivos o de bajo valor.

Aunque en la mayoría de las ocasiones no se explicita en las publicaciones un criterio operativo para concretar cuándo una intervención es insegura, inefectiva o ineficiente, en general (Rumbold et al., 2008; Repullo, 2012) se asume que la inseguridad hace alusión a la exis-

tencia de un balance riesgo-beneficio desfavorable; la ineffectividad (o bajo valor) significa que el tratamiento no produce resultados en salud significativos; y la ineficiencia implica que la ganancia de salud proporcionada es escasa en relación al coste que representa frente a una tecnología alternativa (o sea, no es coste-efectiva o lo es menos que las alternativas disponibles).

Las denominadas listas de ‘bajo valor’ (*‘low-value lists’*) (Elshaug et al., 2013) identifican tecnologías y prácticas que proporcionan poco o ningún beneficio, que son potencialmente dañinas o que han quedado obsoletas. Este último concepto, el de obsolescencia, habitualmente se utiliza en este contexto para designar a aquellas tecnologías en uso para una o más indicaciones, cuyos beneficios clínicos, seguridad o coste-efectividad ha sido superado sensiblemente por otras alternativas disponibles (Joshi et al., 2009; Ruano et al., 2009). A este respecto, Elshaug et al. (2009a) subrayan que una tecnología raramente será obsoleta para todas las indicaciones y grupos de pacientes, pero que puede haber un cierto grado de mal uso o sobreuso. Así pues, la desinversión no es necesariamente un enfoque binario (todo o nada), sino que puede requerir de una aproximación matizada.

Conviene diferenciar nítidamente entre el reemplazamiento de una tecnología obsoleta por otra más reciente, mejor que la anterior (más efectiva o eficiente), y el rebatimiento o reversión (los denominados *‘medical reversals’*) de procedimientos y prácticas clínicas que se demuestran inapropiadas a consecuencia de la obtención de nueva evidencia, más robusta y mejor diseñada (Prasad et al., 2013). Como apuntan Prasad y Cifu (2011), el matiz es importante, ya que mientras que el primer fenómeno (el reemplazamiento), no deja de ser una consecuencia del progreso lógico en la provisión de asistencia sanitaria, el segundo (el rebatimiento) es síntoma de la introducción en el sistema sanitario de intervenciones con evidencia muy limitada sobre sus riesgos, costes y beneficios. Esto hace que la incertidumbre existente en el momento de decidir sobre su inclusión en la cartera de servicios sea considerable, hasta el punto de que en no pocas ocasiones la decisión de financiarlas, de adoptarse, puede ser irreversible, a consecuencia de la existencia de costes enterrados o hundidos (esto es, irre recuperables) provenientes, por ejemplo, de grandes desembolsos en bienes de equipo que no pueden ser “reconvertidos” para otro uso si en un futuro se quisiera deshacer la inversión (Walker et al., 2012). Sin llegar a ese extremo, los costes de la reversión pueden ser significativos, a consecuencia de la resistencia por parte de los profesionales sanitarios a revertir una inercia consolidada en su práctica clínica (Prasad y Cifu, 2011). Todo este debate en torno al coste de la reversión de los procedimientos y prácticas clínicas se ha abordado en el terreno de los estudios de análisis del valor que puede revestir la obtención de evidencia adicional que atenúe la incertidumbre sobre los costes y resultados de nuevos tratamientos (Eckermann y Willan, 2007; McKenna y Claxton, 2011). La conclusión de este tipo de análisis es que en presencia de costes irre recuperables o muy significativos, la decisión óptima puede ser retrasar la incorporación de la tecnología en cuestión, mientras se recaba nueva evidencia vía ensayos clínicos, antes que financiarla directamente (Eckermann y Willan, 2008).

La desinversión ‘absoluta’ sería aquella que no requiere de la comparación explícita del valor relativo de unas tecnologías con otras. En este sentido, se están juzgando tecnologías que son ineffectivas en términos absolutos. Por el contrario, la desinversión ‘relativa’ compara entre sí tecnologías que son efectivas, persiguiendo identificar aquellas que lo son menos (Schmidt, 2012). Esta comparación puede dar como resultado, bien la desfinanciación sin más de aquellos servicios identificados como menos efectivos o coste-efectivos, o bien la reasignación efectiva de los fondos liberados hacia aquellos tratamientos de mayor valor.

Al primer caso se le ha denominado desinversión ‘racional’ (Donaldson et al., 2010), ya que al comparar el valor relativo de los diferentes programas e intervenciones puede minimizarse el daño producido por los recortes presupuestarios, localizando la desinversión en las tecnologías donde la posible pérdida de salud sea menor. En el segundo caso, cuando se reasignan los recursos liberados por el desplazamiento de las peores tecnologías a favor de las más ventajosas, es cuando nos encontramos ante el fenómeno de la ‘reversión’ (Pearson y Littlejohns, 2007; Nuti et al., 2010).

Finalmente, hay autores que, antes que adoptar el término desinversión o incluso reversión, prefieren referirse al concepto de ‘reevaluación’ (*reassessment*) de las tecnologías en uso (Leggett et al., 2011). Es éste un concepto más amplio que los anteriores, ya que no prejuzga el desenlace de la evaluación. Dicho de otra forma, la reevaluación sería el proceso mediante el cual se identifica, prioriza y evalúan tecnologías potencialmente prescindibles, pudiendo desembocar en la desinversión (o reversión, si los fondos ahorrados son reasignados), la modificación de sus condiciones de uso o en la ausencia de cambios (Leggett et al., 2012).

### 3.3. Métodos para informar la reversión

Polisena et al. (2013) efectúan una revisión sistemática de aquellos estudios (publicados entre 1990 y 2012) que informan de la aplicación de un determinado enfoque o herramienta empleada para sustentar decisiones de desinversión en contextos reales de toma de decisiones sanitarias. El resultado de su revisión es que los artículos seleccionados pueden agruparse en tres categorías, según el método empleado para informar las decisiones de desinversión:

- ▶ Programación presupuestaria y análisis marginal (*Program Budget and Marginal Analysis* – PBMA).
- ▶ Evaluación de tecnologías sanitarias.
- ▶ Rendición de cuentas (*Accountability for Reasonableness* – A4R).

De los tres métodos, el enfoque más ampliamente utilizado es el de PBMA. De acuerdo a Mitton y Donaldson (2001), el PBMA ya había sido empleado hacia el año 2000 en cerca de 80 ocasiones por alrededor de 70 organizaciones en todo el mundo. El PBMA es un proceso que pretende hacer operativos dos principios económicos que subyacen a cualquier ejercicio de establecimiento de prioridades: el coste de oportunidad de los recursos invertidos y el concepto de margen. Bajo el supuesto de un presupuesto cerrado, detraer recursos de un servicio para transferírseles a otro genera un coste de oportunidad en términos de los beneficios sacrificados por dejar de financiar el servicio desplazado. Para saber de qué servicios deben detraerse esos recursos (y cuántos) hay que comparar en el margen (análisis marginal) la ganancia en salud que proporciona cada euro invertido en una tecnología con la pérdida derivada de detraer ese euro de otra tecnología.

El marco propuesto por Mitton y Donaldson (2003) para aplicar el PBMA responde a las cinco preguntas siguientes:

1. ¿Cuántos recursos hay disponibles en total?
2. ¿Cómo son gastados esos recursos?

3. ¿Cuáles son los principales candidatos para recibir más recursos y cuáles serían sus niveles de efectividad?
4. ¿Hay áreas dentro del programa que podrían proporcionar el mismo nivel de efectividad con menos recursos, de modo que se liberaran recursos para financiar los candidatos identificados en 3)?
5. ¿Hay áreas que, aunque efectivas, deberían recibir menos recursos a causa de que la propuesta 3) es más efectiva por euro gastado?

Como es sencillo observar, las dos primeras preguntas tienen que ver con la programación presupuestaria, mientras que las tres últimas aluden al análisis marginal. Dentro de estas, la pregunta 4) inquiriere sobre la posibilidad de disminuir ineficiencias técnicas (despilfarro de recursos), mientras que la 5) tiene que ver con ineficiencias asignativas (se obtendría más salud de reasignar los recursos disponibles de otra forma). En el marco de una aplicación del PBMA, la respuesta a estas preguntas es responsabilidad de un comité de trabajo formado por miembros de la organización, supervisados por un equipo de expertos. El comité identifica las opciones enunciadas en las preguntas 3)-5), conviene los criterios respecto de los cuales juzgar cada opción a incrementar y a decrementar, y puntúa dichas opciones. De este proceso se obtiene finalmente una propuesta de reinversión.

La evaluación de tecnologías sanitarias se ha definido como un enfoque que examina las consecuencias clínicas, financieras y sociales, abarcando el corto y medio plazo, así como también cualesquiera efectos deseados e indeseados que se deriven del empleo de cualquier tecnología (Ruano et al., 2009). Los estudios de análisis coste-efectividad (ACE) constituyen el abordaje económico frecuentemente empleado para evaluar las tecnologías sanitarias. La información proporcionada por los ACE (la razón incremental coste-efectividad) no basta por sí sola para informar las decisiones de reinversión, ya que obvia el coste de oportunidad de los recursos, razón por la que ha sido considerado un enfoque menos completo que el PBMA (Mitton y Donaldson, 2003). Para que realmente puedan informar las decisiones de reinversión, los ACE tienen que complementarse con un análisis de impacto presupuestario, a fin de conocer el volumen de recursos que tiene que ser desplazado, y con el análisis marginal, con el objeto de determinar qué opción u opciones tienen que ser sacrificadas para dar cabida al nuevo destino (Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2013).

La rendición de cuentas o AR es un enfoque desarrollado por Daniels (2000), quien parte de la premisa de que en las sociedades plurales es probable que los ciudadanos discrepen sobre los principios que deberían regir el establecimiento de prioridades. En ausencia de consenso sobre tales principios, dice Daniels, un proceso justo es lo que permitirá a la sociedad convenir qué es legítimo hacer. Los elementos clave de ese proceso justo son que las decisiones se tomen con transparencia, las necesidades de salud se satisfagan con justicia, y que existan procedimientos para revisar las decisiones adoptadas. Este enfoque se ha empleado de forma minoritaria en el contexto que nos ocupa, y suscita en algunos (Mooney, 2010) dudas acerca de las premisas sobre las que se levanta. En concreto parece que su único objeto de interés radica en “*alcanzar un acuerdo sobre cómo compartir los recursos médicos con justicia*”, soslayando el problema de la utilización eficiente de los mismos. En cualquier caso, no es un procedimiento operativo para establecer prioridades, sino más bien un marco de reflexión sobre la justicia de los posibles procedimientos que se deben utilizar.

### 3.4. Experiencias internacionales

Se resume a continuación el marco regulatorio, a nivel central y subcentral, en el que se inscribirían, potencial o efectivamente, las iniciativas de desinversión de los siguientes países: Australia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y España.

#### Australia

##### *Marco institucional*

###### Nivel central

Tres son las instituciones de alcance estatal con responsabilidades en materia de reinversión en Australia. El *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* (PBAC)<sup>1</sup> es un comité de expertos independiente creado en 1953 al amparo de la *National Health Act*<sup>2</sup> (NHA) con la finalidad principal de recomendar al Ministro/a de Sanidad qué medicamentos deben ser incluidos dentro de la prestación farmacéutica pública (el formulario de beneficios farmacéuticos del programa *Pharmaceutical Benefits Scheme* - PBS)<sup>3</sup>.

El PBS se estableció oficialmente en 1948 y se estima que alrededor del 80% de todas las recetas dispensadas en Australia están cubiertas por este programa (Lopert, 2009). Desde el 1 de julio de 2007 se ha ido desplegando un ambicioso plan de reformas del PBS con el fin de asegurar su sostenibilidad, cuyos ahorros acumulados (hasta 2017-18) se han estimado en 17.853 millones de dólares australianos (Sweeny, 2013).

Desde 1987 las recomendaciones del PBAC toman en consideración la evidencia sobre coste-efectividad del medicamento en comparación con otras terapias. Desde enero de 1993 es obligatorio que las solicitudes de inclusión de un nuevo medicamento en el listado del PBS, o que representen un cambio sustancial en las condiciones de alguno de los medicamentos ya listados, sigan las directrices (*guidelines*) del PBAC.<sup>4</sup> Esta exigencia conlleva la obligatoriedad de presentar un análisis coste-efectividad o coste-utilidad (Del Llano, Pinto y Abellán, 2008). El mandato legal del PBAC se amplió a partir de 2006 para incluir también la responsabilidad de recomendar las vacunas que deben financiarse dentro del *National Immunisation Program* (NIP).

Ningún nuevo medicamento o nueva indicación puede llevarse al formulario del PBS sin contar con la recomendación positiva del PBAC. No obstante, como las recomendaciones del PBAC solo son consultivas, el/la Ministro/a de Sanidad puede desoír las por decidir la no inclusión en el formulario del medicamento recomendado. El Ministro puede asimismo decidir la revocación o modificación de cualquiera de los medicamentos listados, si bien para ello resulta preceptivo contar previamente por escrito con el asesoramiento del PBAC.<sup>5</sup> En relación con la variación o revocación de la declaración de un medicamento como beneficio

<sup>1</sup> <http://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/participants/pbac>

<sup>2</sup> [http://www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol\\_act/nha1953147/](http://www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/nha1953147/)

<sup>3</sup> <http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs>

<sup>4</sup> <http://www.pbs.gov.au/industry/listing/elements/pbac-guidelines/PBAC4.3.2.pdf>

<sup>5</sup> Véase la Nota 2 a la Subsección 85(2) de la página 69 de la NHA. El enlace fue proporcionado en la nota al pie nº 3.



farmacéutico reconocido en el PBS, las directrices del PBAC señalan que esta institución puede:

- a) formular recomendaciones sobre la cantidad máxima, número máximo de prescripciones y cualesquiera restricciones en las indicaciones de los medicamentos listados en el PBS,
- b) llevar a cabo *motu proprio* revisiones del formulario que podrían conducir a recomendaciones de desinversión.

Estas mismas directrices concretan los criterios que pueden dar lugar a que se excluya un medicamento del listado del PBS:

- ▶ hay disponible un medicamento igual o más efectivo, pero menos dañino que el incluido en la prestación,
- ▶ hay evidencia de que no es suficientemente efectivo,
- ▶ hay evidencia de que los efectos adversos potenciales del medicamento sobrepasan su valor terapéutico,
- ▶ el medicamento ha caído en desuso o ya no está disponible,
- ▶ el medicamento no es por más tiempo coste-efectivo en comparación con otras terapias.

Pese al establecimiento de estos criterios, por lo común, las exclusiones de medicamentos practicadas hasta la fecha en Australia no han obedecido a una estrategia de desinversión activa o explícita (Pearson y Littlejohns, 2007), sino al mero reemplazamiento de medicamentos obsoletos por otros nuevos, más efectivos, o a la retirada voluntaria de productos en desuso por los propios laboratorios (Haas et al., 2012). A esta desinversión tácita se unen desfinanciaciones ocasionales de productos indicados para dolencias leves realizadas por el Ministerio de Sanidad<sup>6</sup>.

No obstante, una reciente iniciativa puede representar un primer hito en una estrategia más activa de desinversión en Australia. Así, en el presupuesto federal 2011-12 se instauró un procedimiento para efectuar revisiones sistemáticas de medicamentos listados en el PBS. Estas ‘*post-market reviews*’<sup>7</sup> pueden iniciarse en cualquier momento, con el objeto de comprobar si la prescripción de los medicamentos es adecuada, así como para verificar su efectividad clínica y relación coste-efectividad.<sup>8</sup> El PBAC conduce la revisión, a lo largo de la cual los agentes involucrados tienen la oportunidad de aportar información. Hasta el momento se han iniciado cuatro de estas revisiones, y se ha emitido el informe final de dos de ellas. En concreto, el de los medicamentos antidemenciales para tratar el Alzheimer y el relativo a los nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán) para pacientes con fibrilación auricular no

---

<sup>6</sup> <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubs-budget97-pbs-2-2bm.htm>

<sup>7</sup> <http://www.pbs.gov.au/info/reviews/subsidised-medicines-reviews>

<sup>8</sup> En la página referenciada en la nota al pie nº. 9 se indica lo siguiente: “*Post-market reviews are not new. The PBAC and DUSC have been undertaking reviews of PBS listed medicines for many years. However, this is the first time a formal framework with the capacity to conduct these routinely has been put in place. The standard post-market review process includes consultation with all stakeholders including industry, and a strong focus on consumers.*”. Se aprecia, pues, que la novedad de estas revisiones es que, a diferencia de la práctica previa, entrañan un proceso reglado y sistemático.

valvular. De estos dos, el primero de ellos condujo a que en mayo de 2013 se modificasen las condiciones de utilización de los medicamentos antidemenciales listados en el PBS.<sup>9</sup> En el otro informe se recomienda al Ministerio de Sanidad que restrinja el acceso a los nuevos anticoagulantes orales solo a los pacientes que no se benefician de la warfarina y con un INR habitualmente fuera del rango normal.<sup>10</sup> Los resultados obtenidos en esta revisión se hallan aún en estudio por parte del Ministerio de Sanidad australiano.

La evaluación de tecnologías sanitarias se introdujo en Australia en 1982, con la ocasión de la constitución del *National Health Technology Assessment Panel*. Tras experimentar numerosos cambios, este panel originario evolucionó hasta convertirse en la institución que se conoce desde 1998 con el nombre de *Medical Services Advisory Committee* (MSAC)<sup>11</sup>, que es el comité encargado de asegurar que la seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad<sup>12</sup> de los servicios médicos (excluida la prestación farmacéutica) financiados por el programa público Medicare<sup>13</sup> está respaldada por la evidencia disponible.

El programa Medicare ofrece tratamiento gratuito a los pacientes australianos que son tratados en hospitales públicos, así como el pago de ‘beneficios’ o reembolsos (sobre una base de precio por servicio o *Schedule fee*) a los pacientes que reciben alguno de los servicios médicos listados en el catálogo conocido como Medicare Benefits Schedule (MBS). El beneficio estándar asciende al 85% del precio por servicio.<sup>14</sup>

Pese al cometido atribuido al MSAC, lo cierto es que, según datos del propio Ministerio de Sanidad australiano, solo alrededor del 3% de las casi 6.000 tecnologías recogidas en el listado del MBS han sido formalmente evaluadas (MBRTG, 2010). Por esta razón, el gobierno australiano decidió destinar 9,3 millones de dólares del presupuesto de 2009-10 a financiar una serie de proyectos concebidos para establecer un nuevo marco basado en la evidencia que permita revisar los servicios listados en el MBS (AG, 2009). Dicho marco (denominado *Comprehensive Management Framework* – CMF) persigue el establecimiento de una nueva lista, así como de los mecanismos de revisión necesarios para asegurar que las tecnologías listadas (Elshaug et al., 2012):

- ▶ Respeten los estándares de efectividad y seguridad,
- ▶ Mejoren probablemente los resultados en salud de los pacientes,
- ▶ Sean coste-efectivas.

Las tecnologías candidatas a ser revisadas serían aquellas que potencialmente (MBRTG, 2010):

- ▶ Pongan en riesgo la seguridad del paciente,
- ▶ Procuren una ganancia de salud reducida,

<sup>9</sup> <http://www.pbs.gov.au/info/reviews/pbac-minutes-alzheimers>

<sup>10</sup> <http://www.pbs.gov.au/reviews/atrial-fibrillation-files/report-anticoagulation.pdf>

<sup>11</sup> <http://www.msac.gov.au/>

<sup>12</sup> <http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/home-1>

<sup>13</sup> <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2012C00184/Download>

<sup>14</sup> [http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/700EAE8E8BC5D5FECA257A0FO017617F/\\$File/201207-Cat%204.pdf](http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/700EAE8E8BC5D5FECA257A0FO017617F/$File/201207-Cat%204.pdf)

- ▶ Sean objeto de una utilización inadecuada (por su sobre o infra-utilización) o
- ▶ Entrañen un mal uso intencionado de los servicios del MBS.

La tercera institución potencialmente involucrada en labores de reinversión es el *Health Policy Advisory Committee for Technology* (HealthPACT)<sup>15</sup>, un subcomité del *Australian Health Ministers' Advisory Council* (AHMAC)<sup>16</sup>, creado en noviembre de 2003. El HealthPACT está compuesto por representantes del Ministerio de Sanidad australiano, así como de todos los departamentos de sanidad de los estados y territorios del país, del MSAC, y del Ministerio de Sanidad neozelandés y el Consejo de Distritos Sanitarios de Nueva Zelanda.

La misión fundamental de *HealthPACT* es la identificación, evaluación y diseminación de información sobre la seguridad, efectividad y coste-efectividad de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes. A diferencia de las evaluaciones que efectúa el MSAC, relativas a tecnologías ampliamente difundidas, *HealthPACT* supervisa el programa australiano y neozelandés de detección temprana de tecnologías nuevas y emergentes.<sup>17</sup> La identificación precoz de tales tecnologías podría resultar en la adopción de tecnologías beneficiosas y coste-efectivas, así como en la eliminación de tecnologías inseguras o para las cuales no existe evidencia sobre su coste-efectividad (Mundy et al., 2005). El mandato del *HealthPACT* es para efectuar evaluaciones de procedimientos quirúrgicos, dispositivos médicos, equipos de diagnóstico y programas sanitarios. Los medicamentos, vacunas y hemoderivados no son objeto de evaluación por esta institución (HealthPACT, 2013).

El mencionado programa se instrumentó desde noviembre de 2003 a noviembre de 2010 a través una 'red' creada al efecto (*Australia and New Zealand Horizon Scanning Network*<sup>18</sup>), (ANZHSN, 2007) compuesta por dos grupos evaluadores (la *National Horizon Scanning Unit* y el grupo *New and Emerging Techniques-Surgical*) que eran contratados para elaborar los informes hoy conocidos como '*New and Emerging Health Technology Reports*' (revisiones en profundidad de una tecnología) y los '*Technology Briefs*' (breves panorámicas de una tecnología).<sup>19</sup> Desde el 1 de enero de 2011 la Secretaría de HealthPACT ha pasado a estar ubicada en la jurisdicción del gobierno del estado de Queensland, y las evaluaciones han pasado a ser realizadas *in house* por la propia Secretaría (HealthPACT, 2013) o contratadas con *Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical* (ASERNIP-S)<sup>20</sup>.

Con el cambio en la Secretaría también se ha producido un cambio en el tipo de tecnologías que se deben identificar y evaluar, centrándose en aquellas que más pueden impactar en el sistema público hospitalario, en particular tecnologías que pueden reducir los tiempos de espera, de admisión y readmisión (HealthPACT, 2013). De hecho, una de las funciones reconocidas actualmente al *HealthPACT* es aconsejar al *Hospital Principal Committee*<sup>21</sup> sobre las

<sup>15</sup> <http://www.health.qld.gov.au/healthpact/default.asp>

<sup>16</sup> <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/min-briefs-vol3-toc-min-briefs-vol3-min-council-min-briefs-vol3-ahmac>

<sup>17</sup> Por tecnologías nuevas y emergentes se hace referencia a tecnologías en fase de adopción por el sistema sanitario, que han estado disponibles para uso clínico durante un breve periodo de tiempo; tecnologías aún no disponibles para su uso en el sistema sanitario (todavía están en fase de ensayo clínico) o tecnologías ya establecidas, pero que está siendo utilizada para una nueva indicación.

<sup>18</sup> <http://www.horizonscanning.gov.au/>

<sup>19</sup> <http://www.health.qld.gov.au/healthpact/html/tech-evaluated.asp>

<sup>20</sup> <http://www.surgeons.org/for-health-professionals/audits-and-surgical-research/asernip-s/>

<sup>21</sup> Uno de los comités integrados en el AHMAC.

tecnologías que pueden requerir de una evaluación sistemática, de modo que su seguridad, efectividad y coste-efectividad pueda establecerse adecuadamente.<sup>22</sup>

Pese a la intensa labor desarrollada por HealthPACT a lo largo del último decenio, materializada en la identificación de más de 700 nuevas tecnologías, no existe evidencia de que dicha labor haya promovido una estrategia de reinversión en Australia y Nueva Zelanda (Leggett et al., 2011). No obstante, la propia institución afirma que está intensificando su asesoramiento en materia de desinversión y asentándose como un foro donde debatir estos temas (HealthPACT, 2013). Un ejemplo que apoya esta afirmación es el seminario sobre desinversión en Australia y Nueva Zelanda auspiciado por *HealthPACT* en mayo de 2013.<sup>23</sup>

#### Nivel regional y local

Tres estados australianos albergan iniciativas relacionadas con la reinversión. Así, el Departamento de Servicios Humanos (el Departamento en adelante) del gobierno del estado de Victoria creó en el año 2004 el *Victorian Policy Advisory Committee on Clinical Practice and Technology* (VPACT), un órgano consultor del citado Departamento fundado con la misión de evaluar no solo nuevas tecnologías, sino también tecnologías ya en uso.<sup>24</sup> Dicho órgano nació con la intención de complementar (y suplir en su caso) localmente las actividades desarrolladas por HealthPACT a escala nacional. Las funciones, objetivos y actividades del VPACT fueron revisados en profundidad por el Departamento, dando lugar a unas nuevas normas de funcionamiento del VPACT en julio de 2009.<sup>25</sup> De acuerdo con la nueva regulación, el VPACT habilitaría un enfoque sistemático para la introducción y utilización de tecnologías nuevas y existentes, así como para la desinversión de aquellas tecnologías que ofrezcan poca o ninguna ganancia a los servicios sanitarios públicos de Victoria. Sin embargo, las funciones y responsabilidades del VPACT vuelven a ser objeto de revisión en la actualidad<sup>26</sup>, de modo que sus actividades en el presente se encuentran suspendidas.

El proyecto SHARE (*Sustainability in Healthcare by Allocating Resources Efficiently*)<sup>27</sup> es una iniciativa de *Monash Health*, el principal proveedor de servicios sanitarios públicos del estado de Victoria.<sup>28</sup> Dicho proyecto, gestado en el año 2009 y financiado durante tres años por el Departamento, es liderado por el *Centre for Clinical Effectiveness*<sup>29</sup>, y pretende desarrollar, implementar y evaluar un procedimiento integrado y sistemático para la introducción y utilización de tecnologías y prácticas clínicas seguras, efectivas y coste-efectivas, así como la cesación o limitación de tecnologías y prácticas dañinas, inefectivas o ineficientes.<sup>30</sup> Una derivada del proyecto ha sido el establecimiento de un servicio de disseminación de la evidencia, gestionado por el comité de práctica clínica y tecnología de *Monash Health*.<sup>31</sup> Este servicio pretende recoger evidencia de alta calidad sobre tecnologías nuevas y en uso, a fin

<sup>22</sup> <http://www.health.qld.gov.au/healthpact/html/committee.asp>

<sup>23</sup> <http://www.health.qld.gov.au/healthpact/html/wshop-disinvestment.asp>

<sup>24</sup> [http://hpm.org/en/Surveys/CHERE\\_-\\_Australia/07/Introducing\\_new\\_technologies\\_in\\_Victoria\\_\\_VPACT.html](http://hpm.org/en/Surveys/CHERE_-_Australia/07/Introducing_new_technologies_in_Victoria__VPACT.html)

<sup>25</sup> [http://www.health.vic.gov.au/newtech/documents/vpact\\_tor.pdf](http://www.health.vic.gov.au/newtech/documents/vpact_tor.pdf)

<sup>26</sup> <http://www.health.vic.gov.au/newtech/committee.htm>

<sup>27</sup> [http://www.monashhealth.org/page/Health\\_Professionals/CCE/Projects/SHARE](http://www.monashhealth.org/page/Health_Professionals/CCE/Projects/SHARE)

<sup>28</sup> En el momento de iniciarse el proyecto SHARE, el mencionado proveedor recibía el nombre de *Southern Health*. La nueva denominación fue adoptada en mayo de 2013.

<sup>29</sup> [http://www.monashhealth.org/page/Health\\_Professionals/CCE/](http://www.monashhealth.org/page/Health_Professionals/CCE/)

<sup>30</sup> [http://www.monashhealth.org/icms\\_docs/3337\\_Disinvestment\\_Workshop\\_Report\\_Part\\_1.pdf](http://www.monashhealth.org/icms_docs/3337_Disinvestment_Workshop_Report_Part_1.pdf)

<sup>31</sup> [http://www.monashhealth.org/content/Document/Research%20Directorate/8565\\_Evidence\\_Dissemination\\_Service\\_2013%05B1%05D.pdf](http://www.monashhealth.org/content/Document/Research%20Directorate/8565_Evidence_Dissemination_Service_2013%05B1%05D.pdf)

de determinar si la práctica habitual en los servicios sanitarios es congruente con la evidencia recopilada. Los resultados obtenidos se diseminan entre los decisores de *Monash Health*, a fin de que realineen, cuando proceda, la práctica clínica con la mejor evidencia disponible. No hay información accesible que permita valorar el grado de éxito de esta iniciativa.

El Departamento de Sanidad del estado de Western Australia formalizó en 2007 la creación del *Western Australia Policy Advisory Committee on Technology (WAPACT)*<sup>32</sup>, un organismo establecido para ordenar la introducción de tecnologías sanitarias de elevado coste en el sistema sanitario.<sup>33</sup> Entre sus misiones se encuentra:

- ▶ El desarrollo de un marco para el establecimiento de prioridades y criterios que guíen la evaluación de tecnologías sanitarias, la compra, implementación y mantenimiento de tecnologías efectivas y la *desinversión de tecnologías inefectivas*.

No existe mucha información sobre el desempeño de esta organización, si bien parece que se está contemplando introducir algunas reformas en su funcionamiento, entre otras la reducción del umbral de elegibilidad de las tecnologías objeto de consideración por el WAPACT hasta el guarismo de los 250.000 dólares.<sup>34</sup>

Un equipo multidisciplinar de la unidad *Adelaide Health Technology Assessment (AHTA)* de la Universidad de Adelaide, en el estado de South Australia, ha desarrollado un enfoque para informar las decisiones de desinversión en el marco de un proyecto de investigación denominado *ASTUTE Health (Assessing Service and Technology Use to Enhance Health)*.<sup>35</sup> Este enfoque o modelo de desinversión combina los métodos propios de la evaluación de tecnologías sanitarias con los principios de la democracia deliberativa (Watt et al., 2012a). El estudio abarcó tres fases. En la primera de ellas, se efectuó la revisión sistemática de la evidencia disponible acerca de los dos tipos de tecnologías escogidas como casos de estudio, es decir, tecnologías de reproducción asistida (fecundación in vitro e inyección de espermia intracitoplasmática) y pruebas de concentración sérica de folatos y cobalamina (vitamina B12). Estas revisiones pusieron de manifiesto una gran variabilidad geográfica y temporal en su práctica clínica, así como evidencia de grandes diferencias en efectividad entre diferentes subgrupos de pacientes, criterios que las identificaba como potenciales candidatas a la desinversión (Elshaugh et al., 2009b).

En una segunda fase, los resultados de las revisiones se presentaron a diversos agentes (clínicos, pacientes y ciudadanos en el caso de las tecnologías de reproducción asistida; médicos de atención primaria, especialistas, patólogos y ciudadanos en el caso de los folatos y cobalamina) en una serie de encuentros iterativos en los que los asistentes debatieron y deliberaron acerca de la evidencia recabada sobre las tecnologías y sobre si la financiación de éstas debía cambiarse.

En la tercera fase, asesores políticos del gobierno federal fueron confrontados con la misma evidencia, así como con las opiniones vertidas por los participantes de la segunda fase, y se

---

<sup>32</sup> <http://www.health.wa.gov.au/CircularsNew/attachments/493.pdf>

<sup>33</sup> Tecnologías que puedan costar más de un 1 millón de dólares australianos al año o 1 millón de dólares en concepto de costes de capital.

<sup>34</sup> <http://www.health.qld.gov.au/healthpact/docs/bulletin/issue22.pdf>

<sup>35</sup> <https://www.adelaide.edu.au/ahta/whatwedo/disinvestment/>

pronunciaron asimismo sobre la posibilidad de desinvertir en las tecnologías objeto de estudio. El análisis de las respuestas dadas por los patólogos involucrados en los encuentros sobre la precisión diagnóstica de las pruebas de cobalamina y folatos puso de manifiesto las limitaciones que la utilización de las revisiones sistemáticas *per se* pueden tener como medio de informar las decisiones de financiación de este tipo de tecnologías, ya que los patólogos rechazaron que las pruebas para identificar un déficit de vitamina B12 representasen un candidato legítimo para un debate sobre desinversión. Por esta razón, los autores del estudio sugieren que puede ser necesario desarrollar un enfoque cooperativo con los expertos a la hora de efectuar la revisión (Watt et al., 2012b). Este hallazgo implica que el protocolo del estudio *ASTUTE Health* no debería tomarse como un modelo de desinversión definitivo, sino como un primer paso hacia un modelo más pragmático.

## Reino Unido

### Marco institucional

#### Nivel central

El NICE<sup>36</sup> fue creado en 1999 con el objetivo de reducir las variaciones geográficas en la adopción de nuevas tecnologías sanitarias. De todos los programas desarrollados por el NICE el más famoso es sin duda el programa de evaluación de tecnologías sanitarias (*technology appraisals*). Las recomendaciones favorables a la adopción de una determinada tecnología formuladas por el NICE en el marco del citado programa obliga al *National Health Service* (NHS) a financiarla en el plazo de tres meses.<sup>37</sup> La preocupación porque la financiación de nuevas tecnologías pudiera incrementar de forma desmedida los costes fue el catalizador del creciente interés en el Departamento de Sanidad británico porque el NICE aconsejara al NHS en materia de desinversión (Garner y Littlejohns, 2011).

En consecuencia, se inició en 2006 un programa piloto para identificar tratamientos inefectivos que, de extinguirse, produjesen cada uno de ellos ahorros de al menos 1 millón de libras. En 2007, sin embargo, se optó por abandonar dicho programa, ya que no había datos suficientes que permitieran conocer si se producirían los ahorros pretendidos. En su lugar, el NICE continuó identificando oportunidades de desinversión a través de sus programas existentes. Uno de estos medios de identificación son las guías de práctica clínica<sup>38</sup>; otro, los *'recommendation reminders'* o recordatorios de recomendaciones, que reiteran las recomendaciones de la institución contrarias a la utilización de una determinada tecnología (las denominadas recomendaciones *'do not do'*) producidas entre 2000 y 2006.<sup>39</sup> Estos recordatorios se agrupan en torno a una treintena aproximadamente de enfermedades (por ejemplo, fibrilación auricular, hipertensión, diabetes tipo 2) y terapias (por ejemplo, este-

<sup>36</sup> Estas siglas correspondieron hasta el año 2005 a *National Institute for Clinical Excellence*. A partir de ese año y hasta abril de 2013, el mismo acrónimo pasó a designar al *National Institute for Health and Clinical Excellence*, tras haber asumido la institución las competencias en materia de salud pública. En la actualidad, NICE designa al *National Institute for Health and Care Excellence*, reflejando así las competencias asumidas en el ámbito de los servicios sociales.

<sup>37</sup> <http://www.nice.org.uk/media/D45/1E/GuideToMethodsTechnologyAppraisal2013.pdf>

<sup>38</sup> <http://www.nice.org.uk/guidance/cg/index.jsp>

<sup>39</sup> [http://www.nice.org.uk/usingguidance/optimalpracticereviewrecommendationreminders/optimal\\_practice\\_review\\_recommendation\\_reminders.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/optimalpracticereviewrecommendationreminders/optimal_practice_review_recommendation_reminders.jsp)



roides tópicos, cesárea segmentaria), cada una de las cuales contiene varias recomendaciones ‘do not do’.<sup>40</sup>

Las recomendaciones ‘do not do’ generadas a partir de enero de 2007 se encuentran compiladas en la base de datos del mismo nombre. Cada registro de la base de datos contiene no solo la recomendación, sino también información adicional sobre la fuente u origen de la recomendación (el tipo de orientación o ‘guidance’ emitida por el NICE<sup>41</sup>), acceso al documento (por ejemplo, guía de práctica clínica) en el que se halla la misma, así como el resto de recomendaciones contenidas en dicho documento. En la actualidad, la base de datos contiene 958 recomendaciones.

Por otra parte, el NICE ha identificado todas aquellas orientaciones que vía guías de práctica clínica y *technology appraisals* han reportado, desde enero de 2005 y enero de 2006, respectivamente, un ahorro neto al NHE (‘cost saving guidance’).<sup>42</sup> El listado con tales orientaciones se actualiza periódicamente. A finales de 2009 el NICE cifraba en alrededor de 600 millones de libras el ahorro estimado como resultado de sus recomendaciones.<sup>43</sup>

Otro recurso albergado en la web del NICE es la denominada *Quality, Innovation, Productivity and Prevention (QIPP) collection*,<sup>44</sup> un repositorio de ejemplos de buenas prácticas en el NHS que pueden mejorar la calidad asistencial y la productividad (*QIPP case studies*), así como de resúmenes de aquellas revisiones sistemáticas de la Cochrane Collaboration cuyas conclusiones son contrarias a la utilización rutinaria de una determinada tecnología (*Cochrane quality and productivity topics*). De forma complementaria a la QIPP collection, el NICE ofrece la posibilidad de consultar una base de datos (*shared learning database*) con ejemplos de reales de implementación de sus recomendaciones.<sup>45</sup>

La QIPP collection se enmarca en la iniciativa QIPP presentada por el NHS en su informe anual 2008/2009 con la intención de conseguir ahorros entre 2011 y 2014 de entre 15 y 20 mil millones de libras (BMA, 2010). Dicha iniciativa se canaliza a escala nacional a través de 12 líneas de trabajo, una de ellas denominada *Right Care*,<sup>46</sup> centrada en la consecución de un mayor retorno de los recursos invertidos mediante la desinversión en servicios de bajo valor. Dentro de la mencionada línea se ubica la publicación de una serie de atlas de variabilidad de la práctica clínica en el NHS, así como el programa *Commissioning for Value*,<sup>47</sup> dirigido a las organizaciones locales encargadas de asegurar la prestación de los servicios sanitarios

<sup>40</sup> A título de ejemplo, en relación con la insuficiencia cardíaca crónica, una de las recomendaciones del NICE es que la revascularización coronaria no debería considerarse de modo rutinario en pacientes con insuficiencia cardíaca debida a una disfunción sistólica ventricular izquierda, a menos que tengan angina refractaria. El recordatorio de esta recomendación se halla aquí: [http://www.nice.org.uk/usingguidance/optimalpractice/reviewrecommendation/reminders/optimal\\_practice\\_review\\_recommendation\\_reminders\\_list.jsp?o=10924](http://www.nice.org.uk/usingguidance/optimalpractice/reviewrecommendation/reminders/optimal_practice_review_recommendation_reminders_list.jsp?o=10924)

<sup>41</sup> En la actualidad el NICE proporciona seis tipos distintos de orientaciones correspondientes a otros tantos programas bajo su control; en concreto: procedimientos invasivos, salud pública, práctica clínica, *technology appraisals*, tecnologías diagnósticas, tecnologías médicas. En total 976 directrices acumuladas hasta 31 de enero de 2014, siendo las más numerosas las concernientes a los procedimientos invasivos y los *technology appraisals* (413 y 303 orientaciones respectivamente): <http://guidance.nice.org.uk/>

<sup>42</sup> <http://www.nice.org.uk/usingguidance/benefitsofimplementation/costsavingguidance.jsp>

<sup>43</sup> <http://www.nice.org.uk/newsroom/news/newsarchive/2009/howniceguidanceishelpingthenhsthroughfinancialuncertainty.jsp>

<sup>44</sup> <http://www.evidence.nhs.uk/qipp>

<sup>45</sup> [http://www.nice.org.uk/usingguidance/sharedlearningimplementingniceguidance/examplesofimplementation/examples\\_of\\_implementation.jsp](http://www.nice.org.uk/usingguidance/sharedlearningimplementingniceguidance/examplesofimplementation/examples_of_implementation.jsp)

<sup>46</sup> <http://www.rightcare.nhs.uk/>

<sup>47</sup> <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/commissioning-for-value/>

(*Clinical Commissioning Groups* – CCGs<sup>48</sup>). En el marco de ese programa se han producido los denominados *Commissioning for value packs*,<sup>49</sup> unos documentos que muestran a cada CCG qué ahorros potenciales podría lograr si se comportase como la media de los 10 CCGs de similar tamaño (población cubierta). Las líneas de trabajo de la iniciativa QIPP cesaron en su formato original en marzo de 2013, siendo asumidas sus acciones y recursos por el *NHS Commissioning Board*, aun cuando los sitios web de dichas líneas sigan activos.

#### Nivel regional y local

En el marco de la iniciativa QIPP, primero los PCTs, luego los CCGs, han tenido que elaborar anualmente un plan en el que se identifiquen oportunidades de cambio que conduzcan a ahorros en la prestación de los servicios sanitarios y a mejoras en la calidad (BMA, 2010). Esta información no se encuentra fácilmente accesible en la red; el sondeo efectuado en los sitios web de varios de CCGs (por ejemplo, Croydon CCG) ha sido infructuoso, ya que estos no tenían publicados sus planes.

Posiblemente el mejor ejemplo disponible de ámbito local en relación con la desinversión sea la lista de tratamientos de bajo valor desarrollada por el PCT de la localidad de Croydon, en Londres. Dicha lista fue utilizada por la *Audit Commission* para estimar el gasto que, en los 34 tratamientos contemplados en aquella, se había producido por todos los PCTs a lo largo del periodo 2005-2010.<sup>50</sup> Los tratamientos contenidos en la lista Croydon entran dentro de cinco categorías:

- ▶ Procedimientos efectivos para los que hay alternativas más coste-efectivas para la misma indicación (por ejemplo, artroplastia bilateral de cadera);
- ▶ intervenciones efectivas utilizadas en indicaciones inefectivas (en pacientes en los que no hay un balance riesgo-beneficio claro; por ejemplo, implante coclear).
- ▶ intervenciones potencialmente cosméticas (por ejemplo, ortodoncias);
- ▶ procedimientos relativamente inefectivos (por ejemplo, fusión lumbar);
- ▶ procedimientos cancelados (procedimientos programados que se suspenden).

De acuerdo con las estimaciones de la *Audit Commission*, en el ejercicio 2009/10 el gasto total en Inglaterra en los procedimientos de la lista Croydon ascendió a 1.900 millones de libras. Tras este gasto se esconde una gran variabilidad geográfica. La *Audit Commission* cifra en 179 millones de libras el ahorro que podría lograrse si todos los PCTs redujesen sus niveles de actividad al nivel medio que les corresponde dadas las características demográficas (edad y sexo) de la población que vive en sus áreas geográficas. El ahorro podría incrementarse hasta alcanzar los 441 millones de libras, de reducirse la actividad a los niveles del 25% de PCTs con mejor desempeño.

---

<sup>48</sup> Los CCGs son grupos de médicos de atención primaria encargados de contratar los servicios sanitarios que se prestan en una determinada área geográfica. Reemplazan a los *primary care trusts* que fueron abolidos el 31 de marzo de 2013 en virtud de la *Health and Social Care Act 2012*: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/schedule/2>

<sup>49</sup> <http://www.england.nhs.uk/resources/resources-for-ccgs/comm-for-value/>

<sup>50</sup> <http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/sitecollectiondocuments/Downloads/20110414reducingexpenditure.pdf>



## Canadá

### **Marco institucional**

#### Nivel central

La institución responsable en Canadá de evaluar tecnologías emergentes y existentes es la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH).<sup>51</sup> Dicha agencia, sin embargo, carece de una estrategia activa de reinversión. Precisamente con ocasión del 20 aniversario de su fundación, una publicación de la agencia preconizaba la necesidad de establecer un mecanismo reglado de reevaluación y desinversión (*reassessment and decommissioning*) de las tecnologías ya introducidas (maduras o próximas a la etapa final de su ciclo vital) en el sistema (Joshi et al. 2009). Dicho mecanismo ha sido denominado *‘Oversight Committee Model’* (Nachtnebel y Gerdvilate, 2011), ya que la pieza central del mismo sería la creación de un organismo de carácter pancanadiense (el *Oversight Committee*) que se encargara de la identificación y priorización de tecnologías obsoletas (tecnologías reemplazadas por otras nuevas o que demuestran ser inefectivas o perjudiciales) candidatas a ser desfinanciadas. Los inputs que desencadenarían la reevaluación de las tecnologías potencialmente obsoletas por parte del comité serían:

- ▶ Obsolescencia previsible de las tecnologías financiadas vía detección temprana de mejores alternativas;
- ▶ reevaluación de tecnologías adyacentes o relacionadas activada como consecuencia de la evaluación o adopción de nuevas tecnologías sanitarias;
- ▶ peticiones o decisiones provinciales o regionales basadas en la experiencia;
- ▶ nueva evidencia sobre seguridad, efectividad y coste-efectividad;
- ▶ reevaluación periódica acordada en el momento de la introducción de la tecnología.

No hay evidencia de que este modelo se haya puesto en práctica en Canadá.

Otros dos documentos patrocinados por instituciones canadienses (Elshaugh et al., 2009a; Leggett et al., 2011) matizan y amplían el concepto de obsolescencia manejado por Joshi et al., así como el tipo de modelo que sería adecuado instaurar. Elshaugh et al. (2009a) precisan que la obsolescencia no es una cualidad absoluta, sino que hay tecnologías y prácticas que pueden ser obsoletas para una determinada indicación y no para otras, de modo que la desinversión es una acción relativa, no binaria (o todo o nada). Por su parte, Leggett et al. (2011), opone el binomio reevaluación y reinversión (*reassessment and reinvestment*) a la mera desinversión (o reinversión), subrayando que la diferencia crucial entre ambos conceptos radica en que la reevaluación de la tecnología no prejuzga que el resultado final del proceso sea su desfinanciación, sino que puede ser un cambio en sus indicaciones, la limitación del tiempo de tratamiento o del lugar donde se realicen estos, o incluso no modificar su utilización en absoluto.

---

<sup>51</sup> <http://www.cadth.ca/en>

### Nivel regional y local

Son varios los estudios realizados en Canadá para identificar y recomendar oportunidades de desinversión a nivel descentralizado (Specenley y Halma, 2002; Mitton et al., 2003; Urquhart et al., 2008; Mitton et al., 2011). Constituyen, no obstante, ejemplos aislados de aplicación todos ellos del PBMA, que no forman parte de un modelo o estrategia pancanadiense definida al respecto. De los estudios citados, destaca, por el impacto presupuestario de sus resultados, el conducido por Mitton et al. (2011). En este trabajo se identificaron 44 iniciativas de desinversión (anonimizadas en el artículo), por un valor anualizado de 4,9 millones de dólares canadienses. El estudio fue encargado por la autoridad sanitaria de Vancouver Coastal, una de las seis instituciones responsables de la asistencia sanitaria en la provincia de British Columbia, con el objetivo de recortar el déficit del año fiscal 2010/2011 en 4,65 millones de dólares. Las recomendaciones de desinversión formuladas por el comité de trabajo creado al efecto fueron aprobadas por el Director Ejecutivo de la institución, sujeto a la aprobación final del Consejo de Dirección.

Más recientemente, la autoridad sanitaria de la provincia de Alberta publicó en diciembre de 2013 un marco de acción (*Health System Outcomes and Measurement Framework*) que pretende guiar la selección y desarrollo de medidas de resultados que faciliten la inversión en áreas de importancia estratégica y la desinversión en otras áreas. Dicho marco se estructura mediante un modelo lógico que establece una relación causal entre inputs (recursos), actividades (p.ej. desarrollo de programas y servicios), outputs (p.ej. programas provistos satisfactoriamente) y resultados finales (de las intervenciones, del sistema sanitario, de la población). Se definen una docena de indicadores, cada uno de los cuales pretende informar de diferentes dimensiones de interés: accesibilidad, aceptabilidad, efectividad, seguridad, adecuación y eficiencia.

### Estados Unidos

Elshaug et al. (2009a) relatan la efímera vida del *US Department of Health and Human Services National Center for Health Care Technology* (NCHCT), institución creada en 1978 con el objeto de evaluar la utilidad de nuevas y vigentes tecnologías médicas, cuyas evaluaciones serían empleadas para tomar decisiones de financiación en el programa público Medicare. El NCHCT sería extinguido en 1982.

El *Medicare Evidence Development & Coverage Advisory Committee* (MEDCAC)<sup>52</sup> es la institución encargada de aconsejar al órgano gestor de los programas públicos Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS*)<sup>53</sup> sobre la efectividad e idoneidad de los servicios cubiertos por Medicare, o que pueden ser elegibles para su cobertura por el programa. Para ello el MEDCAC revisa la evidencia disponible, evaluaciones de tecnologías sanitarias incluidas. No hay información disponible que permita valorar el impacto que la actividad de este comité pueda tener sobre las decisiones de cobertura de Medicare.

Uno de los primeros ensayos de desinversión llevados a cabo en el mundo fue protagonizado por dos de las mayores compañías aseguradoras sanitarias estadounidenses, *Blue Cross* y

<sup>52</sup> <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/FACA/MEDCAC.html>

<sup>53</sup> <http://www.cms.gov/>

*Blue Shield* (Elshaug et al., 2009a). El proyecto conjunto llevado a cabo en 1976 resultó en la desfinanciación de 76 procedimientos clínicos. En 1982 ambas empresas se unieron, dando lugar a la *Blue Cross and Blue Shield Association*,<sup>54</sup> una federación de 37 compañías independientes. En 1985 fundaron un centro de evaluación de tecnologías sanitarias, reconocido desde 1997 por la *Agency for Health Care Policy and Research*<sup>55</sup> del Departamento de Sanidad y Servicios Humanos como uno de los 11 centros de práctica basada en la evidencia con los que contrata la administración estadounidense para elaborar informes de evidencia, realizar evaluaciones de tecnologías y revisiones técnicas.<sup>56</sup>

Un proyecto que está atrayendo una gran atención en todo el mundo es la campaña *Choosing Wisely*<sup>57</sup> impulsada por la fundación del *American Board of Internal Medicine* (ABIM)<sup>58</sup>. Esta campaña persigue concienciar a médicos, pacientes y restantes agentes del sector sobre lo innecesario (o incluso nocivo) que pueden llegar a ser determinadas pruebas y procedimientos clínicos. El antecedente de esta iniciativa lo constituye el proyecto “*Promoting Good Stewardship in Medicine*” iniciado en 2009 por la *National Physicians Alliance*,<sup>59</sup> con el objetivo de identificar cinco medidas que podrían adoptarse en la práctica clínica cotidiana para proporcionar una asistencia excelente sin malgastar recursos. La forma de instrumentar esta idea fue mediante la elaboración de listas con esas cinco medidas (listas ‘*Top five*’) en tres especialidades médicas (medicina interna, medicina de familia y pediatría).

Esta idea inicial fue ampliada a nuevas sociedades médicas, así como a la entidad no lucrativa *Consumer Reports*,<sup>60</sup> en abril de 2012, y se transformó en la campaña *Choosing Wisely*. En la actualidad hay ya 60 sociedades médicas que se han adherido a la campaña, que han elaborado hasta el momento 49 listas.<sup>61</sup> Los servicios más frecuentemente citados en las listas por las primeras 25 sociedades participantes son (Morden et al., 2014): radiología (29%); pruebas cardíacas (21%); medicamentos (21%); pruebas de laboratorio o de patología (12%) y otros servicios (18%). El impacto en términos asistenciales y presupuestarios de los servicios incluidos en las listas es muy heterogéneo. Por lo general, las sociedades participantes no suelen incluir en su lista servicios de alto impacto, que pudiera afectar significativamente a sus ingresos, incluyendo principalmente servicios de otras especialidades. Hay, no obstante, excepciones, como son los casos del Colegio Americano de Radiología y la Sociedad Americana de Patología Clínica.

Hay que mencionar, por último, el caso de la *US Preventive Services Task Force* (USPSTF)<sup>62</sup>, un panel de expertos en prevención, que efectúa recomendaciones basadas en la evidencia sobre servicios preventivos, como programas de cribado, servicios de asesoramiento y medicamentos preventivos.

La USPSTF asigna una letra (de la A a la D) a cada tipo de recomendación que puede formular, de mayor a menor robustez de la evidencia disponible y del balance riesgo-beneficio del ser-

---

<sup>54</sup> <http://www.bcbs.com/>

<sup>55</sup> <http://www.ahrq.gov/index.html>

<sup>56</sup> <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/index.html>

<sup>57</sup> <http://www.choosingwisely.org/>

<sup>58</sup> <http://www.abim.org/>

<sup>59</sup> <http://npalliance.org/promoting-good-stewardship-in-medicine-project/>

<sup>60</sup> <http://www.consumerreports.org/cro/index.htm>

<sup>61</sup> <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/>

<sup>62</sup> <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/index.html>

vicio en cuestión.<sup>63</sup> Las recomendaciones de grado D son desfavorables a la prestación del servicio, ya que hay moderada o elevada certeza de que el servicio no produce beneficios netos o que los perjuicios superan a los beneficios.<sup>64</sup> No hay información acerca del grado de seguimiento de estas recomendaciones.

## España

### Marco regulatorio

El Real Decreto 1030/2006 dotó de contenido la cartera común de servicios (CCS) del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>65</sup> prevista en la Ley 16/2003,<sup>66</sup> y estableció el procedimiento para su actualización. Dicho procedimiento, que no se aplica a la prestación farmacéutica, fue desarrollado por la Orden SCO/3422/2007 que indica en su artículo 3.1. que se entiende por actualización de la CCS del SNS la inclusión, exclusión y modificación de las técnicas, tecnologías y procedimientos en los que concurran una serie de requisitos.<sup>67</sup>

En concreto, para ser incluidas como parte de la CCS del SNS, las técnicas, tecnologías o procedimientos deberán reunir todos los requisitos siguientes:

- a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.
- b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.
- c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos.

Por su parte, la exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento incluido en la CCS se llevará a cabo cuando concurran los siguientes criterios:

- a) Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.
- b) Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico o no haber demostrado su utilidad sanitaria.
- c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Finalmente, las condiciones de uso de una tecnología incluida en la CCS podrán ser modificadas, bien sea por ampliación o restricción de sus indicaciones o por variación de otras condiciones de uso.

<sup>63</sup> Existen también las recomendaciones de grado I, lo que significa que la evidencia disponible es insuficiente para juzgar el balance entre beneficios y perjuicios del servicio. La recomendación es que si el servicio es ofertado, se constate que los pacientes comprenden la incertidumbre que hay acerca de dicho balance.

<sup>64</sup> <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>

<sup>65</sup> <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

<sup>66</sup> <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

<sup>67</sup> <http://www.boe.es/boe/dias/2007/11/28/pdfs/A48677-48682.pdf>

El Real Decreto Ley 16/2012 modifica la Ley 16/2003, dividiendo la CCS en tres: básica, suplementaria y de servicios accesorios.<sup>68</sup> La cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) incluirá, cuando menos, la CCS en las tres modalidades enunciadas. El RDL 16/2012 establece que en la evaluación de los requisitos que deben seguirse para la elaboración del contenido de la CCS participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.<sup>69</sup> Asimismo dispone que las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos sean sometidos a evaluación con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS por la citada Red. El procedimiento para la actualización de la CCS aún no se ha desarrollado reglamentariamente ni tampoco se ha aprobado todavía la Orden ministerial por la que se concreta y actualiza la CCS básica.<sup>70</sup> En tanto en cuanto no se apruebe dicha normativa, permanecerá en vigor el RD 1030/2006 en su integridad.

El RDL 16/2012 modifica también varios artículos de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En relación directa con la desinversión, se introduce un nuevo artículo 85 ter. que regula por vez primera en España la exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios. Los motivos de exclusión contemplados son los siguientes:

- a) El establecimiento de precios seleccionados.<sup>71</sup>
- b) La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.
- c) La consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo.
- d) Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.
- e) Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- f) Por incumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogidos en el artículo 89.2.

Los criterios de inclusión recogidos en el artículo 89.2 son:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el SNS.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.

---

<sup>68</sup> <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

<sup>69</sup> <http://www.boe.es/boe/dias/2013/10/11/pdfs/BOE-A-2013-10581.pdf>

<sup>70</sup> <http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/Orcarterabasica.pdf>

<sup>71</sup> El sistema de precios seleccionados consiste en fijar mediante decisión administrativa el precio máximo financiable para los grupos de medicamentos y productos sanitarios seleccionados sujetos al sistema de precios de referencia.

En el ámbito autonómico, la comunidad autónoma del País Vasco y la comunidad de Galicia han regulado el procedimiento para la incorporación de tecnologías sanitarias a sus respectivas carteras de servicios. En el caso del País Vasco, la desinversión apenas se aborda, siendo la única mención a este respecto lo dispuesto en el artículo 6.2:

- ▶ Las gerencias de las Organizaciones de Servicios de Osakidetza deberán comunicar a la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio vasco de salud las técnicas y los procedimientos asistenciales que se dejan de realizar, explicando los motivos y, en su caso, la técnica o procedimiento autorizado que los sustituyen.

Por su parte, en la orden regulatoria de la comunidad gallega se reproducen los mismos requisitos previstos en el RD 1030/2006, y que antes explicitamos, para excluir una técnica, tecnología o procedimiento de la cartera de servicios del sistema sanitario público de Galicia.

### **Modelos de desinversión**

En marzo de 2006 se lanzó el Plan Nacional de Calidad del SNS, con una dotación inicial de 15 millones de euros, que tuvo continuidad anual hasta el año 2010. Una de las 12 estrategias contempladas en el Plan era la de “*Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión*”. Dicha estrategia alimentó la realización de una serie de proyectos y documentos por las agencias y órganos evaluadores de las CC.AA. Uno de esos proyectos consistió en la elaboración de una guía metodológica para la identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias potencialmente obsoletas (Ruano et al., 2009). Por tecnología obsoleta interpreta dicha guía una tecnología en uso para una o más indicaciones, cuyos beneficios clínicos, seguridad o coste-efectividad hayan sido significativamente superados por otras alternativas disponibles. Condición necesaria, por tanto, para que una tecnología sea considerada obsoleta es que haya una alternativa que mejora su resultado global.

La guía, elaborada por avalia-t,<sup>72</sup> la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia, configura una metodología en tres etapas que teóricamente podría utilizarse en todo el SNS. En primer lugar, establece cinco fuentes de detección de tecnologías potencialmente obsoletas (desde la consulta directa en bases de datos tipo *Medline* hasta informes remitidos al efecto por profesionales sanitarios). En segundo lugar, desarrolla una herramienta de priorización (una aplicación web) llamada *PriTec*<sup>73</sup> que consta de tres dominios (población/usuarios finales; riesgo/beneficio; costes, organización y otras implicaciones) y 10 criterios que permiten comparar y priorizar hasta 50 tecnologías simultáneamente (Varela et al., 2009). Finalmente, para la evaluación de las tecnologías seleccionadas, se propone una estructura dividida en secciones mediante la cual se pueden articular los informes de evaluación. La consideración de una tecnología como obsoleta tiene que justificarse en dichos informes a partir de la evidencia disponible en guías de práctica clínica, informes de evaluación de tecnologías sanitarias o revisiones sistemáticas de la literatura de alta calidad.

OSTEBA,<sup>74</sup> la agencia del País Vasco, ha desarrollado un modelo para guiar el proceso de toma de decisiones desde que una tecnología es identificada como candidata a la desinver-

<sup>72</sup> [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_Portais.aspx?IdPaxina=60538&Idioma=es](http://www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538&Idioma=es)

<sup>73</sup> <http://pritectools.es/>

<sup>74</sup> <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste01/es/>



sión (Ibargoyen-Roteta et al., 2010). A este respecto, no solo se están contemplando tecnologías obsoletas en el sentido de la guía gallega (tecnologías superadas por otras alternativas más recientes), sino también tecnologías que son inefectivas, ineficientes o potencialmente nocivas. El proceso en el que aplicar la guía GuNFT (*Guideline for Not Funding existing health Technologies in health care systems*), que es el nombre dado al modelo de desinversión, comprende cinco fases: identificación, priorización, evaluación, decisión y plan de acción. El modelo está concebido para su uso tanto a escala regional o local, como nacional. De hecho, según indican Gutiérrez et al. (2010), hay un acuerdo entre las diversas agencias de evaluación de tecnologías sanitarias españolas para implementar el modelo en el conjunto del SNS. Estos autores también refieren la existencia de un proyecto piloto para validar la guía GuNFT en diferentes hospitales de España y el Reino Unido (región de North West, Manchester). Un resultado del proyecto es el desarrollo de un software<sup>75</sup> para ser utilizado en los centros sanitarios que hagan propuestas de desinversión y el comité de evaluación que deba valorar dichas propuestas (Ibargoyen-Roteta et al., 2010). En la actualidad, el procedimiento GuNFT es gestionado por OSTEBA, y se encuentra incluido en la estrategia de manejo de las tecnologías sanitarias en el País Vasco (Gutiérrez, 2011), el denominado “Ciclo de vida de las tecnologías”.<sup>76</sup> No hay información acerca del impacto que pueda estar teniendo el modelo, ni tampoco de si se ha podido extender a otras CC.AA.

Por último, hay que destacar la reciente iniciativa planteada por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), a semejanza de la ya comentada campaña *Choosing Wisely* estadounidense. Este proyecto, bautizado por el Ministerio como “*Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas de España*”, fue presentado oficialmente el 30 de abril de 2013. El objetivo principal del mismo es reducir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, entendiendo por tales aquellas que no han demostrado su eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Cada una de las sociedades adheridas al “*Compromiso por la Calidad*” propondrá 5 prácticas que deberían abandonarse. El pasado 17 de diciembre, 12 sociedades (de las 39 adheridas) presentaron sus recomendaciones.<sup>77</sup> En total, 150 propuestas de ‘no hacer’. En enero de 2014 comenzó la segunda fase de participación de sociedades médicas y la ampliación de la solicitud de adhesión al proyecto a nuevas sociedades científicas que quieran sumarse.

Si bien no se ha hecho público ningún documento en el que se refleje el método seguido por las sociedades profesionales para elaborar sus listas, el coordinador del proyecto señalaba en un artículo<sup>78</sup> que las recomendaciones contenidas en las listas obedecen a la revisión de guías de práctica clínica, con el soporte metodológico prestado por GuíaSalud,<sup>79</sup> organismo del SNS en el que participan las 17 CC.AA., creado en 2002, y adoptado por el Consejo Interterritorial del SNS como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el sistema sanitario público. GuíaSalud da acceso al catálogo completo de guías de práctica clínica producidas en el SNS (70 guías en el momento de efec-

<sup>75</sup> [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste04/es/contenidos/informacion/osteoba\\_formacion/es\\_osteoba/osteoba\\_formacion.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste04/es/contenidos/informacion/osteoba_formacion/es_osteoba/osteoba_formacion.html)

<sup>76</sup> [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste03/es/contenidos/informacion/osteoba\\_tecnologias/es\\_osteoba/osteoba\\_tecnologias.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste03/es/contenidos/informacion/osteoba_tecnologias/es_osteoba/osteoba_tecnologias.html)

<sup>77</sup> <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3140>

<sup>78</sup> <http://www.fesemi.org/documentos/1374494456/prensa/2013/07/redaccion-medica-compromiso-de-todos.pdf>

<sup>79</sup> <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home>

<sup>80</sup> <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>

tuar la consulta),<sup>80</sup> así como a aquellas elaboradas de acuerdo a la metodología común diseñada en el Programa de guías de práctica clínica en el SNS, coordinado por GuíaSalud (28 guías disponibles).<sup>81</sup>

### 3.5. Oportunidades de desinversión seleccionadas

#### *Over 150 potentially low-value health care practices: An Australian study*

Elshaugh et al. (2012) presentan los resultados de uno de los proyectos financiados por el gobierno australiano con la finalidad de establecer un nuevo catálogo de servicios listados en el *Medicare Benefits Schedule* (MBS). Uno de los desafíos que entraña la actualización de dicho catálogo es el establecimiento de un procedimiento sistemático y transparente para identificar aquellos servicios clínicos de bajo valor que podrían ser objeto de exclusión. El enfoque aplicado cruza tres tipos de fuentes diferentes:

- ▶ Búsqueda de la literatura con revisión por pares (empleando la plataforma *PubMed*).<sup>82</sup>
- ▶ Búsqueda en cuatro bases de datos relevantes:
  - *Cochrane Library*.
  - Base de datos de recomendaciones ‘do not do’ del NICE.
  - *Blue Cross and Blue Shield Association’s Technology Evaluation Center* (TEC).<sup>83</sup>
  - *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH).
- ▶ Muestreo oportunístico (consulta basada en la experiencia previa del equipo investigador en las webs de instituciones y grupos diversos).

El resultado de esta búsqueda multiplataforma fue la identificación de 156 servicios potencialmente inefectivos o inseguros. La siguiente tabla muestra los 13 servicios identificados por más de un método de búsqueda; los tres servicios destacados con un asterisco fueron identificados por los tres tipos de fuentes.

Tabla 1. *Servicios identificados por más de un método de búsqueda*

Nº.	Descripción del servicio
1	Pruebas de coagulación y análisis genético de la mutación factor V Leiden (trombofilia)
2	Artroscopia para artrosis de rodilla*
3	Prueba de la proteína C reactiva*
4	Uso de la placa de tórax en el preoperatorio, para el diagnóstico del síndrome coronario agudo o para el diagnóstico de infecciones respiratorias

Fuente: Elshaugh et al. (2012).

<sup>81</sup> <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>

<sup>82</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<sup>83</sup> <http://www.bcbs.com/blueresources/tec/>



Tabla 1. *Servicios identificados por más de un método de búsqueda (Cont.)*

Nº.	Descripción del servicio
5	Cribado de la infección por Chlamydia
6	Electrocardiograma para diagnosticar una angina de pecho
7	Estudios por imágenes para el dolor en la parte baja de la espalda*
8	Pruebas de la función hepática
9	Marcadores de mortalidad en la enfermedad renal terminal
10	Prostatectomía radical
11	Radioterapia para pacientes con metástasis vertebrales
12	Legrado uterino rutinario
13	Cirugía de las vías aéreas superiores para tratar la apnea obstructiva del sueño

Fuente: Elshaug et al. (2012).

### *A decade of reversals: An analysis of 146 contradicted medical practices*

Prasad et al. (2013) revisaron todos los artículos originales publicados entre 2001 y 2010 en el *New England Journal of Medicine* con el objetivo de identificar ‘*medical reversals*’, esto es, prácticas médicas establecidas que a consecuencia de la evidencia aportada por nuevos estudios se revelan como inapropiadas. De los 363 estudios identificados que examinaban una práctica médica existente, 146 (el 40,2%) fueron hallados inefectivos en comparación con estándares previos o a su omisión, mientras que el 38% reafirmaba su valor, y el 21,8% no fueron concluyentes. Se presentan a continuación aquellas prácticas rebatidas en el área oncológica.

Tabla 2. *Prácticas médicas relacionadas con la oncología rebatidas*

Nº.	Descripción del servicio
1	Cribado infantil en neuroblastoma para reducir la mortalidad
2	Cribado de neuroblastoma al año de edad para reducir la mortalidad
3	Mastectomía más agresiva frente a la opción quirúrgica menos radical
4	Tratamiento citotóxico de tumores del intestino medio, por asociarse con enfermedad carcinoide del corazón
5	Radioterapia en linfoma de Hodgkin avanzado
6	Quimioterapia adyuvante seguida de quimioterapia a dosis elevadas y autotrasplante de células madre, frente a administrar solo quimioterapia convencional en tumor de mama primario
7	Citorreducción quirúrgica secundaria en carcinoma de ovario avanzado
8	Cribado con mamografía asistida por ordenador
9	Drenaje biliar prequirúrgico en cáncer de cabeza de páncreas

Fuente: Prasad et al. (2013).

### Proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas”

Las doce sociedades científicas que presentaron en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el 17 de diciembre de 2013 sus listados con cinco recomendaciones de ‘no hacer’ fueron las siguientes:

- ▶ Sociedad Española de Medicina Interna,
- ▶ Asociación Española de Pediatría,
- ▶ Sociedad Española de Cardiología,
- ▶ Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición,
- ▶ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria,
- ▶ Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria,
- ▶ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia,
- ▶ Sociedad Española de Nefrología,
- ▶ Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica,
- ▶ Sociedad Española de Neurología,
- ▶ Sociedad Española de Patología Digestiva,
- ▶ Sociedad Española de Reumatología.

Recogemos a continuación las 50 recomendaciones formuladas por estas 12 sociedades científicas.

Tabla 3. *50 recomendaciones ‘no hacer’ en la práctica clínica*

Medicina interna	Patología digestiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomático, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en embarazo o en procesos quirúrgicos urológicos.</li> <li>▶ No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.</li> <li>▶ No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.</li> <li>▶ La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardíaca crónica.</li> <li>▶ En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no hay indicación para el tratamiento antihipertensivo inmediato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No programar revisiones ni colonoscopias antes de 5 años en el seguimiento postpolipectomía de pacientes con uno o dos adenomas menores de un centímetro, sin displasia de alto grado, completamente extirpados en una colonoscopia de alta calidad.</li> <li>▶ No dar profilaxis antibiótica con pancreatitis aguda leve.</li> <li>▶ No prescribir IBP como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales.</li> <li>▶ No restringir la ingesta de líquidos en los pacientes con ascitis, salvo en presencia de hiponatremia dilucional con natremia inferior a 125 meq/L.</li> <li>▶ No utilizar la detección de anticuerpos IgA, ni IgG anti-gliadina para el diagnóstico de la enfermedad celíaca.</li> </ul>

Fuente: MSSSI (2013).

Tabla 3. 50 recomendaciones 'no hacer' en la práctica clínica (Cont.)

Reumatología	Endocrinología y nutrición
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de manera simultánea ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad.</li> <li>▶ No utilizar sustancias terapéuticas inyectables a nivel local para el dolor lumbar inespecífico.</li> <li>▶ El lavado artroscópico con desbridamiento no está indicado en los pacientes con artrosis de rodilla salvo clara historia de bloqueo mecánico.</li> <li>▶ No se debe utilizar ni la QUS (ultrasonometría cuantitativa) ni la radiografía simple para el diagnóstico de la osteoporosis.</li> <li>▶ No se recomienda la práctica de TC ni de RM en la cervicalgia o lumbalgia inespecíficas cuando no hay signos de alarma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No se deben utilizar glitazonas en pacientes diabéticos que estén afectados de insuficiencia cardíaca.</li> <li>▶ No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos que padezcan insuficiencia renal.</li> <li>▶ No determinar tiroglobulina en la evaluación inicial de la malignidad de un nódulo tiroideo.</li> <li>▶ No repetir la determinación de anticuerpos antitiroideos en los pacientes diagnosticados de disfunción tiroidea en los que ya han sido positivos con anterioridad.</li> <li>▶ No hay que realizar ecografía tiroidea a todo paciente que sufra hipotiroidismo subclínico.</li> </ul>

Neumología	Pediatría
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En EPOC, con PaO<sub>2</sub> mayor de 55 mmHg y sin desaturación por ejercicio, no prescribir terapia ambulatoria con oxígeno.</li> <li>▶ En asma bronquial, no usar broncodilatadores betamiméticos inhalados de acción prolongada como única terapia.</li> <li>▶ No realizar rutinariamente resonancia magnética para evaluar el estadio primario en cáncer pulmonar de célula no pequeña.</li> <li>▶ No usar sistemáticamente antibióticos para el tratamiento de pacientes con agudizaciones de EPOC sin datos de gravedad y con un solo criterio de Antonhisen (que no sea la purulencia de esputo).</li> <li>▶ En pacientes con dificultad para mantener el sueño no utilizar hipnóticos sin tener un diagnóstico etiológico previo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).</li> <li>▶ No realizar, de forma rutinaria, electroencefalograma ni estudios de neuroimagen (TC, RM), en niños y niñas con convulsión febril simple.</li> <li>▶ No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.</li> <li>▶ No hay que hacer uso de test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.</li> <li>▶ No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en casos de bronquiolitis aguda.</li> </ul>

Fuente: MSSSI (2013).

Tabla 3. 50 recomendaciones 'no hacer' en la práctica clínica (Cont.)

Nefrología	Cardiología
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No iniciar tratamiento sustitutivo renal con diálisis sin haber hecho previamente una adecuada toma de decisiones en la que participen el paciente, la familia y el médico.</li> <li>▶ En el paciente anciano con ERC y proteinuria, no se deberá procurar un objetivo de presión arterial inferior a 130/80 de forma rutinaria.</li> <li>▶ No se deberá usar de forma rutinaria la asociación de un inhibidor directo de la renina y un IECA o un ARAII.</li> <li>▶ No prescribir suplementos de ácido fólico, ni vitamina C específicamente para el tratamiento de la anemia en ERC.</li> <li>▶ No medir sistemáticamente niveles de renina plasmática como marcador pronóstico de hipertensión arterial en niños con daño renal permanente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No usar como primera línea clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio.</li> <li>▶ No prescribir fibratos de forma rutinaria en prevención primaria cardiovascular.</li> <li>▶ No utilizar de forma rutinaria antagonistas del calcio para reducir el riesgo tras infarto.</li> <li>▶ No usar en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda, por sus efectos adversos, agentes antiarrítmicos (con especial énfasis en los del grupo I-C).</li> <li>▶ En fibrilación auricular persistente en los cuales se ha corregido la causa de la misma y se ha llevado a cabo con éxito cardioversión, no se recomienda el uso de antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal, a no ser que haya factores de riesgo para la recurrencia.</li> </ul>
Neurología	Medicina de familia
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No repetir estudios de neuroimagen (RM y/o TC) reiteradamente en pacientes con cefalea primaria (migraña y cefalea tensional) sin cambios en el perfil de la misma.</li> <li>▶ No repetir de forma rutinaria electroencefalogramas en el paciente epiléptico controlado y sin cambios salvo que se quiera retirar la medicación.</li> <li>▶ No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson.</li> <li>▶ No usar anticoagulantes de forma rutinaria en el tratamiento del ictus agudo.</li> <li>▶ En pacientes con esclerosis múltiple no usar tratamiento con corticoesteroides de larga duración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo.</li> <li>▶ No utilizar la terapia hormonal para prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.</li> <li>▶ No usar tiras reactivas y glucómetros en diabetes tipo 2 en terapia con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo casos de control glucémico inestable.</li> <li>▶ No realizar de forma sistemática la determinación de PSA en casos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.</li> <li>▶ No usar rifampicina con pirazinamida para quimioprofilaxis primaria de tuberculosis en personas inmunocompetentes.</li> </ul>

Fuente: MSSSI (2013).



## 4. Conclusiones

La revisión abordada en este informe ha puesto de manifiesto el carácter polisémico del término desinversión. Esto no es una novedad, y es algo que ha sido constatado por otros autores antes que nosotros (Schmidt, 2012; Campillo y Bernal, 2012). Es importante, no obstante, resaltar que, con independencia de la nomenclatura, muchas veces empleada de modo indistinto, la desinversión debería reunir idealmente dos propiedades (Elshaug et al., 2009a): (1) no es una apuesta a todo o nada, sino que debería considerarse a nivel de indicación y subgrupos de pacientes, y (2) aspira a que los fondos liberados por la supresión o reducción de una actividad sean reinvertidos en aquellos servicios que más pueden beneficiar a los pacientes.

Sin embargo, nuestra revisión sugiere que se ha avanzado bastante más en la identificación y priorización de tecnologías inefectivas o no coste-efectivas que en la reasignación de los fondos liberados en nuevos programas. Hay excepciones, claro, protagonizadas sobre todo por aquellos estudios que, en diferentes países, aunque particularmente en Canadá, han aplicado la metodología de la Programación presupuestaria y análisis marginal o PBMA (Spenceley y Halma, 2002; Mitton et al., 2003; Donaldson et al., 2008; Urquhart et al., 2008; Mitton et al., 2011). La estrategia más extendida, sin embargo, pasa por la elaboración de listas de intervenciones de bajo valor (Elshaug et al., 2013), como es el caso de la base de datos de recomendaciones 'do not do' del NICE, la elaborada en Australia en el marco de la revisión del *Medicare Benefits Schedule* o la impulsada por Fundación ABIM en EE.UU. como contenido de la campaña *Choosing Wisely*.

Si bien en todos los países revisados hay ejemplos, más o menos tibios, de búsqueda de oportunidades de desinversión, en ninguno de ellos se dispone de un modelo estructurado de reevaluación de las tecnologías ya implantadas, con la excepción de España (Leggett et al., 2012). Es el caso de la guía GuNFT desarrollada por OSTEBA, integrada supuestamente en la gestión del ciclo de vida de las tecnologías sanitarias en el País Vasco. No existe, sin embargo, información acerca del grado de utilización que se hace de la misma, ni de su impacto real. Se carece en cualquier caso en España de una estrategia de reinversión a escala nacional, lo que la sitúa a gran distancia en esta materia de países como el Reino Unido.

La inexistencia de la mencionada estrategia en España no deja de resultar paradójica, toda vez que, como han señalado García-Armesto et al. (2013), se cumplen los tres requisitos básicos necesarios para su despliegue:

- ▶ El mandato para hacerlo (recogido en el marco normativo vigente);
- ▶ La capacidad para identificar las tecnologías de bajo valor y orientar sobre la mejor práctica;

- ▶ La capacidad para verificar el grado de utilización de dichas tecnologías, y para monitorizar y evaluar los progresos de un potencial programa de reinversión.

Sin embargo, como señalan los autores, las dos últimas capacidades no están operativas en el SNS. Existen los instrumentos para identificar y priorizar las tecnologías candidatas a desinversión (la guía GuNFT, la herramienta *PriTec*, el Programa de guías de práctica clínica en el SNS coordinado por GuíaSalud), así como para monitorizar la utilización de procedimientos de bajo valor por proveedor y área geográfica (a través del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS)<sup>84</sup>, pero se carece de un sistema que incardine todos estos elementos, como una actividad más, consustancial del aparato regulatorio, cuyos resultados tengan, además, un carácter vinculante.

La reciente creación del Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS debería servir, entre otras cosas, para impulsar un sistema de actualización de la cartera común de servicios del SNS que contemplase seriamente, no solo la preceptiva evaluación de cualquier nueva tecnología que aspire a ser incluida en dicha cartera, sino también la identificación de tecnologías candidatas a ser abandonadas o redimensionadas. Como muy recientemente ha sido propuesto (Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2013: p. 176), dicha tarea de identificación debería comenzar con las siguientes tecnologías:

*“(a) las inseguras (con razones de riesgo-beneficio altas); (b) las que no se usen para tratar enfermedades graves; (c) las muy invasivas cuyo impacto en el paciente es alto (riesgo de efectos adversos, etc.); (d) aquellas cuya desinversión cause menos desconfianza y resentimiento entre pacientes y proveedores; (e) las que tienen alternativas efectivas claras; y, (f) las de alto impacto presupuestario y las de baja repercusión en los recursos humanos dedicados a las que se dejan de financiar. Asimismo, se urge a acompañar estas medidas con el fomento de la utilización de las coste-efectivas que están siendo subutilizadas”.*

El respaldo dado por el Ministerio a la campaña “*Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas de España*”, enmarcándola dentro de las actividades de la Red, es una buena iniciativa, que puede acabar destilando un interesante catálogo de intervenciones médicas que se han de evitar. El desafío, a partir de ahí, radica en que esas recomendaciones se implementen de forma efectiva; esto es, que trasciendan el papel del catálogo, mutando en acciones (más bien en inacciones, dado que precisamente se trata de ‘no hacer’). Y aquí, en el terreno de la implementación, se precisa una actitud proactiva por parte de todos los actores implicados.

La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS tiene que articular, con el respaldo decidido del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Comunidades Autónomas, un programa sistemático de reevaluación de tecnologías sanitarias que informe debidamente de cuáles son los procedimientos que deben evitarse, al tiempo que se promocionan las buenas prácticas. Para conseguir esto no solo hay que identificar, priorizar y evaluar las tecnologías ya financiadas, sino también diseminar eficazmente la evidencia recopilada entre los clínicos. Recordemos que la exclusión de tecnologías de la cartera de servicios comporta costes. Para empezar políticos; motivo crucial por el que cualquier intento medianamente serio de reinversión precisa del convencimiento de los profesionales sanitarios. Y para convencer lo primero es modificar los flujos de información que llegan a los médicos.

Por otra parte, y precisamente porque los costes de revertir decisiones previas de financiación pueden ser muy elevados, resulta fundamental favorecer una política de introducción de nuevas tecnologías que sea exigente e inteligente. Lo primero (la exigencia) previene frente a futuras (y costosas) reversiones. Lo segundo (la inteligencia) persigue minimizar el coste de oportunidad de no beneficiarse de inmediato de tecnologías prometedoras (aunque inciertas). Estos retos demandan, para empezar, que se tome en serio el papel de la evaluación económica en el proceso de actualización de la cartera de servicios. En este sentido, por desgracia, no hay por el momento demasiados elementos de juicio que inviten al optimismo. Tal y como ha sido denunciado por AES (2013), los informes de posicionamiento terapéutico dispensan a la evaluación económica de medicamentos el papel de figurante, no de protagonista. Resulta asimismo descorazonador constatar el gran retraso acumulado hasta aprobar la creación del Consejo de la Red (más de 1 año desde que se elaboró el borrador). Por último, y esto conecta con el diseño de una política inteligente de incorporación de nuevas tecnologías, es necesario, como atinadamente observan Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), recurrir con mayor frecuencia a programas de uso tutelado y a acuerdos de riesgo compartido como fórmulas de mitigación de la incertidumbre y de transferencia de riesgos a la industria.

En definitiva, más allá del compromiso de las sociedades científicas con la práctica de la medicina basada en la evidencia, la reinversión debería instalarse donde merece estar, donde más y mejores efectos puede lograr, en la ordenación de la cartera de prestaciones del SNS.





# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

citadas en el informe



## Referencias bibliográficas citadas en el informe

- Australia and New Zealand Horizon Scanning Network. The horizon scanning network, January 2007, Issue 1, p. 1. Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/healthpact/docs/bulletin/issue1.pdf>
- Bentley, T., Effros, R., Palar, K., Keeler, E. Waste in the US health care system: A conceptual framework (2008) RAND Corporation, *Milbank Quarterly*, 86(4), pp. 629-659.
- Birch S, Chambers S. To each according to need: a community-based approach to allocating health care resources (1993) *CMAJ – Canadian Medical Association Journal*, 149(5), pp. 607-612.
- Brazier, J., Rowena, D., Mukuriaa, C., Whytea, S., Keetharutha, A., Holeb, A.R., Tsuchiya, A., Shackley, P. Eliciting societal preferences for burden of illness, therapeutic improvement and end of life for value based pricing: a report of the main survey. *EEPRU Research Report No. 01/13*. Disponible en: <http://www.eepru.org.uk/VBP%20survey%20research%20report.pdf>
- British Medical Association. The QIPP initiative (England) and addressing the recession. May 2010.
- Brouwer, W., van Exel, J., Baker, R., Donaldson, C. ‘The new myth - The social value of the QALY’ (2008), *Pharmacoeconomics*, 26(1), pp. 1-4.
- Campillo-Artero, C., Bernal-Delgado, E. Reinversión en sanidad: Fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas (2013) *Gaceta Sanitaria*, 27 (2), pp. 175-179.
- Chadegani, A.A., Salehi, H., Yunus, M., Farhadi, H., Fooladi, M., Farhadi, M., Ebrahim, N.A. A Comparison between Two Main Academic Literature Collections: Web of Science and Scopus Databases (2013) *Asian Social Science*, 9(5), pp. 18-26.
- Del Llano, J., Pinto, J.L., Abellán, J.M. Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las Guías de Evaluación Económica. La Cuarta Garantía. Sanofi-Aventis, Barcelona, 2008.
- Department of Health (2010). A new value-based approach to the pricing of branded medicines. A consultation. (London: Department of Health). Disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_122793.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_122793.pdf)
- Department of Health (2011). A new value-based approach to the pricing of branded medicines. Government response to consultation. (London: Department of Health). Disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_128404.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_128404.pdf)

- Dionne, F., Mitton, C., Shoveller, J., Peacock, S., Barer, M. How to control the costs of health care services - An inventory of strategic options (2009) Healthcare Management Forum, Winter: 23-30.
- Donaldson, C., Bate, A., Mitton, C., Dionne, F., Ruta, D. Rational disinvestment (2010) QJM: An International Journal of Medicine, 103(10), pp. 801-807.
- Donaldson, L. On the state of the public health: annual report of the chief medical officer 2005. Department of Health, 2005.
- Eckermann, S., Willan, A.R. Expected value of information and decision making in HTA (2007) Health Economics, 16, pp. 195-209.
- Eckermann, S., Willan, A.R. The option value of delay in health technology assessment (2008) Medical Decision Making, 28, pp. 300-305.
- Elshaug, A., Watt, A., Moss, J., Hiller, J. Policy Perspectives on the Obsolescence of Health Technologies in Canada (2009a). Policy Forum.
- Elshaug, A.G., McWilliams, J.M., Landon, B.E. The value of low-value lists (2013) JAMA - Journal of the American Medical Association, 309 (8), pp. 775-776.
- Elshaug, A.G., Moss, J.R., Littlejohns, P., Karnon, J., Merlin, T.L., Hiller, J.E. Identifying existing health care services that do not provide value for money (2009b) Medical Journal of Australia, 190 (5), pp. 269-273.
- Elshaug, A.G., Watt, A.M., Mundy, L., Willis, C.D. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study (2012) Medical Journal of Australia, 197(10), pp. 556-560.
- Faunce, T., Logfren, H. Drug price reforms: the new F1-F2 bifurcation (2007) Australian Prescriber, 30(6), pp. 138-140.
- Gallego, G., Haas, M., Hall, J., Viney, R. Reducing the use of ineffective health care interventions. Working Paper 2010/5. A report by the CHERE for NSW Treasury. 2010.
- García-Armesto, S., Campillo-Artero, C., Bernal-Delgado, E. Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System (2013) Health Policy, 110 (2-3), pp. 180-185.
- Garner, S., Littlejohns, P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? (2011) BMJ (Online), 343 (7819), art. no. d4519.
- Gray, M. Disinvestment. A Reading list produced by QIPP Right Care. 2012.
- Gutiérrez, I. Desinversión basada en la evidencia en España (2011) Atención Primaria, 43(1), pp. 3-4.
- Gutiérrez, I., Ibarгойen, N., Benguria, G., Galnares, L., Batarrita, J. Withdrawal of technologies of low added value (2010) Health Policy Monitor, 15/2010.
- Haas, M., Hall, J., Viney, R., Gallego, G. Breaking up is hard to do: Why disinvestment in medical technology is harder than investment (2012) Australian Health Review, 36 (2), pp. 148-152.
- HealthPACT. Celebrating 10-years of HealthPACT. HealthPACT Bulletin, December 2013, Issue 23, pp. 1-2. Disponible en: <http://nhc.health.govt.nz/system/files/documents/pages/hpact-bulletin-issue-23-dec2013.pdf>
- Ibarгойen-Roteta, N., Gutiérrez-Ibarluzea, I., Asua, J. Guiding the process of health technology disinvestment (2010) Health Policy, 98 (2-3), pp. 218-226.

- Joshi, N.P., Stahnisch, F.W., Noseworthy, T.W. Reassessment of Health Technologies: Obsolescence and Waste. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2009. Disponible en: [http://www.cadth.ca/media/pdf/494\\_Reassessment\\_of\\_HT\\_Obsolescence\\_and\\_Waste\\_tr\\_e.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/494_Reassessment_of_HT_Obsolescence_and_Waste_tr_e.pdf)
- Leggett, L., Noseworthy, T.W., Zarrabi, M., Lorenzetti, D., Sutherland, L.R., Clement, F.M. Health technology reassessment of non-drug technologies: Current practices (2012) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28 (3), pp. 220-227.
- Leggett, L., Zarrabi, M., Sutherland, L., Noseworthy, T., Clement, F. Health Technology Reassessment and Reinvestment: A Systematic Review of Current Practices. University of Calgary. 2011.
- Lopert, R. Evidence-Based Decision-Making Within Australia's Pharmaceutical Benefits Scheme (2009) *The Commonwealth Fund*, 60(1297), pp. 1-13. Disponible en: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2009/Jul/Chalkidou/1297\\_Lopert\\_CER\\_Australia\\_issue\\_brief\\_724.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2009/Jul/Chalkidou/1297_Lopert_CER_Australia_issue_brief_724.pdf)
- Lopez-Illescas, C., Moya-Anegón, F., Moed, H.F. Coverage and citation impact of oncological journals in the Web of Science and Scopus (2008) *Journal of Informetrics*, 2(4), pp. 304-316.
- Manchado, R., Tamames, S., López, M., Mohedano, L., D'Agostino, M., Veiga, J. Revisión sistemática exploratoria (2009) *Medicina y Seguridad del trabajo*, 55(216): pp. 12-19.
- McKenna, C., Claxton, K. Addressing adoption and research design decisions simultaneously: the role of value of sample information analysis (2011) *Medical Decision Making*, 31, pp. 853-865.
- Medical Benefits Reviews Task Group. Development of a quality framework for the Medicare Benefits Schedule. Discussion paper. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2010. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Do8F68673A1CD95FCA257BF0001F9793/\\$File/Development%20of%20a%20Quality%20Framework%20for%20the%20MBS%20-%20Discussion%20Paper.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Do8F68673A1CD95FCA257BF0001F9793/$File/Development%20of%20a%20Quality%20Framework%20for%20the%20MBS%20-%20Discussion%20Paper.pdf)
- Ministerio de Economía y Competitividad. Actualización del Programa de Estabilidad 2013-2016. Reino de España. Disponible en: [http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/programa\\_estabilidad\\_2013\\_2016.pdf](http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/programa_estabilidad_2013_2016.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Doce Sociedades Científicas presentan recomendaciones a los profesionales para no realizar intervenciones innecesarias. Nota de Prensa, 17 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3140>
- Mitton C, Donaldson C. Twenty five years of program budgeting and marginal analysis in the health sector (1974-1999) (2001) *Journal of Health Service Research Policy*, 6, pp. 239-48.
- Mitton, C., Donaldson, C. Tools of the trade: A comparative analysis of approaches to priority setting in healthcare (2003) *Health Services Management Research*, 16(2), pp. 96-105.
- Mitton, C., Dionne, F., Damji, R., Campbell, D., Bryan, S. Difficult decisions in times of constraint: Criteria based resource allocation in the Vancouver Coastal Health Authority (2011) *BMC Health Service Research*, 11: 169.

- Mitton, C., Donaldson, C. Health care priority setting: principles, practice and challenges (2004) *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2:3.
- Mitton, C., Donaldson, C., Shellian, B., Pagenkopf, C. Priority setting in a Canadian surgical department: A case study using program budgeting and marginal analysis. (2003) *Canadian Journal of Surgery*, 46, pp. 23-29.
- Mooney, G. A Handbook on Citizens' Juries, 2010. Disponible en: [http://www.newdemocracy.com.au/docs/researchpapers/Mooney\\_CJ\\_BookJanuary2010.pdf](http://www.newdemocracy.com.au/docs/researchpapers/Mooney_CJ_BookJanuary2010.pdf)
- Morden, N.E., Colla, C.H., Sequist, T.D., Rosenthal, M.B. Choosing Wisely - The Politics and Economics of Labeling Low-Value Services (2014) *The New England Journal of Medicine*.
- Mundy, L., Merlin, T.L., Parrella, A., Babidge, W.J., Roberts, D.E, Hiller, J.E. The Australia and New Zealand Horizon Scanning Network (2005) *Australian Health Review* November, 29(4), 395-397.
- Nachtnebel, A., Gerdvilate, J. Disinvestment. Overview of disinvestment experiences and challenges in selected countries (2011) Project report. Ludwig Boltzmann Institut.
- Nuti, S., Vainieri, M., Bonini, A. Disinvestment for re-allocation: A process to identify priorities in healthcare (2010) *Health Policy*, 95 (2-3), pp. 137-143.
- Pearson A, Littlejohns P. Reallocating resources: how should the National Institute for Health and Clinical Excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service? (2007) *Journal of Health Service Research Policy*, 12, pp. 160-5.
- Polisena, J., Clifford, T., Elshaug, A.G., Mitton, C., Russell, E., Skidmore, B. Case studies that illustrate disinvestment and resource allocation decision-making processes in health care: A systematic review (2013) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29 (2), pp. 174-184.
- Prasad, V., Cifu, A. Medical reversals: why we must raise the bar before adopting new technologies (2011) *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84, 471-478.
- Prasad, V., Vandross, A., Toomey, C., Cheung, M., Rho, J., Quinn, S., Chacko, S.J., Borkar, D., Gall, V., Selvaraj, S., Ho, N., Cifu, A. A decade of reversal: An analysis of 146 contradicted medical practices (2013) *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (8), pp. 790-798.
- Ramer, S.L. Citation pearl growing: methods and librarianship history and theory (2005) *Journal of the Medicine Library Association* 93(3), pp. 397-400.
- Repullo, J.R. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud (2012) *Revista de Calidad Asistencial*, 27(3), pp. 130-138.
- Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Agencia de Avaluación de Tecnoloхías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloхías Sanitarias: avalia-t N. 2007/01. Disponible en: <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/IdentTecObMemFinal.pdf>
- Rumbold, G., Allen, K., Harris, C. Disinvestment of technologies and clinical practices in health services: Conceptual and policy perspectives (2008) Centre for Clinical Effectiveness, Southern Health. Melbourne, Australia.

- Schmidt DE. The development of a disinvestment framework to guide resource allocation decisions in health service delivery organizations. MSc Thesis. The University of British Columbia. October 2012.
- Schmidt, D.E. The development of a disinvestment framework to guide resource allocation decisions in health service delivery organizations. MSc Thesis. The University of British Columbia. October 2012.
- Spenceley, S., Halma, L. Improving surgical service utilization - An application of program budgeting and marginal analysis (2002) *Ambulatory Surgery*, 10, pp. 37-44.
- Sweeny, K. The Impact of further PBS reforms. Centre for Strategic Economics Studies. Victoria University, 2013. Disponible en: <http://medicinesaustralia.com.au/files/2010/01/20130515-rep-The-Impact-of-Further-PBS-Reforms-Final-report-from-CSES.pdf>
- Urquhart, B., Mitton, C., Peacock, S. Introducing priority setting and resource allocation in home and community care programs (2008) *Journal of Health Service Research Policy*, 13(Suppl 1), pp. 41-45.
- Varela Lema L, Ruano Raviña A, Cerdá Mota T, Blasco Amaro JA, Gutiérrez Ibarluzea I, Ibarгойen Roteta N, et al. Observación post-introducción de tecnologías sanitarias. Guía metodológica. Versión abreviada. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007 / 02. Disponible en: [http://www.fgcasal.org/aeets/Documentos/avalia\\_Observaci%C3%B3nPost.pdf](http://www.fgcasal.org/aeets/Documentos/avalia_Observaci%C3%B3nPost.pdf)
- Wagstaff, A. 'QALYs and the equity-efficiency trade-off' (1991) *Journal of Health Economics*, 10(1), pp. 21-41.
- Walker, S., Sculpher, M., Claxton, K., Palmer, S. Coverage with evidence development, only in research, risk sharing or patient access scheme? A framework for coverage decisions, CHE Research Paper 77, April 2012. Disponible en: [https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP77\\_a\\_framework\\_for\\_coverage\\_decisions\\_only\\_in\\_research\\_evidence\\_development.pdf](https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP77_a_framework_for_coverage_decisions_only_in_research_evidence_development.pdf)
- Watt, A.M., Hiller, J.E., Braunack-Mayer, A.J., Moss, J.R., Buchan, H., Wale, J., Rittano, D., Hodgetts, J.M., Elshaug, A.G. The ASTUTE Health study protocol: Deliberative stakeholder engagements to inform implementation approaches to healthcare disinvestment (2012b) *Implementation Science*, 7, pp. 101.
- Watt, A.M., Willis, C.D., Hodgetts, K., Elshaug, A.G., Hiller, J.E. Engaging clinicians in evidence-based disinvestment: Role and perceptions of evidence (2012a) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28 (3), pp. 211-219.





# APÉNDICES

- Apéndice 1:* Resumen de las seis revisiones sistemáticas previas identificadas
- Apéndice 2:* Las 10 referencias iniciales, punto de partida de la búsqueda
- Apéndice 3:* Publicaciones seleccionadas (referencias iniciales incluidas)



## Apéndice 1: resumen de las seis revisiones sistemáticas previas identificadas

1. Rumbold, G., Allen, K., Harris, C. Disinvestment of technologies and clinical practices in health services: Conceptual and policy perspectives (2008) Centre for Clinical Effectiveness, Southern Health. Melbourne, Australia.  
**Periodo de la búsqueda:** No consta.  
**Fecha de la búsqueda:** Enero de 2008.  
**Cobertura geográfica:** No hay limitación geográfica.  
**Bases de datos consultadas:** EMBASE, MEDLINE, All EBM Reviews, Cochrane Library.  
**Fuentes de internet:** Google, guideline websites.  
**Número de documentos seleccionados (s./ documentos completos revisados):** No consta.
2. Elshaug, A., Watt, A., Moss, J., Hiller, J. Policy Perspectives on the Obsolescence of Health Technologies in Canada (2009) Policy Forum.  
**Periodo de la búsqueda:** 1999 en adelante.  
**Fecha de la búsqueda:** Junio de 2009.  
**Cobertura geográfica:** Australia, Canadá, EE.UU., Reino Unido.  
**Bases de datos consultadas:** BIOSIS Previews, EMBASE, MEDLINE, PubMed.  
**Fuentes de internet:** Google, guideline websites.  
**Número de documentos seleccionados (s./ documentos completos revisados):** No consta.
3. Gallego, G., Haas, M., Hall, J., Viney, R. Reducing the use of ineffective health care interventions. Working Paper 2010/5. A report by the CHERE for NSW Treasury. 2010.  
**Periodo de la búsqueda:** Enero 1990 – Agosto 2009.  
**Fecha de la búsqueda:** No consta.  
**Cobertura geográfica:** Australia, Dinamarca, Escocia, España, Inglaterra y Gales.  
**Bases de datos consultadas:** CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PubMed, The Centre for Reviews & Dissemination, EBM Reviews-HTA.  
**Fuentes de internet:** HTA organisation websites.  
**Número de documentos seleccionados (s./ documentos completos revisados):** 7 (s./36).

4. Leggett, L., Zarrabi, M., Sutherland, L., Nosworthy, T., Clement, F. Health Technology Reassessment and Reinvestment: A Systematic Review of Current Practices. University of Calgary. 2011.

**Periodo de la búsqueda:** Enero 2000 – Abril 2011.

**Fecha de la búsqueda:** No consta.

**Cobertura geográfica:** Australia, Dinamarca, Escocia, España, EE.UU., Noruega, Reino Unido, Suecia.

**Bases de datos consultadas:** MEDLINE, PubMed.

**Fuentes de internet:** HTA organisation websites (instituciones miembro de INAHTA y de Health Technology Assessment International - HTAi).

**Número de documentos seleccionados (s./ documentos completos revisados):** 40 (s./ 60).
5. Gray, M. Disinvestment. A Reading list produced by QIPP Right Care. 2012.

**Periodo de la búsqueda:** 2003 a enero de 2012.

**Fecha de la búsqueda:** Enero de 2012.

**Cobertura geográfica:** No hay limitación geográfica.

**Bases de datos consultadas:** EMBASE, MEDLINE.

**Fuentes de internet:** NICE, NHS Evidence, Google.

**Número de documentos seleccionados (s./ documentos completos revisados):** 58 (s./ 292).
6. Schmidt, D.E. The development of a disinvestment framework to guide resource allocation decisions in health service delivery organizations. MSc Thesis. The University of British Columbia. October 2012.

**Periodo de la búsqueda:** 1970 - 2011.

**Fecha de la búsqueda:** Junio 2011 – Noviembre 2012 (literatura específica del sector sanitario); Octubre 2011 – Enero 2012 (literatura empresarial y del sector público).

**Cobertura geográfica:** No hay limitación geográfica.

**Bases de datos consultadas:** MEDLINE (literatura sector sanitario); Business Source Complete, ABI-Inform, PAIS, ERIC (literatura empresarial y del sector público).

**Fuentes de internet:** websites de organizaciones involucradas en actividades de desinversión (no se indica el listado de estas organizaciones en la tesis).

**Número de documentos seleccionados (s./ documentos completos revisados):** 24 (s./ 89).

## Apéndice 2: las 10 referencias iniciales, punto de partida de la búsqueda

1. Campillo-Artero, C., Bernal-Delgado, E. Reinversión en sanidad: Fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas (2013) *Gaceta Sanitaria*, 27 (2), pp. 175-179.
2. Cassel, C.K., Guest, J.A. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care (2012) *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 307, pp. 1801-1802.
3. Elshaug, A.G., Hiller, J.E., Tunis, S.R., Moss, J.R. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices (2007) *Australia and New Zealand Health Policy*, 4 (1), art. nº. 23.
4. Elshaug, A.G., Moss, J.R., Littlejohns, P., Karnon, J., Merlin, T.L., Hiller, J.E. Identifying existing health care services that do not provide value for money (2009) *Medical Journal of Australia*, 190 (5), pp. 269-273.
5. Garner, S., Littlejohns, P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? (2011) *BMJ (Online)*, 343 (7819), art. nº. d4519
6. Giacomini, M., Hurley, J., Stoddart, G. The many meanings of deinsuring a health service: The case of in vitro fertilization in Ontario (2000) *Social Science and Medicine*, 50 (10), pp. 1485-1500.
7. Ibarгойen-Roteta, N., Gutiérrez-Ibarluzea, I., Asua, J. Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT: Guía para la No Financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N. 2007/11. Disponible en: [http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e\\_10\\_12\\_infor\\_GuNFT.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_10_12_infor_GuNFT.pdf)
8. Pearson, A., Littlejohns, P. Reallocating resources: how should the National Institute for Health and Clinical Excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service? (2007) *Journal of Health Service Research Policy*, 12, pp. 160-5.
9. Ruano Raviña, A., Velasco González, M., Varela Lema, L., Cerdá Mota, T., Ibarгойen Roteta, N., Gutiérrez Ibarluzea, I., et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t N. 2007/01. Disponible en: <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/IdentTecObMemFinal.pdf>

10. Volpp, K.G., Loewenstein, G., Asch, D.A. Choosing wisely: Low-value services, utilization, and patient cost sharing (2012) JAMA - Journal of the American Medical Association, 308 (16), pp. 1635-1636.

## Apéndice 3: publicaciones seleccionadas (referencias iniciales incluidas)

1. Airoldi, M. Disinvestments in practice: Overcoming resistance to change through a sociotechnical approach with local stakeholders (2013) *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38 (6), pp. 1149-1171.
2. Ameringer, C.F. State medical boards and the problem of unnecessary care and treatment (2013) *Journal of Medical Licensure and Discipline*, 99 (2), pp. 25-32.
3. Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Campillo-Artero, C. ¿Sirven los estudios de variabilidad geográfica de la práctica para informar la desinversión? Varias cautelas y algunas reflexiones (2013) *Gaceta Sanitaria*, 27 (1), pp. 7-11.
4. Blumenthal-Barby, J.S. “Choosing wisely” to reduce low-value care: A conceptual and ethical analysis (2013) *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 38 (5), pp. 559-580.
5. Bulger, J., Nickel, W., Messler, J., Goldstein, J., O’Callaghan, J., Auron, M., Gulati, M. Choosing wisely in adult hospital medicine: Five opportunities for improved healthcare value (2013) *Journal of Hospital Medicine*, 8 (9), pp. 486-492.
6. Campillo-Artero, C., Bernal-Delgado, E. Desinversión y eficiencia en sanidad: aún sin brotes verdes (2012) *Revista de Calidad Asistencial*, 27 (3), pp. 127-129.
7. Campillo-Artero, C., Bernal-Delgado, E. Reinversión en sanidad: Fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas (2013) *Gaceta Sanitaria*, 27 (2), pp. 175-179.
8. Cassel, C.K., Guest, J.A. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care (2012) *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 307, pp. 1801-1802.
9. Chamberlain, C.A., Martin, R.M., Busby, J., Gilbert, R., Cahill, D.J., Hollingworth, W. Trends in procedures for infertility and caesarean sections: Was NICE disinvestment guidance implemented? NICE recommendation reminders (2013) *BMC Public Health*, 13 (1), art. nº. 112.
10. Chan, K.S., Chang, E., Nassery, N., Chang, H.-Y., Segal, J.B. The state of overuse measurement: A critical review (2013) *Medical Care Research and Review*, 70 (5), pp. 473-496.
11. Daniels, T., Williams, I., Robinson, S., Spence, K. Tackling disinvestment in health care services: The views of resource allocators in the English NHS (2013) *Journal of Health, Organisation and Management*, 27 (6), pp. 762-780.



12. Elshaug, A.G., Bessen, T., Moss, J.R., Hiller, J.E. Addressing “waste” in diagnostic imaging: Some implications of comparative effectiveness research (2010) *JACR Journal of the American College of Radiology*, 7 (8), pp. 603-613.
13. Elshaug, A.G., Hiller, J.E., Moss, J.R. Exploring policy-makers’ perspectives on disinvestment from ineffective healthcare practices (2008) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24 (1), pp. 1-9.
14. Elshaug, A.G., Hiller, J.E., Tunis, S.R., Moss, J.R. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices (2007) *Australia and New Zealand Health Policy*, 4 (1), art. n°. 23.
15. Elshaug, A.G., Watt, A.M., Mundy, L., Willis, C.D. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study (2012) *Medical Journal of Australia*, 197(10), pp. 556-560.
16. Elshaug, A.G., McWilliams, J.M., Landon, B.E. The value of low-value lists (2013) *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 309 (8), pp. 775-776.
17. Elshaug, A.G., Moss, J.R., Littlejohns, P., Karnon, J., Merlin, T.L., Hiller, J.E. Identifying existing health care services that do not provide value for money (2009) *Medical Journal of Australia*, 190 (5), pp. 269-273.
18. García-Armesto, S., Campillo-Artero, C., Bernal-Delgado, E. Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System (2013) *Health Policy*, 110 (2-3), pp. 180-185.
19. Garner, S., Docherty, M. , Somner, J., Sharma, T, Choudhury, M , Clarke, M. , Littlejohns, P. Reducing ineffective practice: Challenges in identifying low-value health care using cochrane systematic reviews (2013) *Journal of Health Services Research and Policy*, 18 (1), pp. 6-12.
20. Garner, S., Littlejohns, P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? (2011) *BMJ (Online)*, 343 (7819), art. n°. d4519
21. Giacomini, M. The Which-Hunt: Assembling Health Technologies for Assessment and Rationing (1999) *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 24(4), pp. 715-758.
22. Giacomini, M., Hurley, J., Stoddart, G. The many meanings of deinsuring a health service: The case of in vitro fertilization in Ontario (2000) *Social Science and Medicine*, 50 (10), pp. 1485-1500.
23. Gutiérrez-Ibarluzea, I. Desinversión basada en la evidencia en España (2011) *Atención Primaria*, 43 (1), pp. 3-4.
24. Haas, M., Hall, J., Viney, R., Gallego, G. Breaking up is hard to do: Why disinvestment in medical technology is harder than investment (2012) *Australian Health Review*, 36 (2), pp. 148-152.
25. Henshall, C., Schuller, T., Mardhani-Bayne, L. Using health technology assessment to support optimal use of technologies in current practice: The challenge of “disinvestment” (2012) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28 (3), pp. 203-210.

26. Hollingworth, W., Chamberlain, C. NICE on disinvestment: NICE recommendations for disinvestment (2011) *BMJ (Online)*, 343 (7823), art. nº. d5772, 1 p.
27. Hughes, D., Ferner, R. New drugs for old: Disinvestment and NICE (2010) *BMJ (Online)*, 340 (7748), pp. 690-692.
28. Ibarгойen-Roteta, N., Gutiérrez-Ibarluzea, I., Asua, J. Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT: Guía para la No Financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N. 2007/11. Disponible en: [http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e\\_10\\_12\\_infor\\_GuNFT.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_10_12_infor_GuNFT.pdf)
29. Ibarгойen-Roteta, N., Gutiérrez-Ibarluzea, I., Asua, J. Guiding the process of health technology disinvestment (2010) *Health Policy*, 98 (2-3), pp. 218-226.
30. Ioannidis, J.P.A. How many contemporary medical practices are worse than doing nothing or doing less? (2013) *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (8), pp. 779-781.
31. Karnon, J., Carlton, J., Czoski-Murray, C., Smith, K. Informing disinvestment through cost-effectiveness modelling: Is lack of data a surmountable barrier? (2009) *Applied Health Economics and Health Policy*, 7 (1), pp. 1-9.
32. Leggett, L., Noseworthy, T.W., Zarrabi, M., Lorenzetti, D., Sutherland, L.R., Clement, F.M. Health technology reassessment of non-drug technologies: Current practices (2012) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28 (3), pp. 220-227.
33. Loder, E., Weizenbaum, E., Frishberg, B., Silberstein, S. Choosing wisely in headache medicine: The american headache society's list of five things physicians and patients should question (2013) *Headache*, 53 (10), pp. 1651-1659.
34. MacKean, G., Noseworthy, T., Elshaug, A.G., Leggett, L., Littlejohns, P., Berezanski, J., Clement, F. Health technology reassessment: The art of the possible (2013) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29 (4), pp. 418-423.
35. Makarov, D.V., Loeb, S., Ulmert, D., Drevin, L., Lambe, M., Stattin, P. Prostate cancer imaging trends after a nationwide effort to discourage inappropriate prostate cancer imaging (2013) *Journal of the National Cancer Institute*, 105 (17), pp. 1306-1313.
36. Mitton, C., Dionne, F., Damji, R., Campbell, D., Bryan, S. Difficult decisions in times of constraint: Criteria based Resource Allocation in the Vancouver Coastal Health Authority (2011) *BMC Health Services Research*, 11, art. nº. 169.
37. Morden, N.E., Colla, C.H., Sequist, T.D., Rosenthal, M.B. Choosing Wisely - The Politics and Economics of Labeling Low-Value Services (2014) *The New England Journal of Medicine*.
38. Moriates, C., Shah, N.T., Arora, V.M. First, do no (financial) harm (2013) *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 310 (6), pp. 577-578.
39. Mortimer, D. Reorienting programme budgeting and marginal analysis (PBMA) towards disinvestment (2010) *BMC Health Services Research*, 10, art. nº. 288.

40. Nuti, S., Vainieri, M., Bonini, A. Disinvestment for re-allocation: A process to identify priorities in healthcare (2010) *Health Policy*, 95 (2-3), pp. 137-143.
41. Pearson, A., Littlejohns, P. Reallocating resources: how should the National Institute for Health and Clinical Excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service? (2007) *Journal of Health Service Research Policy*, 12, pp. 160-5.
42. Pisetsky, D.S. The Choosing Wisely initiative: Does it have your back? (2013) *Arthritis Research and Therapy*, 15 (4), art. nº. 117.
43. Polisena, J., Clifford, T., Elshaug, A.G., Mitton, C., Russell, E., Skidmore, B. Case studies that illustrate disinvestment and resource allocation decision-making processes in health care: A systematic review (2013) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29 (2), pp. 174-184.
44. Prasad, V., Vandross, A., Toomey, C., Cheung, M., Rho, J., Quinn, S., Chacko, S.J., Borkar, D., Gall, V., Selvaraj, S., Ho, N., Cifu, A. A decade of reversal: An analysis of 146 contradicted medical practices (2013) *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (8), pp. 790-798.
45. Quinonez, R.A., Garber, M.D., Schroeder, A.R., Alverson, B.K., Nickel, W., Goldstein, J., Bennett, J.S., Fine, B.R., Hartzog, T.H., Mclean, H.S., Mittal, V., Pappas, R.M., Perceley, J.M., Phillips, S.C., Shen, M., Ralston, S.L. Choosing wisely in pediatric hospital medicine: Five opportunities for improved healthcare value (2013) *Journal of Hospital Medicine*, 8 (9), pp. 479-485.
46. Rao, V.M., Levin, D.C. The overuse of diagnostic imaging and the choosing wisely initiative (2012) *Annals of Internal Medicine*, 157 (8), pp. 574-576.
47. Repullo, J.R. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud (2012) *Revista de Calidad Asistencial*, 27(3), pp. 130-138.
48. Robinson, S., Dickinson, H., Freeman, T., Williams, I. Disinvestment in health- the challenges facing general practitioner (GP) commissioners (2011) *Public Money and Management*, 31 (2), pp. 145-148.
49. Robinson, S., Glasby, J., Allen, K. 'It ain't what you do it's the way that you do it': Lessons for health care from decommissioning of older people's services (2013) *Health and Social Care in the Community*, 21 (6), pp. 614-622.
50. Ruano Raviña, A., Velasco González M., Varela Lema, L., Cerdá Mota, T., Ibargoyen Roteta, N., Gutiérrez Ibarluzea, I., et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t N. 2007/01. Disponible en: <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/IdentTecOb-MemFinal.pdf>
51. Varela Lema, L., Ruano Raviña, A., Cerdá Mota, T., Blasco Amaro, J.A., Gutiérrez Ibarluzea, I., Ibargoyen Roteta, N., et al. Observación post-introducción de tecnologías sanitarias. Guía metodológica. Versión abreviada. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sani-

tarias: avalia-t N°. 2007 / 02. Disponible en: [http://www.fgcasal.org/aeets/Documentos/avalia\\_Observaci%C3%B3nPost.pdf](http://www.fgcasal.org/aeets/Documentos/avalia_Observaci%C3%B3nPost.pdf)

52. Varela, J. Reducir actividades que no aportan valor: La reforma estructural pendiente (2013) *Revista de Calidad Asistencial*, 28 (6), pp. 327-328.
53. Volpp, K.G., Loewenstein, G., Asch, D.A. Choosing wisely: Low-value services, utilization, and patient cost sharing (2012) *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 308 (16), pp. 1635-1636.
54. Walker, S., Palmer, S. and Sculpher, M (2007). The role of NICE technology appraisal in NHS rationing. *British Medical Bulletin*, 81 and 82: 51-64.
55. Warner, J.L., Yang, P., Alterovitz, G. Reversal of medical practices (2013). *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (10), pp. 1182-1183.
56. Watt, A.M., Elshaug, A.G., Willis, C.D., Hiller, J.E. Assisted reproductive technologies: A systematic review of safety and effectiveness to inform disinvestment policy (2011) *Health Policy*, 102 (2-3), pp. 200-213.
57. Watt, A.M., Willis, C.D., Hodgetts, K., Elshaug, A.G., Hiller, J.E. Engaging clinicians in evidence-based disinvestment: Role and perceptions of evidence (2012a) *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28 (3), pp. 211-219.
58. Watt, A.M., Hiller, J.E., Braunack-Mayer, A.J., Moss, J.R., Buchan, H., Wale, J., Rittano, D., Hodgetts, J.M., Elshaug, A.G. The ASTUTE Health study protocol: Deliberative stakeholder engagements to inform implementation approaches to healthcare disinvestment (2012b) *Implementation Science*, 7, pp. 101.
59. Wellbery, C., McAteer, R. When medicine reverses itself: Avoiding practice pitfalls (2013) *American Family Physician*, 88 (11), pp. 737-738.
60. Yazdany, J., Schmajuk, G., Robbins, M., Daikh, D., Beall, A., Yelin, E., Barton, J., Carlson, A., Margaretten, M., Zell, J., Gensler, L.S., Kelly, V., Saag, K., King, C. Choosing wisely: The American College of Rheumatology's top 5 list of things physicians and patients should question (2013) *Arthritis Care and Research*, 65 (3), pp. 329-339.



# Currículum de los autores

## José M<sup>a</sup> Abellán Perpiñán

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales. Premio extraordinario de doctorado. Profesor Titular de Universidad. Director del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia. Investigador principal del Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES) de la misma universidad. Experto asesor en evaluación de tecnologías sanitarias de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Investigador principal en diversos proyectos competitivos de entidades públicas (Ministerio de Economía y Competitividad, Junta de Andalucía, Generalitat de Catalunya) y privadas (Fundación BBVA, Fundación Ramón Areces). Autor de más de una veintena de artículos indexados en el JCR y de una decena de monografías. Profesor y tutor en másteres de salud pública, farmacoeconomía, evaluación de intervenciones sanitarias y economía. Miembro de la comisión académica del programa de doctorado interuniversitario en economía (DEcIDE) y de la junta directiva de la Asociación de Economía de la Salud (AES).

## Carlos Campillo-Artero

Doctor en Medicina y Cirugía (Universidad de Barcelona). *Master in Public Health (The Johns Hopkins University)* y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Trabaja en evaluación clínica, de servicios y políticas de salud en el Servicio de Salud de Baleares y en varios proyectos nacionales e internacionales. Exfuncionario y actual consultor de la OMS. Miembro del Comité técnico del Ministerio de Sanidad en seguridad y calidad. Profesor y tutor en másteres de evaluación clínica, de servicios y farmacoeconomía. Editor asociado y revisor de varias revistas médicas nacionales y extranjeras. Investigador asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra.

## Juan Ernesto del Llano Señarís

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz, Madrid). *M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86)*. *European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000)*. Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias IESE, Universidad de Navarra (2004). *Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005)*.

Desde 1998 es Director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de la revista Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor por Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

Ha sido Asesor de la Subdirección General de Atención Hospitalaria del Instituto Nacional de la Salud (1987); Vicepresidente Ejecutivo de la Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española (1988); Socio Director de Análisis y Diseños Operativos en Salud, S.A. (1989-1996) y Gerente Senior de Nuevos Clientes de MSD (1997).

Es autor de más de cincuenta artículos en revistas indexadas, así como de más de una decena de libros.







FUNDACION



PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL  
DESARROLLO DE LA SALUD

[www.fgcasal.org](http://www.fgcasal.org)

