

# Profesionalismo en salud y liderazgo médico como estrategia para la sostenibilidad del sistema: el imperativo ético de eliminar el desperdicio



Foto: freepik.com

Miguel Vacca<sup>1</sup>

## Los antecedentes

**S**i bien es cierto que el desarrollo tecnocientífico ha logrado un impacto que debe resaltarse en términos de morbilidad y calidad de vida poblacional, es igualmente cierto que los actuales modelos de contratación-prestación, patrones de práctica clínica y los desbordantes costos de las nuevas tecnologías mantienen al borde de la quiebra a la mayoría los sistemas de salud, haciéndolos insostenibles.

De allí el reformismo en los sistemas de salud, cuya discusión se ha centrado —como es natural cuando se sufre mes a mes la sostenibilidad— en la contención del costo, el flujo de recursos y más recientemente cambios en el modelo de prestación; pero poco se ha avanzado en desenlaces en calidad y el alineamiento entre los actores del sector para la generación de una competitividad basada en valor (Porter, 2006).

Bajo la presión de los resultados a corto plazo, la transferencia del riesgo y la transferencia de los costos están a la orden del día desde los niveles superiores de la cadena de poder hacia los actores más débiles. Pero esta estrategia de “contención del costo” tiene plagados de malas prácticas a los sistemas —entre ellas el sobreuso—, las cuales agudizan más los problemas de sostenibilidad, con una consecuencia aún mayor: una crisis profunda del profesionalismo en salud y la

<sup>1</sup> MD. MSc. Internista, cardiólogo, electrofisiólogo, epidemiólogo clínico. Especialista en Evaluaciones Económicas y de Tecnologías en Salud. Director general de la Fundación Salud. Líder clínico de la Unidad de Alto Desempeño en Electrofisiología y Cardiología, Clínica Colsubsidio Calle 100.

casi total pérdida de confianza entre los actores.

En medio de la crisis hay algunos logros, por ejemplo, la Ley Estatutaria en Salud ofrece para el país un marco conceptual desde el deber ser; pero es urgente su reglamentación y operacionalización, pues resulta paradójico que, aunque defienda, por ejemplo, el trato digno y la autonomía médica, sea este precisamente el momento de mayor crisis en la autonomía y de regulación externa indebida en la profesión médica.

La Ley Estatutaria debe servir como mapa de ruta, pero aún falta una discusión de fondo entre los actores sobre lo que es verdaderamente calidad y valor en el sector salud. Calidad que debe ser redefinida y entendida como elemento determinante en la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Calidad expresada en valor y medible en indicadores de resultado de los programas, intervenciones, prestaciones diagnósticas y terapéuticas en el nivel de condición clínica del paciente; que, por supuesto, pasan por la oportunidad, eficacia y seguridad, pero que deben empezar por la pertinencia y proporcionalidad, así como estar entregados y enmarcados en verdaderos programas de una cultura de cuidado del estado de salud, prevención secundaria y terciaria y gestión eficiente de la condición de enfermedad teniendo como centro al paciente.

### El diagnóstico

La innegable finitud de los recursos —incluso en los países más desarrollados y con mayor PIB y presupuesto en salud—, requiere urgentemente del uso sensato, racional y priorizado de los mismos,

“El telón de fondo para una reforma exitosa es la construcción de un pacto nacional por la excelencia en el sector salud; en donde, partiendo de una racionalización de las expectativas de los actores, se logre alineamiento y compromisos explícitos para generación de valor.”

pues, más allá de la crisis financiera, no se le debe olvidar a ninguno de los actores que *el costo de oportunidad en salud lo pagan nuestras familias colombianas en términos de mortalidad anticipada y discapacidad en la población*, condiciones que no solo impactan al individuo sino a la sociedad, su capacidad productiva y potencial de desarrollo.

El reto financiero del sistema es enorme y sobrepasa lo alcanzable con la lucha frontal contra la corrupción (que, se estima, corroe un 10 % del gasto en salud en Estados Unidos) y el potencial impacto de las estrategias de eliminación del desperdicio y racionalidad en la prestación clínica, que pueden generar ahorros cercanos al 20 % del costo total en salud (Smith, 2012). Aun así, queda por resolver la presión en los costos en espiral generados por el envejecimiento, la transición epidemiológica y las estrategias de *pricing* de las nuevas tecnologías. Los recursos, aun en condiciones ideales de administración y eficiencia clínica, *no alcanzarán*; lo que hace imperativas una reconcepción del sistema y de lo que es salud, desde los condicionantes mismos de enfermedad, y una estrategia vertical del cuidado

de salud desde la infancia, como estrategia de gestión del estado de salud, acompañada en su contraparte de una eficiente gestión de la condición de enfermedad mediante una competitividad en prestación basada en valor verificable y comparable.

Así como es responsabilidad del Estado ser garante del derecho fundamental a la salud y gestionar la disponibilidad y flujo de los recursos, es responsabilidad ineludible de todos los actores —incluyendo a los aseguradores, prestadores, cuerpo médico y a los mismos pacientes y sus familias— que dichos recursos se custodien, administren y utilicen de la manera más apropiada y costo efectiva posible. La *sensatez*, autorregulación y el profesionalismo son mandatos éticos para todos los que interactuamos en el sector.

De otra parte, como lo sostiene Porter, la prestación fragmentada o por evento es el cáncer de los sistemas sanitarios. La competitividad basada en el precio y en el apalancamiento de economías de escala determina incentivos inadecuados en casi todos los actores del sistema. De hecho, hasta

“Cualquiera sea la reforma implementada, si esta no involucra una discusión de fondo que aterrice soluciones funcionales con relación a lo que es calidad y valor en salud; será una reforma incompleta, pues no se estarán eliminando las principales raíces causales de la crisis en el sector.”

los mismos pacientes demandan prestaciones que con frecuencia no tienen ningún valor, o incluso implican riesgos innecesarios. A su vez, la presión (poder de negociación) del asegurador sobre el prestador, en relación con el precio unitario compensado por volumen, se convierte en un inductor de la demanda, dado que la sostenibilidad de este dependerá del número de pruebas o intervenciones que se realicen y no de su pertinencia o impacto en la condición clínica del paciente. Así mismo, continúa la transferencia del costo desde el

prestador hacia el médico, quien de nuevo tiene como principal incentivo de su ingreso el volumen de actividades y no el valor que se agrega con ellas. El impacto económico “logrado inicialmente” por el asegurador realmente es negativo (suma cero) para él mismo y para todo el sistema (Porter, 2006). Ahora, la tendencia actual de regulación indebida de las frecuencias de prestación desde la alianza asegurador-prestador, excluyendo al cuerpo médico por mal llamados modelos de “PGP” o “PAF” (como está sucediendo en el país), simple-

mente inducen a lapsus graves de profesionalismo, y cultivan la carga de enfermedad que se traducirá en mortalidad y mayor costo de atención en el mediano plazo.

En este sentido, un escenario urgente de abordar conjuntamente (asegurador/prestador/cuerpo médico) es el de los modelos de prestación con verdadera innovación que eliminen estas malas prácticas. Los “defectos de calidad” en la prestación de servicios de salud generan un desperdicio/sobrecosto que se ha estimado en 31 % del

- Servicios innecesarios
- Prestaciones ineficientes
- Exceso en el costo administrativo
- Precios inflados
- Fallas en prevención
- Fraude

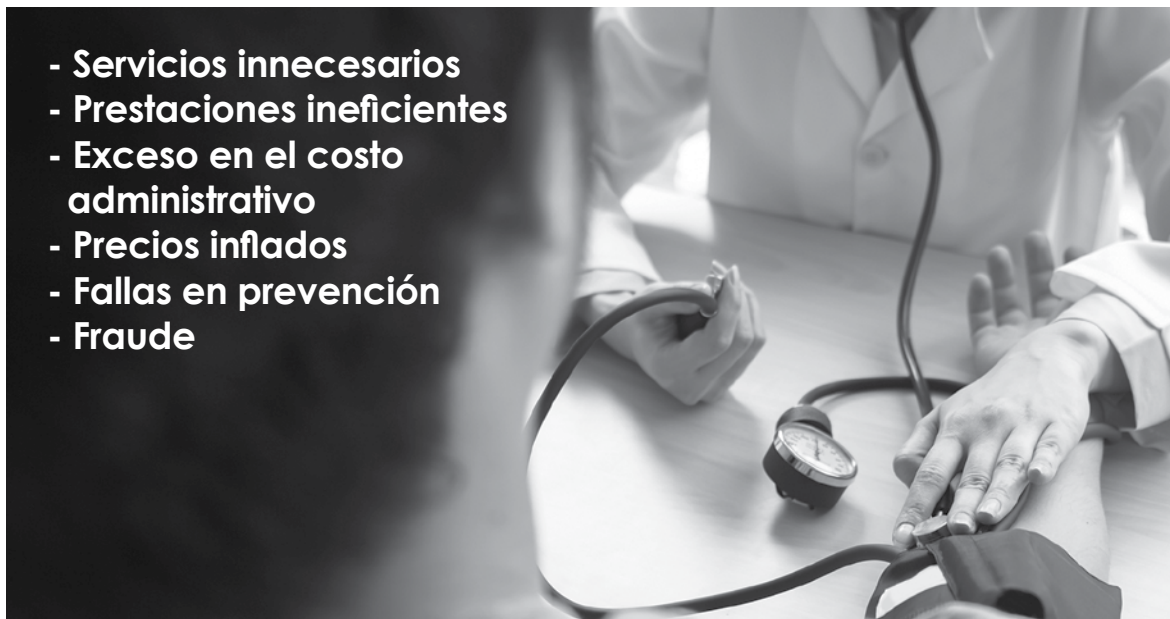


Foto: freepik.com

## Profesionalismo en salud y liderazgo médico como estrategia para la sostenibilidad del sistema: el imperativo ético de eliminar el desperdicio

costo total en salud en los Estados Unidos: 750 billones de dólares para el 2009, según reporte del Institute of Medicine (IOM). El reporte señala seis áreas principales que determinan esta alarmante situación: servicios innecesarios, prestaciones ineficientes, exceso en el costo administrativo, precios inflados, fallas en prevención y fraude. Esta realidad con seguridad no es lejana a la nuestra y, de hecho, aunque se desconoce su magnitud, es posible que sea mayor el impacto de las ineficiencias administrativas y de la corrupción. Por su parte, si bien es cierto que la gran mayoría de los profesionales de la salud trabajan con honestidad y son ajenos a la corrupción y al fraude, se debe resaltar que 20 % de este sobrecosto depende de prestaciones de bajo valor o incluso innecesarias (Brook, 2011; Smith, 2012).

Por su parte, la Corporación RAND ha propuesto un marco conceptual del desperdicio en salud como estrategia para conocer el problema

y plantear soluciones estratégicas. En este se clasifica el desperdicio en 3 categorías: administrativo, logístico y clínico; que permiten medición, análisis y comparación; así como generación de alertas y posibles soluciones (Bentley, 2008). Analicemos un poco más en detalle el desperdicio clínico.

La alta variabilidad geográfica de los patrones y frecuencias de práctica clínica han permitido estimar que del 30 % al 50 % de las prescripciones diagnósticas y terapéuticas no solo no agregan valor para el paciente (no impactan la mortalidad, la morbilidad ni la calidad de vida), sino que además implican con alguna frecuencia riesgos para él y conllevan costos innecesarios (Brook, 2009; Rand Notes). Ejemplos frecuentes son la inadecuada prescripción de antibióticos, protocolos de exámenes de rutina en las unidades de cuidado intensivo o paraclínicos de valoración preoperatoria, estudios imagenológicos en estudio de cefalea no

complicada, RNM en dolor lumbar, pruebas de perfusión miocárdicas no indicadas, cateterismos cardíacos en “blanco” o indicaciones no sustentables de artroscopia o cesáreas, etc.

Es allí donde los principales “ejecutores” de la chequera del gasto en salud, nosotros los médicos, debemos asumir en el día a día (en cada paciente, en cada diagnóstico, intervención o fórmula), con toda responsabilidad y profesionalismo, el mayor valor agregado que podemos ofrecer en cumplimiento del contrato social para aportar a la eficiencia y sostenibilidad del sistema (Brody, 2010; Brook, 2011; Brody, 2012). La prescripción racional, la práctica clínica costo-consciente, la mayoría de los recursos del sistema y el uso justo y racional de los mismos forman parte de la denominada cuarta ola del profesionalismo médico, y se han incorporado entre los pilares y declaraciones de los códigos de ética médica y del

# Salud Total EPS-S

## Oficina Virtual

Ahorra tiempo con los trámites de tu empresa.

### ¿Cómo acceder?

- 1** **INGRESA A**  
[www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)  

- 2** **REGÍSTRATE**  
Ingresando a la Oficina Virtual.  

- 3** **TE ENVIAREMOS**  
Un correo de confirmación de cuenta.  

- 4** **ACCEDE**  
Con tu usuario y contraseña.  


### Servicios

- ✓ Afiliaciones.
- ✓ Radicación de incapacidades y licencias.
- ✓ Radicación de devoluciones de aportes.
- ✓ Extractos de aportes.

[www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)  
Nacional 01 8000 114 524 · Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias, debe ser **total**

Figura 1. Pilares actuales del profesionalismo Médico



Fuente: Levinson et ál. 2014. *Understanding medical professionalism*. ABIM Foundation.

estatuto médico (ABIM Foundation, 2002; AMA, 2002; Levinson, 2014). Véase figura 1

### El tratamiento

Las raíces causales de la crisis de los sistemas de salud son comunes independientemente del tipo de sistema o tipo específico de economía en cada país, enfatiza Porter, en su libro *Redefining health care: creating value-based competition on results* —de obligatoria consulta y estudio para quienes auténticamente se interesan en dar soluciones sistémicas a los problemas del sector—. La complejidad del sistema de salud y la variedad de dificultades que afronta hacen que este requiera de una secuencia de ajustes y estrategias que tomarán tiempo para lograr el sistema que se necesita. El elemento central, como se ha mencionado desde el seno de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, es la construcción de un gran pacto nacional entre los actores del sector, en el que se articulen las buenas voluntades y experticias desde el deber ser; en donde, en primera

instancia, se racionalicen las expectativas y se realice un diagnóstico conjunto más preciso de las malas prácticas y vacíos que se presentan en cada escenario particular, estableciendo un compromiso de cada actor por gestionar elementos priorizados en mesas de trabajo, por supuesto, todo ello con participación directa y coordinación desde el Gobierno. Ese alineamiento de los actores es la principal necesidad que tiene el sistema.

En relación a cómo contener el desperdicio en salud la OECD publicó recientemente un reporte en el que enfatiza cuatro estrategias: 1. Reconocer el problema del desperdicio, 2. Generar y publicar indicadores de desperdicio, 3. Alertar y persuadir a los actores 4. Alineamiento de incentivos; y sugiere cinco herramientas: 1. Sistemas robustos de información para identificar prestaciones de bajo valor mediante comparación de patrones geográficos, 2. Sistema transparente de reporte de eventos adversos, 3. Campañas de información y cambio de comportamiento

para evitar prestaciones de bajo valor (véase adelante como *Choosing Wisely*, HVC). 4. Programas de medicina basada en la evidencia e implementación de guías de práctica clínica. 5. Incentivos financieros específicos (OECD,2017).

Sin embargo, a pesar de los marcos conceptuales y el llamado a una medicina basada en valor, los referentes de lo que es “valor” para una condición médica específica son limitados y no existen para una inmensa mayoría de entidades clínicas. Gestionar la calidad de los servicios y prestaciones médicas requiere de la definición de indicadores de resultado desde la perspectiva del paciente, indicadores cuya definición y construcción le corresponde a la profesión médica. Sin embargo, la consolidación de dicha matriz de indicadores, su difusión, implementación y seguimiento debe ser función de una unidad u organismo técnico autónomo específicamente destinado a ello, que se debe encargar de la gestión de la excelencia en el sector, mediante la creación e implementación de un sistema de medición de calidad en el nivel de condición clínica del paciente, promoviendo la competitividad basada en valor, tanto en el componente clínico asistencial como en el administrativo, y generando la información comparativa para la compra inteligente de servicios desde el aseguramiento. Existen algunos avances a nivel mundial en este sentido, como el Institute for Health Improvement (IHI), e iniciativas como la de International Consortium for Health Outcome Measurements (ICHOM), que deben ser estudiadas y referenciadas. En particular, merece atención la necesidad urgente de cultivar el liderazgo, no solo médico sino de todas las pro-

“La interacción de los actores en el sector debe darse con visión de ecosistema, eliminando la transferencia de riesgos y costos, que se constituyen en inductores y perpetuadores de desperdicio y malas prácticas.”

fesiones relacionadas con el sector, para transformar los sistemas de entrega de servicios basados en volumen a basados en valor (Swensen, 2013).

#### ¿Por dónde empezar?

Ya que este alineamiento estratégico puede tomar años, es responsabilidad no solo de cada actor, sino también de cada individuo que for-

ma parte del sistema, iniciar dicho proceso de transformación por el imperativo ético de disminuir el sufrimiento y aportar el valor que esté a su alcance para impactar la carga de enfermedad eficientemente (resultados al menor costo) y que los recursos ahorrados puedan ser empleados en otros pacientes que, en algún lado, están dejando de recibir alguna prestación por la limitación de recursos.

Eliminar el desperdicio, gestionar estos defectos de calidad e incrementar el valor en la prestación de servicios deben ser los primeros retos y compromisos de todos los actores en el marco de un Pacto Social por la Excelencia en Salud que alimente la reforma en curso.

Entre tanto, se requiere un liderazgo diferente (Bohmer, 2012; Swensen, 2013) y determinación de las sociedades científicas y del médico individual en la práctica clínica diaria. Su testimonio debe ser el auténtico y explícito compromiso de renovar y cumplir el contrato social, así como liderar el fortalecimiento del profesionalismo médico en sus pilares actuales. La autonomía médica se debe legitimar con hechos concretos y verificables de autorregulación como miembros de la profesión (Gladston, 2000; Davis, 2007; Cruess, 2008). Los profesionales de la medicina deben reconocer que la autonomía no es un derecho, sino una concesión del Estado y la sociedad; y que, con-



**Cumplimos 365 días asegurando la salud de más de 4.5 millones de colombianos a través de un modelo que profundiza en todas las rutas de atención. Somos pioneros en la construcción de estándares de atención que priorizan a víctimas de ataques con agentes ácidos y/o violencia de género.**

**Seguiremos trabajando por la salud de nuestros afiliados, porque Medimás EPS sí responde.**

Para conocer más de nuestra importante gestión, escanea este código QR.



VIGILADO SuperSalud



ceptualmente, en las profesiones no hay autonomía sin autorregulación (Khaliq, 2010).

### **Autorregulación y papel del cuerpo médico en la eliminación del desperdicio**

Día a día se toman cientos de miles de decisiones de prescripción de pruebas diagnósticas, medicaciones, intervenciones o procedimientos que conllevan un potencial beneficio, pero a su vez riesgos y costos. Sin embargo, con gran frecuencia en medicina aprendemos patrones o guías de diagnóstico o tratamiento que no están sustentadas en evidencia científica, o si la tienen, esta es de baja calidad o no ha sido reevaluada a la luz de nueva evidencia.

De otra parte, el análisis de dicha evidencia para la toma de decisiones muchas veces es parcial, y tomamos decisiones basadas en evidencia que solo aporta elementos para el nivel de análisis de la eficacia, pero desconocemos el impacto clínico neto y la costo-efectividad de nuestras prescripciones.

El complejo y dinámico proceso de toma de decisiones clínicas debe estar fundamentado en una aproximación científica y racional que

“Como sociedad debemos hacer una apuesta conjunta y vertical por el profesionalismo y la autorregulación, que alimentados en el deber ser, permitan la reconstrucción de la confianza en el sector salud”

combine en un ágil, pero no automático proceso, la mejor evidencia científica con la experticia médica aplicada a cada caso particular de una condición clínica del paciente. Esa evidencia debe sustentar no solo la eficacia y efectividad o rendimiento de las pruebas diagnósticas, sino la costo-efectividad, es decir, su impacto clínico neto (riesgos y beneficios), así como su impacto desde el punto de vista económico. Es allí donde el clínico podrá verdaderamente evaluar cuál es la mejor alternativa para una determinada situación, tanto para el paciente como para la sociedad. En ausencia de evidencia científica, la sensatez en el análisis riesgo/beneficio y el sentido común clínico serán de enorme ayuda.

Pero esta responsabilidad no puede recaer en el médico como

individuo, sino que requiere de una iniciativa del país para el fortalecimiento del profesionalismo, no solo médico sino de todos los tomadores de decisiones del sector (Hafferty, 2008). Tanto las universidades como las sociedades científicas deben cultivar el profesionalismo como un conjunto de competencias, habilidades y comportamientos (Levinson, 2014), así como proveer a los médicos con herramientas y conceptos prácticos de valor en salud, economía clínica, costo efectividad y costo efectividad comparativa, como punto de partida para una mejor toma de decisiones clínicas. Estos elementos deben incorporarse en los currículos y prioridades en educación médica continua, así como calificarse como parte de los procesos de recertificación.



Foto: freepik.com

**Iniciativas internacionales para optimizar el uso de recursos y eliminar el desperdicio y el escenario colombiano**

Desde los años 80, la Corporación

RAND y la UCLA han venido desarrollando un método (RUAM) para evaluar la calidad y pertinencia del cuidado en salud. La metodología ha sido usada en diferentes países, evaluando una gama de procedimientos como endoscopia,

colonoscopia, cirugía bariátrica, histerectomía, prostatectomía, angioplastia, cirugía de corazón, etc. Los criterios determinan si la prescripción es necesaria, pertinente, equívoca o inapropiada, según su riesgo/beneficio y comparación

Figura 2. Lista típica de recomendaciones de “Elijiendo Sabiamente”

**Choosing Wisely**  
An initiative of the ABIM Foundation

**AGC**  
ELEVATING GYNECOLOGIC SURGERY

**Five Things Patients and Providers Should Question**

- 1 Do not perform a laparotomy for the management of non-malignant disease when surgical management is indicated and a vaginal, laparoscopic or robotic-assisted approach is feasible and appropriate.**  
Selection of an endoscopic approach should be tailored to patient selection, surgeon ability, and equipment ability. The surgeon should take into consideration how the procedure may be performed cost-effectively with the fewest complications.
- 2 Do not perform routine oophorectomy in premenopausal women undergoing hysterectomy for non-malignant indications who are at low risk for ovarian cancer.**  
Outside of high-risk populations, the association of oophorectomy with increased mortality in the general population has substantial implications, particularly as it relates to higher rates of coronary heart disease and cardiovascular death. The long-term risks associated with salpingo-oophorectomy are most pronounced in women who are younger than 45–50 years who were not treated with estrogen.
- 3 Do not routinely administer prophylactic antibiotics in low-risk laparoscopic procedures.**  
The use of prophylactic antibiotics in women undergoing gynecologic surgery is often inconsistent with published guidelines. Although the appropriate use of antibiotic prophylaxis for hysterectomy is high, antibiotics are increasingly being administered to women who are less likely to receive benefit. The potential results are significant resource use and facilitation of antimicrobial resistance.
- 4 Avoid the unaided removal of endometrial polyps without direct visualization when hysteroscopic guidance is available and can be safely performed.**  
Endometrial polyps are a common gynecologic disease. Though conservative management may be appropriate in some patients, hysteroscopic polypectomy is the mainstay of treatment. Removal without the aid of direct visualization should be avoided due to its low sensitivity and negative predictive value of successful removal compared to hysteroscopy and guided biopsy.
- 5 Avoid opioid misuse in the chronic pelvic pain patient without compromising care through education, responsible opioid prescribing and advocacy.**  
Patients have a right to appropriate assessment and management of pain; however, opioid misuse has become a public health crisis. It is essential that providers become familiar with published FDA and CDC plans and guidelines. Providers must also educate and screen for risk factors for opioid misuse and follow patients on chronic opioid therapy for any signs of misuse.

These items are provided solely for informational purposes and are not intended as a substitute for consultation with a medical professional. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their physicians.

Fuente: [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)



**Tabla 1. Características de una decisión clínica sabia**

Sustento científico en la evidencia
Análisis de pertinencia (verdaderamente necesaria)
Análisis de seguridad (riesgo de ocasionar daño)
Uso apropiado de los recursos (no duplicación)

Fuente: [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)

**Tabla 2. Cinco preguntas para hacer a su doctor antes de un examen, tratamiento o procedimiento**

1.	¿Necesito realmente esta prueba o procedimiento?
2.	¿Cuáles son los riesgos?
3.	¿Hay opciones más simples o seguras?
4.	¿Qué pasa si no hago nada?
5.	¿Cuánto cuesta, hay opciones más económicas?

Fuente: <http://www.choosingwisely.org/patient-resources/>

con otras alternativas posibles. RUAM identificó que, en algunos casos, hasta el 50 % de estos procedimientos eran innecesarios o no pertinentes (Brook, 2009).

De otra parte, como expresión del compromiso con la sostenibi-

lidad de los sistemas de parte de las organizaciones médicas en Estados Unidos y Europa, se han consolidado otras iniciativas de autorregulación vía fomento del profesionalismo, que igualmente deben evaluarse para su adopción o adaptación en el país como

*Choosing Wisely* y *High Value Care* en Estados Unidos o *Too Much Medicine* del Reino Unido.

*Choosing Wisely* (Eliendo Sabiamente) es una iniciativa del American Board of Internal Medicine (ABIM), lanzada en abril de 2010 para nueve especialidades médicas, y en la cual se generaron “listas de qué no hacer” de las cinco pruebas diagnósticas, tratamientos o intervenciones de menor valor en cada especialidad (Brody, 2010). En la actualidad, se han unido 80 especialidades médicas y generado 240 listas que han sido adoptadas por más de 19 países (figura 2). La iniciativa fomenta conversaciones entre médicos, pacientes y actores del sector salud sobre la toma de decisiones inteligentes, seguras y eficaces, resaltando el uso inapropiado o excesivo de las pruebas y procedimientos (tablas 1 y 2). En la página web de la iniciativa se encuentra abundante información sobre cómo adoptar e implementar



Foto: freepik.com

**Tabla 3. Pasos hacia el cuidado clínico de alto valor y costo-consciente**

<b>Paso 1</b>	Entender los beneficios, riesgos y costos relativos de las intervenciones que está considerando.
<b>Paso 2</b>	Disminuir o eliminar el uso de intervenciones que no proveen beneficios o pueden causar daño.
<b>Paso 3</b>	Seleccione intervenciones y escenarios de que maximicen los beneficios, minimice los riesgos y reduzca los costos (usando efectividad comparativa y datos de costoefectividad).
<b>Paso 4</b>	Individualice el plan de atención con el paciente incorporando sus valores y preocupaciones.
<b>Paso 5</b>	Identifique oportunidades de mejora en los diferentes niveles del sistema para mejorar resultados y reducir desperdicios en la atención.

Fuente: High Value Care Initiative

la campaña (Washington State CW Task Force, 2014), así como información sobre resultados y herramientas para médicos y pacientes. Algunos resultados de la campaña en hospitales de referencia en Estados Unidos incluyen reducción mayor al 50 % en el uso de antibióticos en condiciones de la vía aérea superior en el Virginia Mason Medical Center; reducción del 66 % en uso inapropiado de tamizaje con biomarcadores cardíacos con impacto del 50 % en el costo (1,25 millones de dólares), en una campaña de 1 año realizada en Johns Hopkins; o reducción del 35 % del indicador nacional de partos tempranos electivos, en un esfuerzo nacional multilateral en 2013 (véanse referencias web).

En Colombia, las listas en medicina cardiovascular fueron estudiadas y adoptadas por el grupo médico de la Unidad de Alto Desempeño en Medicina Cardiovascular de la Clínica Colsubsidio Calle 100. La lista de electrofisiología fue presentada y aceptada por la asamblea del Colegio Colombiano de Electrofisiología. Así mismo, la Sociedad Colombiana de Urología adaptó la lista correspondiente, y sus primeros resultados se presentarán en el próximo congreso nacional. Por su parte,

la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y el Hospital Universitario Nacional han iniciado la colaboración para estudio y adopción de la campaña como estrategia de fomento del profesionalismo y la autorregulación.

*High Value Care* es otra iniciativa coordinada desde el American College of Physicians (ACP), en colaboración con Consumers Report. Si una intervención proporciona o no alto valor en el cuidado en salud, depende de definir si sus beneficios, en términos de los resultados que genera en salud, justifican sus costos. La iniciativa plantea unos pasos hacia el cuidado clínico de valor (tabla 3), en donde el desperdicio de recursos en prestaciones innecesarias es evitable y su gestión no afecta negativamente la calidad del cuidado en salud, enfatizando que debe tenerse clara la diferencia entre costo y valor. La medida de los costos es insuficiente para determinar el valor de una intervención; por tanto, el control del gasto no debe enfocarse solamente en los costos, sino en el valor real de las intervenciones de salud, donde el valor es definido como la relación entre los beneficios de la intervención y sus gastos (Owens, 2011). De esta manera,

se pueden tener intervenciones que, aunque son de “bajo costo”, proporcionan poco valor; o de otra parte, intervenciones consideradas “costosas” que generan gran valor agregado en la condición clínica. Desafortunadamente, es frecuente el escenario de intervenciones muy costosas que ofrecen valor incremental nulo o muy marginal, de los cuales el clínico no es consciente.

El Capítulo Colombia del ACP ha liderado, en conjunto con la Asociación Colombiana de Medicina Interna, la adopción de HVC desde 2006 con la iniciativa MOC: Medicina de Óptima Calidad (Alwers, 2016).

### Reflexión final

Los actores del sector salud están en mora de generar compromisos explícitos desde el profesionalismo y la autorregulación que generen impacto en la sostenibilidad del sistema, empezando por eliminar todo tipo de desperdicio en salud. Las sociedades científicas deben liderar las estrategias para minimizar y erradicar el desperdicio clínico empezando por examinar todas las prescripciones de manera crítica y a la luz de la mejor evidencia científica, en busca de eliminar aquellas que no aportan valor. El estudio y la adopción de iniciativas como Choosing Wisely o High Value Care en cada especialidad pueden generar impacto significativo en el corto plazo. Sin embargo, el alineamiento de los actores del sector bajo la rectoría del Gobierno para el abordaje conjunto de las raíces causales de la crisis en el sector es necesario para controlar, entre otras, la transferencia de riesgos y costos que limitará o frustrará dichas iniciativas de profesionalismo y autorregulación. ■



## Referencias

- ABIM Foundation. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.*; 136(3):243-6.
- Alwers, R. (2016). La medicina de óptima calidad (MOC) en Colombia: Los internistas debemos abrir el camino. High value care (HVC) in Colombia. *Acta Med. Colomb.*; 41: 191-197.
- Asamblea Médica Mundial. (2002). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la autonomía y la autorregulación profesional*. [Disponible en [http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia\\_medica.pdf](http://www.cgh.org.co/articulos/autonomia_medica.pdf)].
- American Board of Internal Medicine Foundation. (2014). *Unnecessary test and procedures in the health care system: Results from a National Survey of Physicians. 1-13*. [Disponible en [http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2014/04/042814\\_Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf](http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2014/04/042814_Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf)].
- Binder, L. (2013). *A few nudges for the Choosing Wisely initiative. Commentary, Institute of Medicine, Washington, D. C.* [Disponible en <http://www.iom.edu/choosingwisely-nudges>].
- Bohmer, R. (2012). The instrumental value of medical leadership: engaging doctors in improving services. *King's Fund Paper*, London, England.
- Brody, H. (2010). Medicine's ethical responsibility for health care reform — the top five list. *N. Engl. J. Med.*; 362:283-285
- Brody, H. (2012). From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N. Engl. J. Med.*; 366:1949-1951
- Brook, R. H. (2009). Assessing the appropriateness of care—its time has come. *JAMA*; 302(9):997-998.
- Brook, R. H. (2011). The role of physicians in controlling medical care costs and reducing waste. *JAMA*; 306(6):650-651.
- Cruess, R. (2008). Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 579-98.
- Davis, M. (2007). The background to medical self-regulation. En M. Davis, *Medical Self-Regulation Crisis and Changes* (págs. 3-13). University of Sussex: Ashgate.
- Hafferty, F. (2008). Moving beyond nostalgia an motives: towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599-615.
- Gladston, D. (2000). *Regulating doctors*. Bury St Edmunds, Suffolk: St Edmundsbury Press.
- Khaliq, A.; Mwachofi, A. & Broyles, R. (2010). Physician autonomy vs. self-regulation: you can't have one without the other. *Éthics & Medicine*, 26(2), 111-120.
- Levinson, W. (2014). *Understanding medical professionalism*. New York: McGraw-Hill.
- O'Callaghan, G. (2015, March). Choosing Wisely: the message, messenger and method. *MJA* 202 (4) · 2 March, 175-178.
- Owens, D. (2011). High value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms and cost of medical interventions. *Ann. Intern. Med.*, 154, 174-180.
- Porter, M. (2006). *Redefining the health care system: value-based care competition*. Boston: Harvard Business School Press.
- Smith M. (2012). *Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Committee on the Learning Health Care System in America Institute of Medicine of the National Academies*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Swensen, S. (2011). Controlling health care cost by removing waste: what american doctors can do now. *BMJ Qual Saf*, 20(6), 534-7.
- Swensen, S. (2013) *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2013.
- Washington State Choosing Wisely Task Force. (2014). *Action manual: integrating choosing wisely recommendations into practice*. 1-20.

## Referencias web

- <http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/charting-a-fifty-percent-drop-in-antibiotics-use/>
- <http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/johns-hopkins-bayview-reduces-overuse-of-cardiac-tests/>
- <http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2013/Commentaries/VSRT-ChoosingWiselyNudges.pdf>