



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Síntesis rápida

Procesos para definir exclusiones de
tecnologías en salud: lecciones para
Colombia

15 de julio de 2019



Síntesis rápida

Procesos para definir exclusiones de tecnologías en salud: lecciones para Colombia

Respuesta de 30 días

15 de julio de 2019

Unidad de Investigación y Deliberación para Políticas y Sistemas en Salud -Facultad de Medicina (Universidad de Antioquia)

Autores

Marcela Vélez, MD, MSc, PhD. Profesora e Investigadora Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Daniel Patiño, Ingeniero biomédico, MSc, PhD. Director del Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Carlos Vargas, Gerente en Sistemas de Información, MSc. Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Línea temporal

Las síntesis rápidas se pueden solicitar en un plazo de tres, 10, 30, 60 o 90 días hábiles. Esta síntesis se preparó en un plazo de 30 días hábiles. En la página web de la Unidad de Investigación y Deliberación para Políticas y Sistemas en Salud se proporciona una descripción general de lo que se puede proporcionar y lo que no se puede proporcionar en cada una de las diferentes líneas de tiempo.

Financiación

Esta síntesis rápida fue financiada con recursos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. La Unidad de Investigación y Deliberación para Políticas y Sistemas en Salud recibe apoyo en especie de la Universidad de Antioquia. Los puntos de vista expresados en la síntesis rápida son puntos de vista de los autores y no deben considerarse representativos de los puntos de vista de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses profesionales o comerciales relevantes para la síntesis rápida. El financiador no desempeñó ningún papel en la identificación, selección, evaluación, síntesis o presentación de la evidencia de investigación perfilada en esta síntesis rápida.

Revisión de mérito

La síntesis rápida fue revisada por un pequeño número de formuladores de políticas, actores interesados e investigadores con el fin de garantizar su rigor científico y la relevancia para el sistema.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Paola Ramírez por la ayuda para identificar la literatura relevante. Estamos especialmente agradecidos a Jairo Humberto Restrepo por la revisión de mérito por sus comentarios y sugerencias.

Citación

Vélez CM, Patiño-Lugo D, Vargas-Alzate C,. Síntesis rápida: Procesos para definir exclusiones de tecnologías en salud: lecciones para Colombia. Medellín, Colombia: Unidad de Investigación y Deliberación para Políticas y Sistemas en Salud -Facultad de Medicina (Universidad de Antioquia), 17 Julio de 2019.

MENSAJES CLAVES

Preguntas

- ¿Qué estrategias/intervenciones han sido desarrolladas para excluir tecnologías en salud?

¿Por qué el tema es importante?

- Países como Colombia enfrentan el desafío de mejorar la calidad de la atención en salud e incrementar la eficiencia en la administración de los recursos del sistema. Un aspecto importante de este desafío subyace al hecho de que muchas tecnologías en salud son mal usadas (utilizadas en una condición en la que no están indicadas), sobre utilizadas (solicitadas por los médicos o los pacientes más de lo que se debería), subutilizadas (se solicitan menos de lo que están indicadas), o incluso utilizadas cuando han llegado a su obsolescencia o cuando han demostrado que tienen riesgos para la seguridad de los pacientes. Esta situación, no solo es un problema para el uso eficiente de los recursos en salud, sino que además no añaden valor a la atención en salud o incluso puedan causar daños a los pacientes. Identificar estas tecnologías y evitar su inapropiada prescripción, puede mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención en salud.

Lo que encontramos

- El problema puede ser entendido en relación con tres temas:
 1. el mal uso de las tecnologías conduce a una atención innecesaria y potencialmente peligrosa para los pacientes, y pone más presión económica a un sistema de salud ya de por sí sobrecargado;
 2. existen varias razones para que las tecnologías en salud se usen menos de lo que deberían, más de lo que debería, o se usen mal; y
 3. abordar el mal uso de tecnologías es complicado por la fragmentación de nuestro sistema de salud, la falta de confianza en la administración de los recursos públicos, la cultura de “entre más, mejor”, características de las instituciones en salud, los profesionales o los pacientes, y las diferentes prioridades de las instituciones en salud, los aseguradores y los pacientes.
- De acuerdo con el marco conceptual desarrollado por Ellen y colaboradores, (1) tres elementos de una aproximación integradora pueden abordar el problema del mal uso de las tecnologías en salud y su decisión de exclusión del financiamiento público. Estos tres elementos son:
 1. **la implementación de estrategias interdisciplinarias para identificar servicios en salud mal usados;** entre ellas destaca: explorar en otros países que servicios en salud han sido excluidos de financiación pública utilizando procesos basados en evidencia y determinar si esos servicios siguen siendo utilizados en nuestro contexto; utilizar los mejores datos disponibles, como resultados de investigaciones y guías de práctica clínica para identificar mal uso de servicios de salud; e identificar los servicios de salud que deben priorizarse para exclusión total o parcial del sistema de salud a través de procesos de participación de los actores interesados y los usuarios;
 2. **la implementación de iniciativas promovidas por los actores interesados para atacar el problema del mal uso;** entre ellas están: fomentar una mejor comunicación y compartir la toma de decisiones entre los proveedores y los pacientes sobre la base de recomendaciones basadas en la evidencia y las mejores prácticas clínicas; cambiar el comportamiento de los proveedores (por ejemplo, a través de materiales educativos, reuniones y / o actividades de divulgación) para abordar el uso inapropiado de los servicios de salud en su práctica; educar a los pacientes / ciudadanos sobre los servicios de salud que necesitan (por ejemplo, a través de ayudas para la toma de decisiones); y desarrollar campañas en los medios de comunicación para crear conciencia sobre la necesidad de abordar el mal uso de las tecnologías;
 3. **la implementación de estrategias promovidas por el gobierno para atacar el problema del mal uso;** las más comúnmente identificadas fueron: revisar las listas de productos y servicios financiados con fondos públicos; modificar la remuneración de los proveedores o incentivar a los consumidores a priorizar el uso de algunos productos y servicios sobre otros; solicitar autorización previa para el uso de servicios de salud específicos que se identifican en una lista de servicios inapropiadamente utilizados; e involucrar a los actores interesados y consumidores en los procesos de toma de decisiones.

PREGUNTAS

¿Qué estrategias/intervenciones han sido desarrolladas para excluir tecnologías en salud?

¿POR QUÉ EL TEMA ES IMPORTANTE?

Países como Colombia enfrentan el desafío de mejorar la calidad de la atención en salud e incrementar la eficiencia en la administración de los recursos del sistema de salud. Un aspecto importante de este desafío subyace al hecho de que muchas tecnologías en salud son mal usadas (utilizadas en una condición en la que no están indicadas), sobre usadas (solicitadas por los médicos o los pacientes más de lo que se debería), sub usadas (se solicitan menos de lo que están indicadas), o incluso utilizadas cuando han llegado a su obsolescencia o cuando han demostrado que tienen riesgos para la seguridad de los pacientes. Esta situación, no solo es un problema para el uso eficiente de los recursos en salud, sino que además no añaden valor a la atención en salud o incluso puedan causar daños a los pacientes. Identificar estas tecnologías y evitar su inapropiada prescripción, puede mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención en salud.

Una encuesta reciente a 17 tomadores de decisiones y actores interesados en 15 países del mundo reporta que 52.9% de los encuestados declararon que existe una política de exclusión o desinversión en su país. Once encuestados (alrededor del 65%) consideraron que las iniciativas de exclusión eran útiles para reducir las variaciones injustificadas en la práctica clínica y permitir una reasignación de recursos, de servicios/programas de bajo valor a los de alta efectividad y seguridad. Doce encuestados (más del 70%) previeron un papel en la mejora de la calidad general de la atención, reduciendo la exposición a intervenciones inseguras e ineficaces. Dieciséis encuestados (más del 90%) estuvieron de acuerdo en que las iniciativas de exclusión deberían apuntar a identificar tecnologías o intervenciones obsoletas cuya ineficacia se haya demostrado claramente.

Los encuestados estuvieron de acuerdo con la participación en los procesos de definición de exclusiones, de los gerentes de los hospitales, los políticos, los investigadores, los clínicos, los pacientes y sus familias, industria y ciudadanos. Doce encuestados (alrededor del 70%) reconocieron la resistencia de los clínicos al cambio y la oposición de la industria como barreras para la implementación de políticas de exclusión o desinversión. Más de la mitad de los encuestados consideraron los siguientes factores como barreras: falta de información confiable y de fácil acceso sobre la práctica clínica actual y de la información científica sobre seguridad, efectividad y costos de las intervenciones de atención de salud y poca voluntad política para emprender iniciativas de exclusión. Por el contrario, la oposición de los ciudadanos y los pacientes fue vista como una preocupación por menos de la mitad de los encuestados.(2)

Cuadro 1: Antecedentes de la síntesis rápida

Esta síntesis rápida moviliza evidencia de investigación tanto global como local sobre una pregunta presentada al programa de Respuesta Rápida de la Unidad de Investigación y Deliberación para Políticas y Sistemas de Salud de la Facultad de Medicina (Universidad de Antioquia). Siempre que sea posible, la síntesis rápida resume la evidencia científica extraída de revisiones sistemáticas de la literatura y ocasionalmente de estudios de investigación individuales. Una revisión sistemática es un resumen de los estudios que abordan una pregunta claramente formulada que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar los estudios de investigación, y para sintetizar los datos de los estudios incluidos. La síntesis rápida no contiene recomendaciones, lo que habría requerido que los autores hicieran juicios basados en sus valores y preferencias personales.

Las síntesis rápidas pueden solicitarse en un plazo de tres (3), diez (10), treinta (30), sesenta (60) o noventa (90) días hábiles.

Esta síntesis rápida se preparó en un plazo de 30 días laborables e incluyó cuatro (4) pasos:

- 1) La presentación de una pregunta por parte de un formulador de políticas o de un actor interesado (en este caso, El Comité de Preparación de la Jornada de Evaluación Económica);
- 2) Identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar las investigaciones pertinentes sobre el tema;
- 3) Redactar la síntesis rápida de manera que se presente de forma concisa y en un lenguaje accesible
- 4) Finalizar la síntesis rápida sobre la base de las aportaciones de al menos dos revisores de mérito.

En Colombia, la ley estatutaria ordenó la elaboración de un mecanismo para definir la exclusión de tecnologías que no podrán ser financiadas con los recursos públicos del sistema de salud. (3). La Ley Estatutaria estableció seis criterios para determinar, por un proceso técnico y participativo, dichas exclusiones. Esos criterios son:

1. Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
2. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
3. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
4. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
5. Que se encuentren en fase de experimentación;
6. Que tengan que ser prestados en el exterior.

El mecanismo para definir las exclusiones se estableció en la Resolución 330 de 2017, en la cual se contemplan cuatro fases: 1) la nominación de tecnologías a ser excluidas y su priorización, 2) el proceso de evaluación técnico-científico de dichas tecnologías, 3) la consulta a pacientes potencialmente afectados, 4) la decisión definitiva sobre la exclusión y la comunicación de las decisiones.(4)

Los seis criterios establecidos en la Ley Estatutaria, desarrollados en el mecanismo de definición de exclusiones, son un punto de partida para abordar el tema del mal uso de las tecnologías en el sistema de salud colombiano. Esta Síntesis Rápida se relaciona principalmente con los criterios de efectividad y seguridad para el paciente (criterios 2 y 3), pero no solo la falta de evidencia científica sobre efectividad y seguridad, sino además la existencia de evidencia científica que apoya la falta de seguridad y la ineffectividad.

Abordar el tema del mal uso de las tecnologías se hace difícil por la cultura existente en la que se cree que “más es mejor” lo que se manifiesta cuando, por ejemplo, los pacientes demandan servicios no necesarios, o cuando los médicos que solicitan más pruebas diagnósticas para ser más exhaustivos, cuidadosos, o protegerse de las demandas. En este escenario, los médicos quedan en medio tratando de balancear las demandas crecientes de los pacientes y la necesidad de reducir el mal uso de las tecnologías médicas.

Aunque en las dos últimas décadas se han propuesto diferentes aproximaciones para garantizar que los pacientes reciban tratamientos de probada efectividad y costo-efectividad, tanto a nivel de los sistemas de salud (por ejemplo, la evaluación de tecnologías en salud), o desde la práctica clínica (por ejemplo, las guías de práctica clínica), poco han madurado las estrategias para reducir el mal uso de las tecnologías en salud. La falta de establecimiento de tales mecanismos conduce a una distribución ineficiente de los limitados recursos del sistema de salud, debido a que se continúan financiando con recursos públicos tecnologías que producen un bienestar marginal o ningún bienestar, o incluso que causan daño a los pacientes y pérdidas al sistema de salud.

Aunque en muchos países hay un reconocimiento creciente de que el mal uso de las tecnologías en salud es un problema político que necesita ser abordado, la identificación de posibles soluciones, la evaluación de su aplicabilidad, la adaptación de estrategias al contexto local, y el desarrollo de un plan de implementación, son un gran y complejo desafío.

Es tiempo que Colombia se pregunte qué puede hacerse para abordar el problema del mal uso de tecnologías en salud y en definir que tecnologías no deberían ser financiadas con recursos públicos del sistema. Esta Síntesis Rápida recoge diferentes opciones políticas y marcos conceptuales, identificados en la literatura científica internacional, que pueden ser usados a nivel macro (a nivel nacional o regional) y a nivel meso (municipios, organizaciones de salud). Esta Síntesis Rápida no considera estrategias dirigidas a profesionales de la salud individualmente, por cuanto el foco es proponer estrategias a ser implementadas en el nivel del sistema de salud.

Esta Síntesis Rápida da particular atención a como las personas de condición socioeconómica baja, incluyendo aquellos de baja escolaridad o con analfabetismo. Este grupo de personas pueden ser afectado por decisiones de exclusión parcial o total de una tecnología del sistema de salud, porque podrían terminar pagando de bolsillo por tecnologías ineffectivas, o podrían no entender que otras alternativas son mejores.

Las estrategias identificadas en esta Síntesis Rápida están dirigidas a diferentes objetivos, por ejemplo, a reducir el uso inapropiado de tecnologías, a reducir el sobre uso, a reducir el sobre diagnóstico, a identificar y retirar tecnologías obsoletas, a evitar tecnologías y servicios innecesarios, o a excluir tecnologías de los beneficios cubiertos con recursos públicos de los sistemas de salud. Por lo tanto, las motivaciones de dichas estrategias pueden estar enfocadas en la efectividad de la atención en salud o en la eficiencia o en ambos. Algunas de las estrategias identificadas están dirigidas a la eliminación completa de la tecnología, mientras que otras (la mayoría), están dirigidas a la exclusión parcial, es decir para ciertos grupos de pacientes con ciertas características o condiciones (principalmente referente a que la tecnología no esté indicada en el paciente).

El sobreuso y mal uso de tecnologías en salud (por ejemplo, pruebas diagnósticas, tratamientos, procedimientos, dispositivos, entre otros) surge por varias razones, tales como ineficiencias en el sistema de salud (entre otros, por falta de integración entre prestadores de salud y aseguradores, resultando en duplicación de pruebas diagnósticas, o por estrategias de contención de gastos que en lugar de ahorrar terminan solicitando pruebas diagnósticas no indicadas pero menos costosas), de la actividad clínica (por ordenar pruebas diagnósticas y procedimientos que no son necesarios), o por las expectativas de los pacientes (pacientes demandando pruebas diagnósticas y procedimientos que no necesitan). Considerando la diversidad de terminología que existe en la evidencia científica mundial, en esta Síntesis Rápida nos vamos a referir al mal uso de tecnologías como toda subutilización, sobre utilización, no indicación de la intervención, u obsolescencia en el cuidado de la salud que puede conducir a riesgos en la seguridad de los pacientes y que consume recursos sin causar bienestar.

El problema puede ser entendido en relación con cuatro temas:

1. el mal uso de las tecnologías conduce a una atención innecesaria y potencialmente peligrosa para los pacientes, y pone más presión económica a un sistema de salud ya de por sí sobrecargado;
2. existen varias razones para que las tecnologías en salud se usen menos de lo que deberían, más de lo que debería, o se usen mal;
3. abordar el mal uso de tecnologías es complicado por la fragmentación de nuestro sistema de salud, la falta de confianza en la administración de los recursos públicos, la cultura de “entre más, mejor”, características de las instituciones en salud, los profesionales o los pacientes, y las diferentes prioridades de las instituciones en salud, los aseguradores y los pacientes; y
4. entre las diferentes estrategias identificadas, muchas han sido criticadas por su fragmentación y falta de evaluación en términos de desenlaces en salud.

El mal uso de las tecnologías en salud conduce a una atención innecesaria y potencialmente peligrosa para los pacientes, y pone más presión económica al sistema de salud

Uno de los hallazgos que más sirve para ejemplificar este aspecto, es que entre un 20-33% de los pacientes recibe una atención en salud que es innecesaria, inefectiva, o potencialmente dañina.(5) Incluso, una encuesta conducida por la campaña Choosing Wisely (Elegiendo Sabiamente) en Estados Unidos, reporta que el 72% de los médicos manifiesta que prescribe una prueba diagnóstica o procedimiento innecesario al menos una vez a la semana.(6)

Las implicaciones del mal uso de las tecnologías en salud son variadas y pueden derivar en desenlaces negativos para el paciente, para el profesional de la salud, para el sistema e incluso a un nivel global. En el nivel del paciente, el mal uso puede derivar en serios daños y baja calidad de la atención en salud. Por ejemplo, en el área de la imagenología, aunque las tomografías exponen a los pacientes a altos niveles de radiación y por lo tanto incrementan la frecuencia de cáncer, el uso de las tomografías sigue incrementándose en el mundo entero, lo cual es al menos parcialmente debido al uso innecesario de dichas pruebas.(7,8) En el área de prescripción de medicamentos, se ha identificado una sobreutilización de benzodiazepinas entre población anciana, a pesar de varios estudios a gran escala que demuestran los altos riesgos asociados al uso prolongado, incluyendo la alta frecuencia de accidentes de tránsito (tanto como conductores o peatones), y el mayor riesgo de caídas y fractura de cadera que puede conducir a la hospitalización o incluso a la muerte.(9,10) Adicionalmente, realizar pruebas diagnósticas de escasa utilidad en población de bajo riesgo puede conducir a una frecuencia más alta de falsos positivos, de estudios adicionales innecesarios, de tratamientos que pueden exponer los pacientes a otros daños, como por ejemplo a efectos adversos de los medicamentos o a interacciones con medicamentos que sí debe consumir.

Al nivel del sistema de salud, el mal uso de las tecnologías en salud conduce al desperdicio de recursos (financieros y humanos), y por lo tanto los recursos terminan atrapados e inutilizables para financiar atención en salud apropiada o que no ha podido incluirse en el sistema de salud, o que puede ofrecerse a más habitantes.(11) Este desperdicio crea un sistema de salud ineficiente e inefectivo, lo cual también deriva en menor calidad de la atención.

A nivel global, el mal uso también tiene efectos. El ejemplo más apropiado es el del sobreuso y mal uso de antibióticos, lo que está conduciendo a un problema de resistencia antimicrobiana cada vez mayor, y esto afecta a cada país en el mundo puesto que los agentes infecciosos viajan y no respetan las fronteras.(12) Para complicar aún más la situación, se ha descrito el fenómeno denominado “la tragedia de los comunes”, que significa que el esfuerzo por maximizar el uso de un recurso por cada individuo conduce en últimas a la destrucción de dicho recurso.(13) En el ejemplo de los antibióticos, cada médico o paciente piensan acerca de su consumo como una ganancia individual, sin preocuparse por las consecuencias acumulativas a nivel del sistema. El resultado de este mal uso, y la presión de selección que este induce, crea una resistencia bacteriana que disminuye la efectividad de los antibióticos en tratar futuras infecciones, e incrementa la probabilidad de epidemias intratables en la población.(14)

El problema del mal uso se complica por el hecho de que cruza todas las enfermedades, especialidades clínicas y grupos demográficos. Por ejemplo, varias iniciativas dirigidas a abordar el tema del mal uso han identificado listas de servicios en salud que podrían considerarse mal usadas, por ejemplo:

- Elshaug y colaboradores identificaron más de 150 servicios de bajo valor financiados con recursos públicos del sistema de salud australiano;(15)
- Prasad y colaboradores identificaron 146 ejemplos de servicios considerados “mejores prácticas”, donde fuerte evidencia científica indicaba que ellas eran inferiores en efectividad a otras opciones disponibles;(16)
- El instituto NICE en el Reino Unido ha identificado más de 800 intervenciones clínicas con potencial para ser excluidas de financiación pública, pero no hay evidencia de que dichas intervenciones se hayan reducido en la práctica; (17)
- La campaña Choosing Wisely ha desarrollado más de 540 recomendaciones para el buen uso de las tecnologías en salud. Esta iniciativa trabaja colaborativamente con las sociedades de las especialidades médicas para crear listas de las principales 10 pruebas diagnósticas o tratamientos que deben ser considerados cuidadosamente antes de ser ordenados a los pacientes, esta campaña además motiva un fuerte involucramiento de los pacientes en las decisiones, pues se diseñan diferentes estrategias educativas para explicar al paciente porque la tecnología no debe ser solicitada;(18)
- En Latinoamérica, fue desarrollada una revisión sistemática para identificar estrategias de identificación de tecnologías mal usadas y/o procesos para decidir qué tecnologías excluir de la financiación pública; para el 2015 solo en Perú y Brasil se identificaron estrategias dirigidas a definir exclusiones.(19) Esta revisión sistemática identificó un artículo colombiano realizado por Conde-Agudelo y colaboradores el cual concluye que en Colombia el cuidado durante el trabajo de parto no es guiado por la mejor evidencia disponible ya que todavía se realizan varias prácticas que no son efectivas como el uso de enemas y la episiotomía. (20)

El problema del mal uso de las tecnologías en salud y del tema de las exclusiones se complejiza más por el hecho de que en raras ocasiones tiene sentido retirar definitivamente una tecnología, puesto que la heterogeneidad y la provisión del cuidado personalizado significan que un servicio puede ofrecer un pequeño o ningún beneficio a un grupo de pacientes con ciertos factores de riesgo, mientras que puede agregar mucho beneficio a otros.(21) Es por ello que las decisiones sobre exclusión son muy pocas veces en blanco y negro, y generalmente caen en un área gris que debe tomar en cuenta la heterogeneidad de los pacientes, de tal manera que se pueda acceder a servicios que pueden beneficiar a ciertos grupos de pacientes, pero limitarlos a aquellos para quienes no están indicados.(22)

El mal uso de las tecnologías en salud es motivado por varios factores relativos al sistema de salud

Es importante considerar que el mal uso de tecnologías en salud surge y se perpetúa por factores relacionados a la estructura del sistema de salud. Algunos factores son relativos al modelo de prestación de los servicios, por ejemplo, se ha identificado que los médicos no han sido entrenados para manejar apropiadamente una conversación con un paciente al que no se le puede ordenar un examen diagnóstico o un tratamiento que está demandando.(18)

Adicionalmente, el tiempo dedicado a cada consulta es muy escaso para poder entablar una conversación apropiada

sobre porque una tecnología no está indicada y tomar la decisión en conjunto con el paciente. (23) Otro factor, identificado en el sistema de salud colombiano, hace referencia a la fragmentación de nuestro sistema, en donde los prestadores no están adecuadamente integrados entre ellos y las historias clínicas no son fácilmente accesibles y por lo tanto se duplican pruebas diagnósticas, o incluso porque las cualidades técnicas de todos los laboratorios o centros de imagen diagnóstica no pueden garantizarse igualmente, y por lo tanto algunos médicos o instituciones de salud prefieren acudir a ciertos proveedores de estos servicios. Otro elemento que complica el panorama, es el hecho de que las tecnologías en salud no son comúnmente ordenadas individualmente, sino que generalmente se ordenan en paquetes de servicios, algunas veces que se han contratado entre la EPS y la IPS, pero que no están pensados para considerar la particularidad de cada paciente. Por lo tanto, abordar el mal uso de las tecnologías no es tan simple como reducir el uso de servicios específicos, puesto que muchas tecnologías nuevas se ordenan de manera complementaria o suplementaria a tecnologías viejas, es decir no reemplazan a las viejas, sino que se agregan a ellas. Al final se choca con la inhabilidad de excluir una tecnología vieja, y se crea una situación de más gasto de recursos financieros y humanos pues se agrega una nueva tecnología, lo que crea una situación insostenible.(24)

En cuanto a la financiación del sistema de salud, se ha identificado que el pago por servicios crea un incentivo para que los proveedores soliciten más servicios, lo que no necesariamente implica servicios de salud apropiados o indicados.(25,26) Adicionalmente, en algunas especialidades médicas y para algunos servicios, se ha identificado en la literatura internacional que los ingresos médicos dependen de ordenar más servicios en salud, lo que se convierte en un factor de resistencia a iniciativas que busquen el buen uso de las tecnologías en salud, esto es generalmente visto por dichas especialidades como una pauperización de su trabajo y una limitación a su autonomía profesional.

En cuanto a la gobernanza del sistema, parece complejo hacer coincidir el modelo de competencia regulada en salud con el diseño de una canasta de servicios de “todo incluido” salvo exclusiones explícitas. Para sistemas altamente fragmentados, con participación de aseguradoras con ánimo de lucro, pagos por capitación, competencia entre proveedores, y sin la centralización de las compras en cabeza del gobierno, parece difícil hacer coincidir el sistema con atención universal e integral y exclusiones explícitas. Por el contrario, Los sistemas de salud ‘públicos’, como Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda y Suecia se caracterizan por tener sistemas de salud financiados por impuestos generales, en donde el gobierno es el encargado de recolectar los fondos y pagar por atención médica en nombre de toda la población. Debido al compromiso de estos países en garantizar un cubrimiento exhaustivo de las necesidades de salud de su población, ninguno de ellos tiene una definición explícita de los beneficios en salud. En Canadá, el sistema público cubre todo lo que se define como necesidad médica pero no hay una definición legal establecida para decir que se entiende por este concepto. Lo que cubre el sistema resulta de una decisión entre las provincias, las asociaciones médicas y el ministro de salud de cada territorio. En Inglaterra, los derechos y los deberes en el Sistema Nacional de Salud se describen por conceptos y no están definidos por una lista de beneficios. Sin embargo, si hay una lista de tratamientos que los médicos generales no puede ordenar en el cuidado primario y una lista de tratamientos que se pueden ordenar sólo en ciertas circunstancias.

El sobre diagnóstico o el diagnóstico excesivo es menos frecuente en países con sistemas públicos comparado con aquellos con sistemas de salud menos regulados y con alta participación del sector privado. En estos contextos menos regulados, las posibilidades de los individuos para pagar los servicios de salud se vuelven cruciales en la utilización de la atención médica, por lo que tanto la demanda inducida por los proveedores como el uso excesivo por parte de los pacientes pueden ocurrir más fácilmente.(27)

Abordar el mal uso de las tecnologías en salud se complica por la cultura de “entre más, mejor”

Identificar el mal uso de la tecnología va más allá de evaluar la efectividad y costo efectividad de las intervenciones, (28,29) Por ejemplo, los economistas tienden a fijarse en el costo-beneficio de las intervenciones, mientras que los clínicos tienden a fijarse más en los beneficios de las intervenciones sobre los desenlaces en salud, y a los tomadores de decisiones les toca balancear los beneficios clínicos, los costos y además los valores y las preferencias de los ciudadanos.

Otro elemento importante es que los médicos y en general los profesionales de la salud son educados y entrenados para ser exhaustivos y cuidadosos al explorar posibles diagnósticos y las pruebas diagnósticas son un elemento

fundamental para descartar o confirmar diagnósticos, lo cual puede conducir al sobre uso de algunas pruebas diagnósticas y tratamientos.(25) En el campo de la tamización, varios ejemplos muestran como las pruebas de tamización no cambian el curso clínico de los pacientes, pero sí incorporan riesgos de intervenciones innecesarias a pacientes y de gasto de recursos financieros y humanos. (30) Pero además, la sociedad fomenta esa cultura de “entre más, mejor”, y por ello los médicos y los pacientes frecuentemente optan por más pruebas diagnósticas o procedimientos, o por formular más medicamentos, solo para estar seguros. Además, los pacientes piensan que los profesionales de la salud que hacen más son mejores que aquellos que adoptan una aproximación más expectante.(25) Esta cultura es reforzada por las fuerzas del mercado que buscan incrementar la demanda de productos, y también porque hay muy pocas personas que expliquen que más no es siempre mejor.

Un elemento identificado por los economistas comportamentales es que las personas tienen “aversión a la pérdida” esto quiere decir que las personas consideran que es una mayor desventaja excluir un servicio que actualmente se ofrece en el sistema de salud que negar el acceso a uno nuevo de efectividad equivalente (la percepción de pérdida es dos veces más poderosa que la percepción de ganancia).(31,32) Además de la “aversión a la pérdida” otros factores a nivel de pacientes y médicos contribuyen a que sea difícil excluir tecnologías que causan daño, que son menos efectivas o que están siendo mal usadas, entre ellas se destacan las demandas de los pacientes, el analfabetismo en salud, y la falta de vinculación de los pacientes en la toma de decisiones. (1,5,6)

Varias iniciativas han sido desarrolladas para atacar el problema del mal uso de las tecnologías, pero son fragmentadas y no bien evaluadas

Actualmente existe más información, herramientas y criterios para evaluar la seguridad, efectividad y costo-efectividad de nuevas tecnologías en salud.(33) Sin embargo, son más recientes y menos bien desarrolladas las estrategias para decidir que tecnologías excluir del financiamiento público en salud, bien porque sean poco seguras, inefectivas o francamente ineficientes. Aunque este foco es reciente, varios países han desarrollado e implementado estrategias para abordar el mal uso de las tecnologías en salud, la variedad de estrategias refleja lo complicado del tema.(34) En términos generales, las aproximaciones dirigidas a identificar mal uso de tecnologías han adoptado aproximaciones económicas relativas a las evaluaciones económicas, a los análisis de políticas donde se incluyen las perspectivas de actores interesados, o a una combinación de esos métodos.(13) Varias aproximaciones identifican las tecnologías mal usadas de evaluaciones basadas en la evidencia, destacándose el programa de análisis marginal de presupuestos (Program Budgeting Marginal Analysis-PBMA),(35–37), la re-evaluación de tecnologías en salud (Health Technology Reassessment-HTR) (38,39), o identificadas a través de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica. (17,40) Otras iniciativas están dirigidas a abordar el problema del mal uso de las tecnologías en salud (y no sólo a identificarlas), estas estrategias pueden ser clasificadas como de iniciativas lideradas por los actores interesados, tal como la campaña Choosing Wisely, la cual busca atacar la falta de comunicación entre médicos y pacientes como una causa de desperdicio en el gasto en salud,(5,18) o iniciativas lideradas por los gobiernos, tales como el aseguramiento basado en valor (Value Based Insurance Design-VBID) el cual usa incentivos económicos (por ejemplo incrementar los copagos para servicios de baja efectividad o altos riesgos), de tal manera que se promuevan elecciones costo-eficientes.(41)

Todas estas iniciativas han recibido críticas puesto que son aproximaciones fragmentadas y la evidencia sobre la que se fundamentan es escasa, muchas veces relativas a contextos experimentales que no permiten la generalización al mundo real o a todos los contextos sociales.(42,43) Además, los efectos de esas estrategias, entre ellas y comparadas con otras, no está bien establecida, y la literatura muestra que la implementación es difícil y los resultados esperados son difíciles de conseguir.(44–46)

Consideraciones relativas a la equidad

Un elemento importante del problema es cómo puede afectar de manera desproporcionada a ciertos grupos o comunidades. Abordar el mal uso de las tecnologías en salud en Colombia es un problema que podría afectar a todos los colombianos, pero, como se señaló anteriormente, esta síntesis rápida presta especial atención a las personas de bajo nivel socioeconómico. El problema del mal uso de los servicios de salud es intrínsecamente complicado, ya que rara vez tiene sentido retirar completamente los servicios de salud porque la heterogeneidad de los pacientes y la

provisión de "atención personalizada" significa que un servicio puede ofrecer poco o ningún beneficio a los pacientes con ciertos factores de riesgo, mientras que son muy beneficiosos para otros.(21) Este componente del problema puede afectar de manera desproporcionada a las personas con un estatus socioeconómico bajo porque la eliminación total o parcial de algunos servicios puede hacer que algunas personas tengan que pagar de su bolsillo los servicios necesarios. Además, el tema del mal uso de las tecnologías en salud es particularmente relevante para las personas de condición socioeconómica baja cuando se considera el costo de oportunidad de no abordar la tecnología correcta. Específicamente, no abordar el mal uso de los servicios de salud significa que los recursos del sistema se utilizan para servicios que no son necesarios, que en su lugar podrían asignarse para atender las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables que pueden no estar cubiertas.

LO QUE ENCONTRAMOS

De acuerdo con el marco conceptual desarrollado por Ellen y colaboradores,(1) tres elementos de una aproximación integradora pueden abordar el problema del mal uso de las tecnologías en salud y su definición sobre exclusión de la financiación pública. Estos tres elementos son:

- 1) la implementación de estrategias interdisciplinarias para identificar servicios en salud mal usados;
- 2) la implementación de iniciativas promovidas por los actores interesados para atacar el problema del mal uso;
- 3) la implementación de estrategias promovidas por el gobierno para atacar el problema del mal uso.

Estos elementos pueden ser implementados separada o simultáneamente, o se pueden usar componentes de una estrategia junto componentes de otra. Todo depende de las características del contexto, los actores y los servicios que se buscan excluir.

En esta sección nos enfocamos en describir la evidencia que existe al respecto, principalmente sustentada en revisiones sistemáticas. En el caso de las revisiones sistemáticas, se presentan los hallazgos clave de 18 estudios.

Elemento 1- Implementación de estrategias interdisciplinarias para identificar servicios en salud mal usados

Como sub-elementos se deben considerar:

- explorar en otros países que servicios en salud han sido excluidos de financiación pública utilizando procesos basados en evidencia y determinar si esos servicios siguen siendo utilizados en nuestro contexto;
- utilizar los mejores datos disponibles, como resultados de investigaciones y guías de práctica clínica para identificar mal uso de servicios de salud; e
- identificar los servicios de salud que deben priorizarse para exclusión total o parcial del sistema de salud a través de procesos de participación de los actores interesados y los usuarios.

En el estudio de Ellen y colaboradores (1) se describen diferentes aproximaciones para identificar servicios de salud mal usados, en la tabla 1 se resumen.

Tabla 1. Ejemplos de aproximaciones utilizadas para identificar tecnologías mal usadas

| Nombre de la estrategia | Qué países la han usado | Quien típicamente la lidera | Cómo funciona |
|--|-------------------------|---|---|
| Recomendaciones NICE “para no hacer” (“do not do” recommendations) | Inglaterra | De arriba-abajo Liderada por agencia gubernamental | <ul style="list-style-type: none">• Al utilizar las evaluaciones de tecnologías de la salud, los organismos asesores identifican áreas de práctica clínica que son ineficaces |

Cuadro 2: Identificación, selección y síntesis de la evidencia científica

Para esta síntesis rápida se identificaron 18 revisiones sistemáticas utilizando una versión adaptada, actualizada (hasta junio de 2019) y resumida de la estrategia de búsqueda realizada en el estudio de Ellen y colaboradores (1). **La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Ovid y Lilacs, y consideró los siguientes términos:** disinvest* or dis-invest* and (cost-ineffective* or costineffective* or decommission* or de-commission* or delist* or de-list* or (decremental* cost effective*) or exnovation* or ex-novation* or ineffective* or in-effective* or (little value) or "low-value" or (marginal* (valu* or (cost effective*) or analys*)) or "no longer effective" or obsolete* or obsolescen* or outdated or out-dated or outmoded or out-moded or out-of-date* or (reduc* (coverage* or use*)) or resource) and Decision Making and ((Program* Budgeting Marginal Analys#s) or PBMA).mp. or (Health Technology Reassessment* or Health Technology Re-assessment*).ti,ab. En la base de datos Health Systems Evidence se buscó sin filtros la palabra disinvestment.

Los resultados de las búsquedas fueron evaluados por un revisor para su inclusión. Se incluyeron las investigaciones que se encuadraban en el ámbito de las preguntas planteadas para la síntesis rápida.

Para cada revisión sistemática que se incluyó en la síntesis, se documentó el enfoque de la revisión, los hallazgos clave, año de búsqueda en la literatura (como un indicador de cuán reciente es), y la proporción de los estudios incluidos que se realizaron en Colombia. Luego se utilizó esta información extraída para desarrollar una síntesis de los hallazgos clave de las revisiones incluidas.

| | | | |
|---|---------------|---|--|
| | | | <p>o carecen de evidencia suficientes para apoyar su uso continuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se creó una base de datos de prácticas y procedimientos que deberían discontinuarse por completo o usarse con moderación para la toma de decisiones. |
| Revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane (40) | Internacional | Puede ser de arriba-abajo por agencias gubernamentales o de abajo-arriba lideradas por redes de investigadores, profesionales o pacientes | <ul style="list-style-type: none"> • Revisiones sistemáticas exhaustivas que abordan una pregunta de investigación claramente formulada y están diseñadas para promover la toma de decisiones informada. • Por ejemplo, NICE para desarrollar su lista de recomendaciones "para no hacer", se apoyó en revisiones Cochrane de U.K. para identificar aquellas que concluyen que una intervención aún no está lista para la práctica, o es ineficaz y no debe utilizarse. • Estas intervenciones se utilizan para desarrollar un "Informe Cochrane de Calidad y Productividad", que describe los posibles impactos de eliminar o reducir la prestación del servicio de salud. • Las áreas de enfoque al examinar las revisiones incluyen el impacto potencial en la seguridad del paciente, la atención clínica y los resultados del paciente, y en el ahorro de dinero o productividad. |
| Estudios de variabilidad en la práctica asistencial (43,47) | Internacional | Puede ser de arriba-abajo o aproximaciones colaborativas lideradas por actores interesados en diferentes niveles del sistema de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Se enfocan en la variación en la atención entre regiones, organizaciones o proveedores. • El enfoque radica en identificar aquellos usuarios que demandan altamente un servicio de salud específico (por ejemplo, aquellos que prescriben u ordenan cantidades más altas de un medicamento en una región, organización o proveedor, que en otras) para identificar estrategias que luego se pueden usar para abordar el uso excesivo (por ejemplo, a través de una o más de las estrategias presentadas en el elemento 2 sobre cambio de comportamiento). |
| Evaluación y re-evaluación de tecnologías en salud (HTA y HTR) (38,48,49) | 33 países | De arriba-abajo lideradas por el gobierno | Se enfoca en aspectos clínicos, de costo-efectividad, éticos, sociales, legales y organizacionales relativos a los servicios y tecnologías existentes |

| | | | |
|---|------------------------|---|--|
| | | | El objetivo de la evaluación de tecnologías es evaluar nuevas tecnologías, mientras que la re-evaluación se enfoca más en revisar las existentes teniendo en cuenta el ciclo de vida y obsolescencia de ellas. |
| Programa de análisis marginal de presupuestos (PBMA)(50,51) | Canadá, Estados Unidos | De arriba-abajo lideradas por agencias del gobierno, organizaciones del sistema de salud, combinados con aproximaciones de abajo-arriba que usan paneles de actores interesados | <ul style="list-style-type: none"> • Se basa en el examen de: 1) los beneficios perdidos al elegir una alternativa sobre otra; y 2) los costos adicionales de una opción frente a sus beneficios. • Los paneles de actores interesados asesores se encargan de hacer recomendaciones para la reasignación de recursos. • Una reasignación ideal de los recursos adoptados a través de PBMA maximizará los beneficios y minimizará los costos. |

Elemento 2- La implementación de iniciativas lideradas por actores interesados para abordar el mal uso de tecnologías y buscar su exclusión

Los sub-elementos pueden incluir actividades para:

- fomentar una mejor comunicación y compartir la toma de decisiones entre los proveedores y los pacientes sobre la base de recomendaciones basadas en la evidencia y las mejores prácticas clínicas;
- cambiar el comportamiento de los proveedores (por ejemplo, a través de materiales educativos, reuniones y / o actividades de divulgación) para abordar el uso inapropiado de los servicios de salud en su práctica;
- educar a los pacientes / ciudadanos sobre los servicios de salud que necesitan (por ejemplo, a través de ayudas para la toma de decisiones); y
- desarrollar campañas en los medios de comunicación para crear conciencia sobre la necesidad de abordar el mal uso de las tecnologías.

Si bien estas acciones están enmarcadas como lideradas por actores interesados del sistema de salud (es decir, clínicos, organizaciones de profesionales, investigadores y pacientes), también podrían ser lideradas por los gobiernos o en colaboración con ellos, según el sistema político y de salud.

Uno de los enfoques liderados por actores interesados más importante es la campaña “Choosing Wisely” (también se conoce como Prudent healthcare en Gales o Smarter Medicine en Suiza), que ha atraído una atención significativa, originalmente en los Estados Unidos y más recientemente en otros países del mundo (Australia, Canada, Denmark, England, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, South Korea, Switzerland, Wales, and the USA).(18)

Lanzada en abril de 2012 por la Junta Americana de Medicina Interna, la Campaña Eligiendo Sabiamente se dirige a los médicos, pacientes y otros actores interesados en un esfuerzo por crear conciencia y cambiar las actitudes sobre pruebas diagnósticas, procedimientos y tecnologías de la salud innecesariamente usadas o inapropiadamente usadas, en particular al abordar las pruebas de "rutina" que se usan con frecuencia, pero tienen una efectividad cuestionable o son potencialmente dañinas.(18,52) La campaña desarrolló su definición de servicios inapropiados a partir del Método de Adecuación de RAND, y la definió como “un servicio de atención médica [que] se proporciona en circunstancias en el que su potencial de daño supera el posible beneficio ”.(53)

Como parte de Choosing Wisely, los proveedores interesados dentro de las especialidades clínicas convocan a un panel para producir una lista de los "cinco principales" servicios de salud, pruebas diagnósticas o tratamientos en exceso

utilizados o mal utilizados en su campo de experiencia, basados en la evidencia clínica de efectividad, ausencia de daño y necesidad. Estas listas se comparten con los miembros de la sociedad profesional y se difunden al público. Además, las listas están destinadas a brindar a los médicos y pacientes la oportunidad de conversar sobre el tratamiento adecuado para una persona y, como corolario, eliminar algunos tratamientos dañinos o innecesarios que pueden haber sido parte del plan de tratamiento.(5)

Dada su reciente aparición como un enfoque para abordar el mal uso de los servicios de salud, la evidencia con respecto a sus impactos apenas comienza a emerger. Resultados preliminares muestran que los médicos que son conscientes del movimiento tienen más probabilidades de reducir el número de veces que recomiendan una prueba o un procedimiento,(6) aunque otros resultados muestran que menos de uno en cinco médicos han oído hablar de la campaña.(54) El impacto de los esfuerzos de Elegir sabiamente es complejo "(55) y aún no se ha demostrado ningún impacto sobre el uso inapropiado de las tecnologías en salud.

Elemento 3- La implementación de iniciativas lideradas por los gobiernos para abordar el uso inapropiado de los servicios de salud

Los sub-elementos pueden incluir actividades para:

- revisar las listas de productos y servicios financiados con fondos públicos;
- modificar la remuneración de los proveedores o incentivar a los consumidores a priorizar el uso de algunos productos y servicios sobre otros;
- solicitar autorización previa para el uso de servicios de salud específicos que se identifican en una lista de servicios inapropiadamente utilizados; e
- involucrar a los actores interesados y consumidores en los procesos de toma de decisiones.

Una aproximación de arriba-abajo liderada por el gobierno que ha figurado de manera prominente en la literatura que se ha identificado en la síntesis crítica interpretativa de Ellen y Colaboradores es la llamada diseño de seguros basado en valores (VBID), que se ha utilizado en los Estados Unidos.(56) El diseño del seguro basado en el valor busca promover el uso de servicios de alto valor y desalentar el uso de servicios de bajo valor mediante la modificación de los arreglos de costos compartidos. Por ejemplo, a los pacientes se les incentiva a usar alternativas de menor costo al aumentar las tarifas de bolsillo por el uso de servicios de bajo valor y a la reducción de las tarifas de bolsillo por servicios de mayor valor.(57) Una ventaja de esta iniciativa es que considera la heterogeneidad de los pacientes y condiciones en las que cada tecnología actúa diferente, ya que la cantidad de “la participación en los costos del paciente es una función del valor que el servicio específico proporciona al paciente específico”.(41)

Sin embargo, se identificó en la literatura revisada que describe este enfoque, encontramos una revisión reciente de alta calidad que evaluó el seguro basado en el valor en el contexto de las enfermedades crónicas. (58) Cada uno de los 10 estudios incluidos en la revisión encontró que el seguro basado en el valor los modelos resultaron en pequeñas mejoras (2% -5%) en la adherencia a la medicación, pero no estaba claro si se asoció con mejoras en los resultados clínicos, la utilización de la atención médica o el gasto. Además, los resultados del Experimento de seguro de salud RAND que analizan el impacto de la participación en los costos encontraron que una mayor participación en los costos se asoció con un menor uso de los servicios de salud, pero que los pacientes redujeron el uso de los servicios necesarios como innecesarios. (59)

REFERENCIAS

1. Ellen ME, Wilson MG, Vélez M, Shach6 R, Lavis JN, Grimshaw J, et al. Addressing overuse of unnecessary health services in health systems: A critical interpretive synthesis. *Milbank Q*. 2017;
2. Specchia ML, La Torre G, Calabrò GE, Villari P, Grilli R, Federici A, et al. Disinvestment in cancer care: a survey investigating European countries' opinions and views. *Eur J Public Health*. 2018 Dec;28(6):987–92.
3. República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 2015.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 330 de 2017. Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposici. 2017 p. 1–9.
5. Cassel CK, Guest JA. Choosing Wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012 May;307(17):1801.
6. Perry Undem Research/Communication. Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System What Physicians Say About The Problem, the Causes, and the Solutions Results from a National Survey of Physicians. Philadelphia, United States; 2014.
7. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. 2007 Nov;357(22):2277–84.
8. Hall EJ, Brenner DJ. Cancer risks from diagnostic radiology. *Br J Radiol*. 2008 May;81(965):362–78.
9. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract*. 1994 Sep;44(386):408–12.
10. Cumming RG, Le Couteur DG. Benzodiazepines and Risk of Hip Fractures in Older People. *CNS Drugs*. 2003;17(11):825–37.
11. Elshaug AG, Moss JR, Littlejohns P, Karnon J, Merlin TL, Hiller JE. Identifying existing health care services that do not provide value for money. *Med J Aust*. 2009;190(5):269–73.
12. Shallcross LJ, Davies DSC. Antibiotic overuse: a key driver of antimicrobial resistance. *Br J Gen Pract*. 2014 Dec;64(629):604–5.
13. Ellen ME, Wilson MG, Grimshaw JM, Lavis JN. EVIDENCE BRIEF ADDRESSING OVERUSE OF HEALTH SERVICES IN CANADA. Hamilton, Ontario; 2015.
14. Hollis A, Maybarduk P. Antibiotic Resistance Is a Tragedy of the Commons That Necessitates Global Cooperation. *J law, Med ethics*. 2015 Aug;43 Suppl 3(3_suppl):33–7.
15. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust*. 2012;197(10):556–60.
16. Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, et al. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. *Mayo Clin Proc*. 2013 Aug;88(8):790–8.
17. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ*. 2011;343:d4519.
18. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr E a. “Choosing Wisely”: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):167–74.
19. Agirrezabal I, Burgon J, Stewart G, Gutierrez-Ibarluzea I. STATUS OF DISINVESTMENT INITIATIVES IN LATIN AMERICA: RESULTS FROM A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW AND A QUESTIONNAIRE. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017 Jan;33(6):674–80.
20. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Gülmezoglu AM. Evidence-based intrapartum care in Cali, Colombia: A quantitative and qualitative study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2008;115(12):1547–56.
21. Grutters JPC, Sculpher M, Briggs AH, Severens JL, Candel MJ, Stahl JE, et al. Acknowledging Patient Heterogeneity in Economic Evaluation. *Pharmacoeconomics*. 2013 Feb;31(2):111–23.
22. Henshall C, Schuller T, Mardhani-Bayne L. Using health technology assessment to support optimal use of technologies in current practice: the challenge of “disinvestment”. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012 Jul;28(3):203–10.
23. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*. 2006 Dec;1(1):16.
24. Ibarгойen-Roteta N, Gutierrez-Ibarluzea I, Asua J, Benguria-Arrate G, Galnares-Cordero L. Scanning the horizon of obsolete technologies: possible sources for their identification. *Int J Technol Assess Health Care*.

- 2009 Jul;25(3):249–54.
25. Emanuel EJ, Fuchs VR. The Perfect Storm of Overutilization. *JAMA*. 2008 Jun;299(23):2789.
 26. Mukhi S, Barnsley J, Deber RB. Accountability and primary healthcare. *Healthc Policy*. 2014 Sep;10(Spec issue):90–8.
 27. Lee T, Kim S, Cho H, Lee J. The incidence of thyroid cancer is affected by the characteristics of a healthcare system. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2012;27(12):1491–8. Available from: <http://www.jkms.org/Synapse/Data/PDFData/0063JKMS/jkms-27-1486.pdf%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=23255848>
 28. Giacomini M, Hurley J, Stoddart G. The many meanings of deinsuring a health service: the case of in vitro fertilization in Ontario. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000 May;50(10):1485–500. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10741583>
 29. Rosenbaum L. The whole ball game--overcoming the blind spots in health care reform. *N Engl J Med*. 2013 Mar;368(10):959–62.
 30. Sanabria A, Kowalski LP, Shah JP, Nixon IJ, Angelos P, Williams MD, et al. Growing incidence of thyroid carcinoma in recent years: Factors underlying overdiagnosis. *Head Neck*. 2018 Apr;40(4):855–66.
 31. Tversky A, Kahneman D. Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty. *J Risk Uncertain*. 1992 Oct;5(4):297–323.
 32. Henshall C, Schuller T, Mardhani-Bayne L. USING HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT TO SUPPORT OPTIMAL USE OF TECHNOLOGIES IN CURRENT PRACTICE: THE CHALLENGE OF “DISINVESTMENT.” *Int J Technol Assess Health Care*. 2012 Jul;28(3):203–10.
 33. Elshaug AG, Watt Bmedsci AM, Moss Msocsci JR, Hiller Ba JE. Policy Perspectives on the Obsolescence of Health Technologies in Canada Discussion Paper. 2009.
 34. Flynn H, Gericke CA. Accelerating the adoption and diffusion of disinvestment initiatives: is a NICE way the right way? *Lancet*. 2012 Nov;380:S38.
 35. Goodwin E, Frew EJ. Using programme budgeting and marginal analysis (PBMA) to set priorities: Reflections from a qualitative assessment in an English Primary Care Trust. *Soc Sci Med*. 2013 Dec;98:162–8.
 36. Gibson J, Mitton C, Martin D, Donaldson C, Singer P. Ethics and economics: does programme budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting? *J Health Serv Res Policy*. 2006 Jan;11(1):32–7.
 37. Mitton C, Donaldson C. Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc*. 2004 Apr;2(1):3.
 38. MacKean G, Noseworthy T, Elshaug AG, Leggett L, Littlejohns P, Berezanski J, et al. Health technology reassessment: the art of the possible. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013 Oct;29(4):418–23.
 39. Noseworthy T, Clement F. Health Technology Reassessment: Scope, Methodology, & Language. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012;28(03):201–2.
 40. Garner S, Docherty M, Somner J, Sharma T, Choudhury M, Clarke M, et al. Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews. *J Health Serv Res Policy*. 2013;18(1):6–12.
 41. Chernew ME, Rosen AB, Fendrick AM. Value-Based Insurance Design. *Health Aff*. 2007 Jan;26(Suppl2):w195–203.
 42. Colla CH, Morden NE, Sequist TD, Schpero WL, Rosenthal MB. Choosing Wisely: Prevalence and Correlates of Low-Value Health Care Services in the United States. *J Gen Intern Med*. 2014;30(2):221–8.
 43. Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services? *JAMA*. 1990 Feb;263(5):669–72.
 44. Chamberlain C a, Martin RM, Busby J, Gilbert R, Cahill DJ, Hollingworth W. Trends in procedures for infertility and caesarean sections: was NICE disinvestment guidance implemented? NICE recommendation reminders. *BMC Public Health*. 2013;13(1):112.
 45. Daniels T, Williams I, Robinson S, Spence K. Tackling disinvestment in health care services: The views of resource allocators in the English NHS. *J Health Organ Manag*. 2013;27(6):762–80.
 46. Robinson S, Dickinson H, Freeman T, Williams I. Disinvestment in health— the challenges facing general practitioner (GP) commissioners. *Public Money Manag*. 2011;31(2):145–8.
 47. Chen CL, Lin GA, Bardach NS, Clay TH, Boscardin WJ, Gelb AW, et al. Preoperative Medical Testing in Medicare Patients Undergoing Cataract Surgery. *N Engl J Med*. 2015 Apr;372(16):1530–8.

48. MacKean G, Noseworthy T, Elshaug AG, Leggett L, Littlejohns P, Berezanski J, et al. Health Technology Reassessment: the Art of the Possible. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(04):418–23.
49. Leggett L, Noseworthy TW, Zarrabi M, Lorenzetti D, Sutherland LR, Clement FM. Health Technology Reassessment of Non-Drug Technologies: Current Practices. *Int J Technol Assess Health Care*. 2012;28(03):220–7.
50. Mitton C, Dionne F, Donaldson C. Managing Healthcare Budgets in Times of Austerity: The Role of Program Budgeting and Marginal Analysis. *Appl Health Econ Health Policy*. 2014 Apr;12(2):95–102.
51. Mortimer D. Reorienting programme budgeting and marginal analysis (PBMA) towards disinvestment. *BMC Health Serv Res*. 2010 Oct;10(1):288.
52. Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging Physicians and Consumers in Conversations About Treatment Overuse and Waste. *Acad Med*. 2014 Jul;89(7):990–5.
53. Lipitz-Snyderman A, Bach PB. Overuse of Health Care Services. *JAMA Intern Med*. 2013 Jul;173(14):1277.
54. Bhatia RS, Levinson W, Lee DS. Low value cardiac testing and Choosing Wisely. *BMJ Qual Saf*. 2014;24(2):89–91.
55. Bhatia RS, Levinson W, Shortt S, Pendrith C, Fric-Shamji E, Kallewaard M, et al. Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care. *BMJ Qual Saf*. 2015;(June):1–9.
56. Ellen ME, Wilson MG, Vélez M, Shach R, Lavis JN, Grimshaw JM, et al. Addressing overuse of health services in health systems: a critical interpretive synthesis. *Heal Res Policy Syst*. 2018 Dec;16(48):1–14.
57. Neumann PJ, Auerbach HR, Cohen JT, Greenberg D. Low-value services in value-based insurance design. *Am J Manag Care*. 2010;16(4):280–6.
58. Tang KL, Barnieh L, Mann B, Clement F, Campbell DJT, Hemmelgarn BR, et al. A Systematic Review of Value-Based Insurance Design in Chronic Diseases. *Am J Manag Care*. 2014;20(6):229–40.
59. Buttorff C, Tunis SR, Weiner JP. Encouraging value-based insurance designs in state health insurance exchanges. *Am J Manag Care*. 2013;19(7):593–600.
60. Healthcare Improvement Scotland. What approaches have been taken and efforts made to ensure public involvement in decision making relating to potential disinvestment in healthcare interventions and technologies. 2013.
61. Dionne F, Mitton C. Identifying disinvestment options to increase the impact of priority setting in health care organizations. *Heal care Epidemiol*. 2010;PhD(November):134.
62. Docherty M, Garner S, Littlejohns P, Clarke M. Using evidence to stop ineffective practice: The UK Cochrane Centre (UKCC) and the National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) work together. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;Suppl-233(October 2011):258.
63. Gerdvilaite J, Nachtnebel A. Disinvestment. Overview of disinvestment experiences and challenges in selected countries. Vienna: Ludwig Boltzmann Institut fuer Health Technology Assessment (LBIHTA). Wien; 2011.
64. Nelson AL, Cohen JT, Greenberg D, Kent DM. Much Cheaper, Almost as Good: Decrementally Cost-Effective Medical Innovation. *Ann Intern Med*. 2009;151(9):662–7.
65. Polisena J, Clifford T, Elshaug AG, Mitton C, Russell E, Skidmore B. Case Studies That Illustrate Disinvestment and Resource Allocation Decision-Making Processes in Health Care: a Systematic Review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(02):174–84.
66. Schmidt D. The development of a disinvestment framework to guide resource allocation decisions in health services delivery organizations. 2010.
67. Tsourapas A, Frew E. Evaluating “success” in programme budgeting and marginal analysis: a literature review. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16(3):177–83.
68. Watt AM, Elshaug AG, Willis CD, Hiller JE. Assisted reproductive technologies: A systematic review of safety and effectiveness to inform disinvestment policy. *Health Policy (New York)*. 2011;102(2–3):200–13.
69. Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, Straus SE, Hemmelgarn BR, Jeffs LP, et al. Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC Med*. 2015;13(1):255.
70. Mayer J, Nachtnebel A. Disinvesting From Ineffective Technologies: Lessons Learned From Current Programs. *Int J Technol Assess Heal Care*. 2015;5:1–8.
71. Chambers JD, Salem MN, D’Cruz BN, Subedi P, Kamal-Bahl SJ, Neumann PJ. A Review of Empirical Analyses of Disinvestment Initiatives. *Value Health*. 2017 Jul;20(7):909–18.

-
72. Seo H-J, Park JJ, Lee SH. A systematic review on current status of health technology reassessment: insights for South Korea. Heal Res policy Syst. 2016 Nov;14(1):82.

APENDICES

Las siguientes tablas proporcionan información detallada sobre las revisiones sistemáticas y los estudios primarios identificados en la síntesis rápida. La información resultante fue extraída de las siguientes fuentes:

- Revisiones sistemáticas - el enfoque de la revisión, los hallazgos clave, año de búsqueda en la literatura y la proporción de estudios realizados en Colombia; y

Toda la información proporcionada en las tablas del apéndice fue tomada en cuenta por los autores al describir los hallazgos en la síntesis rápida.

Apéndice 1: Resumen de los hallazgos de las revisiones sistemáticas sobre procesos para definir exclusiones de tecnologías en salud.

| Tipo de revisión | Enfoque de la revisión | Conclusiones principales | Fecha de publicación | Proporción de estudios realizados en Suramérica |
|---|---|---|----------------------|--|
| Scoping report | Enfoques y esfuerzos para asegurar la participación pública en la toma de decisiones sobre la exclusión en el sector salud (60) | <p>La economía del sector salud se encuentra en crisis y muchos países se ven obligados a tomar decisiones importantes sobre los servicios que se deben seguir financiando o no. Aunque para algunos esto tiene una connotación negativa, es necesario revisar con lupa esta medida y tener en cuenta los puntos de vista de todas los actores interesados relevantes, incluido el público, y garantizar que las áreas que consideran importantes se hayan considerado adecuadamente.</p> <p>En esta revisión se incluyeron 7 artículos que discutían o evaluaban los enfoques utilizados para obtener o incorporar la opinión pública al tomar cualquier decisión relacionada con las exclusiones.</p> <p>El proceso de evaluación de tecnologías en salud, concluyó que no había pruebas sólidas para sugerir que cualquiera de los enfoques utilizados en los cuatro países revisados podría considerarse un modelo de mejores prácticas para otros países.</p> <p>La mayoría de los artículos informaron que se necesita un mayor esfuerzo para permitir que el público desarrolle y exprese opiniones informadas y, en consecuencia, incorpore estas opiniones al tomar decisiones de exclusión, ya que esta palabra para algunos sugiere la denegación del acceso o la reducción de la inversión en algunos servicios.</p> | 2013 | 0/4 Inglaterra Australia España Canadá |
| Revisión sistemática [Tesis de doctorado] | Opciones de desinversión exclusión para aumentar el impacto del establecimiento de prioridades en las organizaciones de atención de la salud (61) | <p>Las opciones sobre qué financiar y qué no financiar son necesarias en la atención médica porque las demandas siempre superan la disponibilidad de recursos, y porque además, los tomadores de decisiones a menudo se encuentran entre una amplia gama de programas o intervenciones difíciles de comparar.</p> <p>En este trabajo se pudo establecer que existe una sólida base de conocimientos en la literatura de servicios de salud sobre el tema de reducción de costos o estrategias de contención, específicamente, se encontró doce estrategias distintas que se han demostrado efectivas en algunos entornos de la vida real y de estos, diez podrían usarse para generar desinversiones.</p> <p>No todas las estrategias encontradas se ajustan a todas las situaciones, pero los resultados de esta revisión demostraron que los desafíos planteados por la identificación de las opciones de exclusión no se deben a la falta de conocimiento sobre los medios para lograrlo. Dicha información está fácilmente disponible en la literatura de servicios de salud, con múltiples ejemplos de aplicaciones de la vida real.</p> <p>Es importante destacar que las diferencias observadas entre las estrategias no podrían explicarse completamente por las variaciones en los factores clave de éxito informados en la literatura, como el liderazgo y la aceptación organizativa. Sin embargo, una característica prominente presente en el caso más exitoso pero ausente en los menos exitosos fue la determinación y la comunicación, al inicio del proceso, de las áreas de la organización donde las reducciones de servicio serían aceptables</p> | 2010 | ND |

| | | | | |
|--|--|--|------|---------------|
| Revisión sistemática [Abstract de presentación oral] | Uso de la evidencia para detener la práctica ineficaz (62) | <p>Todos los sistemas de atención médica enfrentan una presión creciente para controlar los gastos sin comprometer la calidad o la seguridad del paciente. Se considera que la desinversión en intervenciones clínicas o ineficaces en cuanto a costos es clave para transferir recursos a una atención de mayor valor.</p> <p>De las 65 revisiones evaluadas, el 43% proporcionó intervenciones candidatas para la desinversión local. La cuantificación de los posibles ahorros de productividad fue difícil debido a la ausencia de datos de uso del Servicio Nacional de Salud y en la mayoría no pudo ser cuantificada. Muchas revisiones requirieron análisis adicionales por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido. Además, muchas intervenciones ya no se utilizaron o no tenían pruebas suficientes para refutar los beneficios potenciales, haciendo que las recomendaciones de desinversión sean irrelevantes o inapropiadas.</p> <p>Esta es la primera aplicación sistemática a gran escala de una base de evidencia del estándar de oro al problema de la desinversión. Desafía los supuestos de que la desinversión puede producir grandes ahorros, resalta la importancia de los procesos sólidos para evaluar las intervenciones cuando la evidencia de la investigación es inadecuada y demuestra la necesidad de datos detallados sobre el uso y los gastos de la atención médica.</p> <p>En este trabajo se identifica una brecha en la traducción entre los requisitos de los tomadores de decisiones y el contenido de las revisiones Cochrane, destacando la necesidad de mejorar la consistencia y precisión de las conclusiones de la revisión Cochrane.</p> | 2011 | Reino Unido |
| Revisión sistemática | Un enfoque transparente y basado en la evidencia para identificar servicios potencialmente ineficaces (15) | <p>En esta revisión buscaron desarrollar e implementar un proceso sistemático, basado en evidencia y transparente para identificar servicios potencialmente de bajo valor en la atención de salud. En total, 5.209 artículos fueron evaluados para su elegibilidad, lo que resultó en 156 servicios potencialmente ineficaces y / o inseguros que fueron identificados para su consideración.</p> <p>En esta revisión han confirmado que los servicios que son ineficaces y/o inseguros en toda la población de pacientes a los que se aplican son probablemente bastante raros. En la mayoría de los casos, un servicio muestra perfiles de efectividad diferencial, dependiendo de las características de la población en la que se aplica. Adicionalmente, resaltan que la investigación debe indicar las poblaciones con mayor probabilidad de beneficiarse o verse perjudicadas por los servicios, permitiendo así el desarrollo de políticas efectivas para refinar las indicaciones de cobertura y minimizar el uso fuera de estas indicaciones.</p> <p>Para los grupos que buscan una agenda de reevaluación de la tecnología de la salud, es necesario identificar el tipo de evaluación que ofrece la mayor eficiencia en un primer momento, como pueden ser las revisiones rápidas iniciales en lugar de evaluaciones de tecnología de salud completa. Estas pueden ofrecer un medio eficiente de generar valor de información para mejorar el proceso de priorización y después pasar a una revisión formal.</p> <p>Los recursos limitados significan que las naciones no pueden escapar de tener que tomar decisiones difíciles de atención médica. Identificar y reducir el uso de atención de bajo valor se está convirtiendo en una prioridad para un número creciente de gobiernos.</p> | 2012 | 0/1 Australia |

| | | | | |
|----------------------|--|--|------|--|
| Revisión sistemática | Visión general de las experiencias y desafíos de desinversión en algunos países (63) | <p>La desinversión o exclusión de tecnologías es considerada un nuevo concepto en las evaluaciones de tecnologías sanitarias y su introducción puede suponer serios desafíos, los cuales pueden estar influenciados por el contexto y circunstancias, por lo tanto, puede variar mucho de un país a otro.</p> <p>La falta de recursos dedicados para construir y apoyar los mecanismos de desinversión es uno de los desafíos más comunes identificados en los cuatro países analizados. Todos los pasos de las actividades de desinversión generan costes adicionales que afectan a los presupuestos de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Además, escasean los profesionales con la suficiente experiencia y las habilidades necesarias para iniciar proyectos de desinversión, así como para identificar y evaluar tecnologías obsoletas.</p> <p>Faltan métodos válidos y fiables para identificar, priorizar y evaluar las tecnologías obsoletas y difundir los resultados de las recomendaciones de desinversión. Los debates sobre las actividades de desinversión se La desinversión es considerada un nuevo concepto en las evaluaciones de tecnologías sanitarias y su estaban llevando a cabo en los cuatro países, pero sólo España ha publicado una directriz específica para la desinversión en sanidad.</p> <p>La difusión de las recomendaciones de desinversión se considera crucial en todos los países investigados, sin embargo, no se encontraron estrategias específicas para la aplicación de los resultados de la desinversión. Además, la falta de datos disponibles sobre las tecnologías desinvertidas y las ganancias monetarias derivadas de estas desinversiones hace imposible comparar la eficacia de los enfoques de los países con respecto a la aplicación de los programas nacionales de desinversión.</p> | 2011 | 0/4 Inglaterra España Australia Canada |
| Revisión sistemática | Reevaluación de tecnologías sanitarias de tecnologías no farmacológicas (49) | <p>Dado el costo creciente de los gastos de salud en todo el mundo, las organizaciones de salud tienen pocas opciones que participar en la reevaluación de la tecnología de salud; una evaluación estructurada, basada en la evidencia, de los efectos médicos, sociales, éticos y económicos de una tecnología, actualmente utilizada en el sistema de atención médica, para informar el uso óptimo de esa tecnología en comparación con sus alternativas.</p> <p>Se incluyeron 40 artículos en la revisión y se identificó un modelo de reevaluación, sin embargo, nunca se ha puesto en práctica. Entre ellos, ocho países tienen alguna evidencia de trabajo pasado o actual relacionado con la reevaluación y siete han mostrado evidencia de trabajo continuo. Hay un enfoque insignificante en el monitoreo y la implementación.</p> <p>La reevaluación de tecnologías sanitarias tiene un gran potencial para mejorar la calidad de la atención al paciente y la sostenibilidad de la atención médica, y aunque hay muchos desafíos, esto no es razón para evitar continuar con el proceso.</p> <p>La reevaluación se encuentra en crecimiento y si bien se están realizando exploraciones en diferentes lugares, no existe un enfoque estandarizado. Por lo cual, es necesario que trabajos futuros se centren en desarrollar y pilotar una metodología integral para completar esta metodología de trabajo.</p> | 2012 | 0/40 Australia Canadá Dinamarca Noruega Escocia España Suecia Inglaterra Estados Unidos |
| Revisión sistemática | Innovación médica decrecientemente rentable (64) | <p>En condiciones de recursos limitados, las innovaciones para ahorrar costos pueden mejorar los resultados generales, incluso cuando son ligeramente menos efectivas que las opciones disponibles, al permitir una reasignación más eficiente de los recursos.</p> <p>Se revisaron 8 innovaciones que se consideraron decrecientemente rentables. Los ejemplos incluyeron intervención coronaria percutánea (en lugar de injerto de bypass de arteria coronaria) para enfermedad coronaria de múltiples vasos, estimulación magnética transcraneal repetitiva (en lugar de terapia electroconvulsiva) para la</p> | 2009 | Sin información |

| | | | | |
|--|--|--|------|---|
| | | depresión mayor resistente a los medicamentos, la espera vigilante de las hernias inguinales y la esterilización y reutilización del hemodializador. En función de cada paciente, estas innovaciones produjeron ahorros de \$ 122 a casi \$ 12 000, pero pérdidas de 0,001 a 0,021 años de vida ajustados por calidad (aproximadamente 8 horas a 1 semana). Estos hallazgos demuestran la escasez de innovaciones rentables en términos decrecientes en la literatura médica. | | |
| Revisión sistemática | Procesos para la toma de decisiones en la atención médica con respecto a la desinversión y asignación de recursos (65) | El cambio tecnológico representa aproximadamente el 25% del crecimiento del gasto en salud, por lo cual, es necesario que las decisiones de desinversión y asignación de recursos requieran evidencia para garantizar su transparencia y objetividad. En esta revisión se incluyeron 14 estudios de caso sobre la aplicación de marcos y herramientas para la desinversión y las decisiones de asignación de recursos. La mayoría de los estudios describieron la aplicación del presupuesto del programa y el análisis marginal a nivel regional o institucional, y dos informes utilizaron métodos de evaluación de tecnología de la salud para las decisiones de cobertura en una estructura nacional de tarifa por servicio. A pesar de la disponibilidad de diferentes marcos y herramientas para la implementación, la escasez de evidencia y el uso del servicio de salud local, y los datos de costos en algunos casos impidieron el desarrollo de recomendaciones basadas en evidencia para la desinversión. Adicionalmente, se resalta que la idoneidad de un marco o herramienta dependerá de la cantidad de intervenciones que se incluirán y del contexto del sistema de atención médica. Los estudios futuros pueden revisar los requisitos de datos, desarrollar marcos de recopilación de datos para aumentar la base de evidencia y evaluar la relevancia de los estudios de vigilancia posteriores a la comercialización como un desencadenante para iniciar procesos de desinversión y de reasignación de recursos. | 2013 | 0/6 Australia Canadá Reino Unido Suecia Nueva Zelanda Escocia |
| Revisión sistemática [Tesis de maestría] | Marco de desinversiones para guiar decisiones de asignación de recursos (66) | Dentro de la atención médica financiada con fondos públicos, existe una necesidad urgente de reducir el gasto y maximizar los beneficios; sin embargo, faltan procesos para guiar las llamadas decisiones de desinversión. Las revisiones han indicado la necesidad de ampliar la definición de desinversión para incluir la identificación de servicios de menor valor si se cumplen las restricciones presupuestarias; distinga entre ahorro de costos y desinversión, lo que permite a los tomadores de decisiones una mayor flexibilidad en la forma de abordar el déficit de financiamiento; y alentar el mercado continuo y rutinario de las opciones de desinversión que ayudarán a llevar el concepto de desinversión de las sombras a la luz. La revisión reveló que se han desarrollado muy pocos procesos para identificar opciones de desinversión, sin embargo, a partir de los procesos capturados fue posible determinar atributos clave y componentes comunes que se pueden usar para identificar cuatro fases que se presume que son parte de un proceso de desinversión sólido y transparente: la identificación de candidatos para desinversión; la selección de candidatos para la implementación; la fase de implementación en la que se toman las decisiones; y la evaluación de los resultados de las decisiones y el proceso de desinversión para identificar áreas de mejora. A pesar de la necesidad crítica de que las actividades de desinversión se incorporen a los procesos de toma de decisiones, no existe un enfoque único que pueda aplicarse como una herramienta independiente o integrarse en los procesos de asignación de recursos ya existentes. | 2012 | 0/24 Estados Unidos Reino Unido Canadá Australia Italia Suiza España |

| | | | | |
|----------------------|--|---|------|--|
| Revisión sistemática | El programa de presupuesto y análisis marginal como herramienta para tomar decisiones (67) | <p>El programa de presupuesto y análisis marginal es un conjunto de herramientas para establecer prioridades que tiene como objetivo ayudar a los responsables de la toma de decisiones a identificar el uso más eficiente de los recursos.</p> <p>En esta revisión, se encontró que ésta herramienta se aplicó con éxito en el 65% de los casos cuando se definió el éxito en términos de la implementación de las recomendaciones del panel asesor; en 52% cuando se definió el éxito en términos de que los participantes obtuvieran una mejor comprensión del área de interés; en 48% cuando el éxito se definió en términos de desinversión o reasignación de recursos y en 22% cuando el éxito se definió en términos de adopción del marco para uso futuro. La tasa de éxito está claramente influenciada por cómo se define el éxito.</p> <p>Un problema importante que se encontró al aplicar ésta herramienta fue la dificultad que tuvieron los participantes para sugerir opciones para la desinversión, dado que las personas no estaban dispuestas a hacer concesiones o les resultaba difícil considerar otra cosa que no fuera la expansión del servicio.</p> <p>Se encontró que el éxito de ésta herramienta dependía de varios factores: composición / función del panel asesor; el nivel de apoyo proporcionado; el nivel de comprensión del proceso actual de establecimiento de prioridades y la estructura y los datos locales.</p> | 2011 | 0/4 Reino Unido Australia Nueva Zelanda Canadá |
| Revisión sistemática | Factores claves de las tecnologías de reproducción asistida para informar la política de desinversión (68) | <p>Las tecnologías de reproducción asistida han sido la fuente de un importante debate social, médico y político en los últimos cuarenta años, durante el cual se han establecido bien, se han aceptado ampliamente y se han utilizado cada vez más.</p> <p>En la revisión se incluyeron 68 artículos y en su mayoría fueron estudios de cohorte. En general, se encontró poca coherencia en la base de evidencia con respecto a ciertas características metodológicas (como los grupos de edad empleados), lo cual, limitó la capacidad de agrupar estos datos de manera efectiva y apropiada para realizar análisis únicos.</p> <p>Con respecto a estas tecnologías, hay un gran volumen de investigación; sin embargo, hay varias formas en que esta base de evidencia podría desarrollarse para proporcionar una mayor certeza clínica y una mayor relevancia política. Puede ser necesario involucrar a los responsables de políticas para que especifiquen cómo se pueden generar datos más relevantes; sus expectativas de la información y las áreas en las que ven margen para la participación política. En su forma actual, esta base de evidencia presenta un desafío sustancial para la evaluación de manera relevante y oportuna en su contribución al desarrollo de decisiones sólidas de financiamiento de políticas de salud.</p> <p>Si bien las mejoras en la base de evidencia de estas tecnologías reducirían la incertidumbre con la que los formuladores de políticas lidian, ya que necesariamente equilibran las consideraciones clínicas con las fiscales, sociales, éticas, políticas y otras, la interpretación de esta evidencia por parte de los interesados servirá de manera valiosa para ayudar a los formuladores de políticas a acercarse a la decisión.</p> <p>Hacer en casos de incertidumbre y aumentar la transparencia del proceso político.</p> | 2011 | 1/68 Egipto España Francia Israel Estados Unidos Finlandia Singapur Japón Australia Países Bajos Italia Bélgica Reino Unido Turquía Hong Kong Corea Alemania Grecia Brasil Polonia |
| Revisión sistemática | Propuesta de modelo para la eliminación de prácticas de bajo valor (69) | <p>La eliminación de prácticas clínicas de bajo valor es esencial para mejorar la calidad de la atención médica y crear un sistema de atención médica sostenible.</p> <p>En la revisión se incluyeron 109 artículos, donde, la prevalencia de las prácticas de bajo valor varió del 16% al 46%, y dos estudios se identificaron más de 100 prácticas de bajo valor. Adicionalmente, once trabajos describieron 13 marcos para guiar el proceso de eliminación, a partir del cual se desarrolló un modelo para facilitar la eliminación.</p> <p>Primero, se requieren las síntesis de conocimiento para explorar áreas en las que</p> | 2015 | 0/109 Canadá Estados Unidos Reino Unido Bélgica Dinamarca Francia Grecia |

| | | | | |
|----------------------|--|---|------|---|
| | | <p>existe una gran cantidad de literatura, como establecer una taxonomía de terminología de eliminación, resumir las barreras y facilitadores de la eliminación, y cuantificar el impacto de ejemplos anteriores de eliminación.</p> <p>En segundo lugar, se requiere investigación empírica para examinar estrategias óptimas para identificar las prácticas candidatas de bajo valor y para determinar qué estrategias de eliminación probablemente tengan el mayor impacto.</p> <p>Con base a lo anterior, se ha desarrollado un modelo conceptual que los proveedores y los tomadores de decisiones pueden usar para guiar los esfuerzos para eliminar las prácticas ineficaces y dañinas.</p> <p>En el corazón de este marco se encuentra la identificación y priorización de prácticas de bajo valor.</p> | | <p>Italia Países Bajos España Australia Nueva Zelanda</p> |
| Revisión sistemática | Diseño de seguros basados en el valor en enfermedades crónicas (58) | <p>El diseño de seguro basado en el valor (DSBV) es un modelo de participación en los costos del seguro en el que los pacientes pagan menos por los medicamentos que se consideran de mayor valor.</p> <p>Se identificaron diez estudios donde la constante fue la heterogeneidad en las poblaciones de estudio y las intervenciones, la baja calidad general del estudio y la falta de informes de errores estándar.</p> <p>En la revisión todos los trabajos reportaron una mejora en la adherencia a la medicación para los medicamentos sujetos a DSBV, de entre 2 y 5 puntos porcentuales. El impacto en los resultados clínicos fue incierto, con solo 1 estudio que informó sobre esto, no observando diferencias en el resultado primario, sino una reducción en los resultados secundarios adversos con DSBV.</p> <p>De los cuatro estudios que examinaron el impacto de DSBV en los gastos de atención de salud, DSBV tendió a aumentar el gasto general de medicamentos recetados, aunque tres de los cuatro estudios informaron costos generales de atención médica similares debido a la disminución del gasto médico no relacionado con medicamentos.</p> <p>El DSBV se asocia con una mejor adherencia a la medicación, pero sus efectos en los resultados clínicos, la utilización de la atención médica y el gasto siguen siendo inciertos.</p> | 2014 | No especificado |
| Revisión sistemática | Procesos y experiencias de programas para identificar tecnologías de salud ineficaces (70) | <p>Esta investigación analizó procesos y experiencias de programas para identificar tecnologías de salud ineficaces. El objetivo de este estudio fue dilucidar los factores que facilitan la implementación.</p> <p>De las 593 referencias recuperadas de la búsqueda sistemática y la búsqueda manual en total, se incluyeron 120. Siete programas para la identificación, priorización y evaluación de tecnologías de salud ineficaces a nivel nacional, regional y local cumplieron con los criterios de inclusión. Los autores concluyeron que los programas son bastante similares en cuanto a sus objetivos, grupos objetivo y criterios de identificación y priorización. Los resultados, principalmente los informes o listas de HTA, se difunden principalmente a través de Internet. Los programas de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba tienen beneficios en términos de implementación de recomendaciones, ya sea como pautas y decisiones vinculantes o como información no vinculante para los médicos y otras partes interesadas. Los facilitadores cruciales de la implementación son la voluntad política, los procesos transparentes y la amplia participación de los interesados centrados en los médicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los términos de búsqueda principales incluyen desinversión, intervenciones y tecnologías ineficaces u obsoletas, reasignación y reevaluación. - En la tabla 3 pág. 4, se resumen los programas identificados. <p>Los hallazgos clave en este documento son (pág. 2):</p> | | <p>0/4 España Suecia Reino Unido Estados Unidos Australia</p> |

| | | | | |
|----------------------|---|---|------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Los presupuestos limitados hacen imperativo el debate sobre la desinversión / reevaluación. Los tomadores de decisiones deben dejar de invertir en nuevas tecnologías de salud sin desinvertir en otras ineficaces e inseguras al mismo tiempo. - La voluntad política y el apoyo es crucial. - Las partes interesadas, especialmente los médicos, deben participar desde el principio. - Si el entorno es de apoyo, todos los programas tienen el potencial de ser exitosos. - A pesar de las diferencias en la conducta y los métodos, los programas analizados son bastante similares en varios aspectos. - Se necesita más investigación sobre el impacto de los programas analizados para apoyar su introducción en una escala más amplia. | | |
| Revisión sistemática | Identificar y evaluar la experiencia internacional con iniciativas de desinversión (71) | <p>La desinversión en servicios de atención médica de bajo valor brinda oportunidades para invertir en atención de mayor valor y, por lo tanto, un aumento en la eficiencia de la atención médica. Este trabajo buscó identificar la experiencia internacional con iniciativas de desinversión y revisar los análisis empíricos (evaluaciones) de las iniciativas de desinversión. Identificaron 26 iniciativas únicas de desinversión implementadas en 11 países. Diecinueve abordaron múltiples tipos de intervención, seis abordaron solo medicamentos y uno abordó solo dispositivos. Revisaron 18 análisis empíricos de iniciativas de desinversión: 7 informaron que la iniciativa fue exitosa, 8 informaron que la iniciativa no tuvo éxito y 3 informaron que los hallazgos fueron mixtos; es decir, el estudio consideró varios servicios y encontró una disminución en el uso de algunos, pero no de otros. Se evaluaron 37 servicios de bajo valor en 18 análisis empíricos, en 14 (38%) de estos la iniciativa de desinversión condujo a una disminución en el uso. Seis de los siete estudios que informaron que la iniciativa de desinversión tuvo éxito incluyeron un intento de promover la iniciativa de desinversión entre los médicos participantes.</p> <p>El éxito de las iniciativas de desinversión ha sido mixto, en donde menos de la mitad de los estudios empíricos identificados informan que se redujo el uso del servicio de bajo valor. Los hallazgos sugieren que la promoción de la iniciativa de desinversión entre los clínicos es un componente clave para el éxito de la iniciativa de desinversión.</p> | 2017 | 0/11 Australia Canadá Dinamarca Francia Nueva Zelanda Escocia España Reino Unido Estados Unidos Japón Holanda |
| Revisión sistemática | Describir (19) | <p>La 'desinversión de tecnologías sanitarias existentes' que brindan un bajo o nulo beneficio para la salud debido a su costo puede ser utilizada como una herramienta para mejorar el acceso a tecnologías efectivas, al tiempo que garantiza la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud. El objetivo de esta investigación fue identificar iniciativas de desinversión en países latinoamericanos (LA). Realizaron una revisión sistemática de la literatura y enviaron un cuestionario en línea a expertos en LA para evaluar si existen iniciativas de desinversión en la vida real no publicadas. 11 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Solo dos de estos presentaron información sobre iniciativas potencialmente identificables como actividades de desinversión-inversión en Brasil y Perú. Nueve encuestados completaron el cuestionario (uno del IETS en Colombia), y cuatro de Argentina, Brasil y México informaron que se habían llevado a cabo iniciativas de desinversión en sus respectivas organizaciones. Esta falta de acuerdo entre la SLR y las respuestas al cuestionario muestra que las iniciativas de desinversión están en curso. Muchos desafíos deben superarse para que una iniciativa de desinversión tenga éxito, y compartir experiencias particulares con la comunidad internacional aumentaría las</p> | 2017 | Brazil Peru Uruguay Colombia |

| | | | | |
|----------------------|--|---|------|--|
| | | posibilidades de resultados positivos. El presente estudio destaca la necesidad de publicación de tales experiencias en ALC. | | |
| Revisión sistemática | Proponer un modelo de reevaluación de la tecnología de salud (RETS) (72) | EL objetivo de este trabajo fue investigar sistemáticamente el estado actual y la metodología de reevaluación de la tecnología de salud (RETS) en varios países para obtener información útil para el sistema de salud en Corea del Sur. Para esto, la revisión se realizó utilizando síntesis narrativa para comprender y resumir el proceso y las políticas de RETS. Cuarenta y cinco estudios, cumplieron con los criterios de inclusión. Hubo similitudes en los procesos de RETS, a saber, el uso de las agencias existentes de evaluación de tecnología de salud, la identificación de la tecnología candidata para reevaluación y el establecimiento de prioridades a reevaluar, la participación de los interesados, el apoyo para la cobertura de reembolso y las estrategias de implementación. Teniendo en cuenta los resultados de la revisión sistemática en el contexto del entorno sanitario doméstico en Corea, se desarrolló un modelo RETS. Este modelo incluyó cuatro etapas, las de identificación, priorización, reevaluación y decisión. Sobre la base de las lecciones aprendidas de las experiencias de otros países, Corea debe hacer esfuerzos para establecer un proceso de RETS que optimice el sistema de seguro nacional. | 2016 | 0/7 Reino Unido, Australia, Canadá, España, Suecia, Dinamarca y los Estados Unidos de América |



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina