

---

## Sobreutilización de atención médica: cuando más parece ser menos.

**Carlos Thomas**

**Jorgelina Álvarez**

Se analizan las causas y características del fenómeno del sobreuso en atención médica y sobrediagnóstico y sus consecuencias en la calidad, equidad y financiamiento de servicios de salud. Se consideran acciones correctivas.

Durante muchos años tuvimos la sensación que los servicios médicos nunca podían ser excesivos, al contrario, cuanto más mejor. Sin embargo en las últimas décadas se observa que la sobreutilización puede tener impacto negativo en la salud y a la vez ocasionar un importante incremento de los costos. En E.E.U.U se estima que el 30% del gasto en salud se debe a esta causa (1). En Argentina no existen datos sobre ello.

¿Qué es la sobreutilización, u “*overuse*” como se menciona en inglés? La sobreutilización es definida como la indicación de medicamentos, realización de procedimientos o pruebas diagnósticas cuando los riesgos de causar efectos indeseables *exceden* los posibles beneficios, cuando las mejoras que se pueden aportar son *mínimas en relación a sus costos* o cuando se cree que los pacientes *rechazarían* determinado tratamiento si estuvieran bien informados (2). Se incluye aquí el sobrediagnóstico, fenómeno que ocurre cuando las personas son diagnosticadas de enfermedades que nunca les causarían síntomas ni les acortarían la vida y que en cambio el tratamiento y el seguimiento para tratar esta enfermedad traerán daños y costos sin aportar ningún beneficio (3).

Algunos ejemplos:

- Repetir el screening para cáncer colorectal antes de los 10 años de una colonoscopia de alta calidad, en personas de riesgo promedio, tiene un daño potencial mayor al beneficio potencial.
- Realizar tratamiento quimioterápicos en pacientes con enfermedad terminal es probable que tenga mayores perjuicios que beneficios.
- En el screening para osteoporosis en mujeres menores de 65 años sin factores de riesgo, la magnitud del beneficio potencial es inapreciable en relación a los costos.
- Algunas situaciones plantean una contraposición entre supervivencia y calidad de vida. La decisión compartida ayudando al paciente a resolverla puede evitar

un servicio no deseado por el paciente, p.ej: iniciar o no tratamiento con hemodiálisis.

- El screening mamográfico para detección precoz de cáncer de mama está indicado cada 2 años en mujeres de 50 a 70 años. Realizarlo antes de esa edad y anualmente no trae beneficios en la disminución de la mortalidad, aumenta el daño por los falsos positivos y aumenta los costos.
- La continua reducción de los umbrales diagnósticos que puede llevar a que personas sanas y asintomáticas sean consideradas enfermas (reducción de los valores considerados normales para el colesterol, recientemente el umbral para considerar hipertensión arterial) y en consecuencia recibir tratamiento que además de innecesario puede causar más riesgos que beneficios.
- El examen de antígeno prostático en hombres mayores de 50 años aún no es avalado como prueba de screening poblacional, entre otras causas, a raíz de la baja evidencia sobre sensibilidad/especificidad de la prueba diagnóstica, que posiblemente pueda identificar falsos positivos o inducir tratamientos.

Esta situación es fuertemente influida además por: la formación y cultura médica, el pago por prestaciones, el marketing agresivo de los desarrolladores de tests, drogas y procedimientos, la medicina defensiva, la preferencia cultural por las soluciones tecnológicas y la falta de transparencia sobre los verdaderos costos de la atención médica (4). Alberto Agrest, prestigioso médico clínico argentino, afirmaba en 1992 refiriéndose a la creciente tendencia a la medicalización de hechos normales y a confundir riesgos poco significativos con enfermedades que deberían ser diagnosticadas precozmente y tratadas “Medicalicemos a la humanidad, parece un grito de guerra. Los adalides de ésta nueva doctrina son los expertos en marketing.” (5)

Hasta ahora la formación médica y las sociedades científicas han destinado muchos esfuerzos a lograr el uso apropiado de los recursos tratando de evitar subutilización y muy pocos se ha hecho para combatir la sobreutilización. La sobreutilización sistemática es un fenómeno generalizado y como vimos se asocia con altos costos y pocos o ningún beneficio para la salud (6). Sin embargo, nunca se llama no ético a quien dilapida recursos en salud, a pesar de que el desperdicio de recursos significa menos servicios útiles para el conjunto de la población.

¿Qué hacer para revertir esta situación?

Un elemento común y central en todos estos factores es que contar con *aseguramiento explícito de un conjunto de prestaciones*, esto es, priorizadas y críticamente evaluadas, con el objetivo de alcanzar **calidad, equidad y financiamiento**, podría hacer más racional

el uso de tecnologías sanitarias. La **calidad** de la atención en salud, entendida como el aseguramiento de los mejores resultados en el paciente con los mínimos riesgos de daño y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”, ha sido uno de los principios rectores de los sistemas sanitarios más justos en el mundo. Uno de sus dominios incluye la provisión de intervenciones efectivas, estableciendo criterios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación basados en la evidencia científica y adaptada a los contextos locales y preferencias de la población (7).

El sobreuso y sobrediagnóstico junto a la variabilidad de la práctica clínica son signos y síntomas de una *baja calidad técnica* en la provisión de servicios de salud. Algunas de las estrategias para tratarlas son:

- La incorporación de los medicamentos y tecnología evaluada a través de un organismo de autoridad estatal que establezca de modo transparente cual es *el valor* que los mismos tienen en relación a los beneficios terapéuticos y a la calidad técnica deseada. Rol que se espera cumplan organismos como Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Comités de Tecnologías y Medicamentos de alto costo, Comités evaluadores Ministeriales, etc.
- La Incorporación a los servicios asistenciales de guías de práctica clínicas sobre diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades cuya mayor afectación poblacional tienen, permite entre otros beneficios la seguridad en la atención del paciente y el continuo asistencial. Rol que desempeñan los Comités de Calidad Asistencial, los organismos de autoridad estatal que coordinen la formación y el desarrollo de guías clínicas, la formación post graduación en la medicina basada en la evidencia y la economía de la salud. En nuestro país tenemos múltiples sociedades científicas, las que deben ser actores del proceso de calidad asistencial mediante un método transparente y científico a la hora de emitir recomendaciones clínicas.

La **equidad**, entendida como ausencia de desigualdades evitables en salud (8) y sus componentes acceso y financiamiento a servicios de salud de calidad afectan directamente los resultados de salud de la población: cualquiera sea su cobertura, que en nuestro país adopta características especiales debido a los múltiples financiadores y prestadores. En este sentido el sobreuso y el sobrediagnóstico son impulsores de *menos acceso y peor financiamiento*, que es lo lleva a *mayor inequidad* en los resultados de salud.

En este sentido se proponen estrategias como:

- El establecimiento de un Paquete de beneficios en Salud (9) entendido como conjunto de pares necesidad-tecnología, que permiten explicitar los beneficios y legitimación social. Su elaboración implica un proceso de priorización, participativo y transparente, a través de organismo tales como Agencias de Tecnologías Sanitarias, Programas de Cobertura y evaluación de tecnologías sanitarias, del que participan todos los actores involucrados. Nuestro país dispone del Programa Médico Obligatorio, pero paradójicamente, el mismo se ha transformado, al incluir drogas y técnicas no evaluadas, en talón de Aquiles del sistema de salud que divide a prestadores, pacientes e incluso jueces.
- El establecimiento de un modelo de pago por modulo de tales prestaciones, de manera de compartir los riesgos y desalentar el sobreuso.

La ausencia de calidad técnica y de equidad sanitaria como objetivos programáticos favorece la judicialización de la salud y la inseguridad jurídica, mediante normas obsoletas. Muchas veces permite a jueces y tribunales a adoptar medidas que corresponden por conocimiento y ámbito al sector Salud. Los Planes de Beneficios en Salud son un instrumento para promover la exigibilidad del derecho a la salud y enfrentar los problemas de cobertura y financiamiento. Ejemplo de ellos son el Plan de Garantías Explícitas en Chile (AUGE), y el Plan Integral de Atención a la Salud (Uruguay).

Finalmente respecto al financiamiento y su relación al sobreuso de tecnologías médicas resulta a la vista que no resolver la selección y uso de tecnologías redundante en *menos eficiencia* en términos de presupuesto, y más desigualdades en el acceso. Por razones de equidad sanitaria, asegurar que las personas tengan acceso a los servicios de salud sin pasar dificultades financieras para pagarlos, requiere poner atención sobre la eficiencia del uso de los recursos económicos (10).

En conclusión, nuestras provincias requieren prontas acciones en materia de selección, evaluación e incorporación de medicamentos, dispositivos, equipamiento como así también en recomendaciones de uso rigurosamente analizadas y adaptadas a nuestro contexto local. El verdadero desafío en salud es ser reformista, y las reformas requieren conocimiento, diálogo, transparencia y acuerdos que se transformen en políticas. A la luz de los avances tecnológicos en salud, ahora sospechamos que no siempre más y mejor tecnología es más salud.

## **Bibliografía**

- 1- Korenstein, D et al. ) Overuse of Health Care Services in the United States An Understudied Problem. Arch Intern Med. 2012;172(2):171-178. doi:10.1001/archinternmed.2011.772
- 2- Lipitz-Snyderman, Allison PhD1; Bach Peter B , MD, MAPP1. Overuse of Health Care Services When Less is More ... More or Less. JAMA Intern Med. 2013 Jul 22
- 3- Martin Alvarez, R.; Tranche Ipaguirre S. Sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan. Revista Atención primaria. 2016; 48 (10):619-620 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-resumen-sobrediagnostico-cuando-las-personas-reciben-S0212656716304929>
- 4- Emanuel, Ezekiel J; Fuchs Victor R. The Perfect Storm of Overutilization. JAMA. 2008; 299(23):2789-2791. doi:10.1001/jama.299.23.2789
- 5- Agrest, A. De doctores en medicina a concesionarios médicos. Revista Medicina. 1992 Vol. 52, n°2 pag. 184
- 6- Nassery, Najlla et al. Systematic Overuse of Healthcare Services: A Conceptual Model [Appl Health Econ Health Policy](#). 2015 Feb;13(1):1-6. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5511697/>. (accessed Dic 23 2017)
- 7- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville. The Six Domains of Health Care Quality. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/sixdomains.html> accessed Dic 27 2017)
- 8- OMS. Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos. La Equidad en Salud. 2010. Disponible en <http://www.who/healthequity.html>
- 9- BID. Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Ignez Tristao, editores. México, 2014. Disponible en [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes\\_de\\_beneficios\\_en\\_salud\\_de\\_America\\_Latina.pdf](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf) (accessed Dic 27 2017)
- 10- OMS. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Genova, 2010. Disponible en <http://www.who.int/whr/2010/es/> (accessed Dic 27 2017)