



BREVE 27

DESINVERSIÓN EN SALUD: UN ACERCAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA

Extraído del Webinar presentado por María Eugenia Esandi
Marzo 24 de 2023

Social Protection and Health Division
Inter-American Development Bank
www.iadb.org/es/salud - sci-sph@iadb.org

Copyright © 2023. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Acrónimos:

DIANA Salud: Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud

ETS: Evaluación de Tecnologías Sanitarias

HTAi: Health Technology Assessment International

MAPAC: Mejorar la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica

MIdCanDes: Marco para Identificar potenciales candidatos para desinversión

SHARE: Sustainability in Healthcare by Allocating Resources Effectively -SHARE- program



DESINVERSIÓN EN SALUD: UN ACERCAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA

Introducción:

El término desinversión en salud se utiliza con un amplio rango de significados, aunque la definición más habitualmente empleada es la propuesta por Elsaugh: “desinversión es el proceso de retirar (parcial o completamente) el financiamiento de ciertas prácticas, procedimientos y/o tecnologías existentes que son consideradas de bajo o nulo valor en relación con su costo y, por lo tanto, no representan una asignación eficiente de recursos”². Es importante destacar algunos elementos clave de esta definición.

En primer lugar, la desinversión implica un proceso que busca optimizar la atención y reasignar recursos a alternativas mejores. Esto incluye identificar y priorizar tecnologías, evaluarlas y, si es necesario, dejar de usarlas.

A veces se usan diferentes términos para describir la desinversión, como “re-evaluación de tecnologías sanitarias” o “re-adecuación de prácticas clínicas”. Algunos prefieren usar términos alternativos, ya que “desinversión” suena negativo y puede ser difícil de implementar debido a barreras internas y sesgos cognitivos. Distintas organizaciones han utilizado otras expresiones, como por ejemplo, DIANA Salud, “Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud”³, la iniciativa MAPAC (“Mejorar la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica”)⁴ o la iniciativa “Elegir Sabiamente” (“Choosing Wisely”), de alcance internacional. En Australia, la red de servicios de salud del Departamento de Victoria, implementó un programa de desinversión al que denominó: Programa de Sostenibilidad de la Atención de la Salud a través de la Asignación Efectiva de Recursos (en inglés, “Sustainability in Healthcare by Allocating Resources Effectively -SHARE- program”).⁵

En segundo lugar, los procesos de desinversión se centran en tecnologías sanitarias existentes o establecidas de bajo o nulo valor. El concepto tradicional del ciclo de vida de las tecnologías sanitarias se describe de manera lineal: habitualmente, una vez que se introduce una nueva tecnología, ésta permanece sin ser evaluada hasta que deja de ser utilizada por los profesionales de la salud. Bajo esta

concepción, las tecnologías siguen una trayectoria lineal, desde su introducción en el sistema hasta su obsolescencia.⁶

Cuando una tecnología se vuelve obsoleta y es reemplazada por otra alternativa superadora, es una tecnología de bajo o nulo valor. Sin embargo, existen otras situaciones en la que la misma tecnología puede ser de valor para ciertas situaciones y de bajo o nulo valor en otras. En efecto, una tecnología puede estar en distintas etapas en un mismo momento en el tiempo: puede ser experimental para ciertas indicaciones y establecida o incluso obsoleta para otras o también, puede presentar innovaciones incrementales luego de ser aceptadas para la práctica clínica. Esto es así, porque habitualmente el ciclo de vida de una tecnología es multifacético y multidimensional, dependiendo del número y naturaleza de sus usos.⁷

Por definición, una tecnología obsoleta⁸, es siempre susceptible a desinversión; sin embargo, lo que mejor define a una tecnología como candidata a desinversión, más que la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra, es el valor asociado a su uso: el uso de una tecnología es de bajo o nulo valor cuando no es seguro o aporta poco o ningún beneficio en salud en relación a su costo, y por tanto representa una asignación no eficiente de los recursos en salud.

Esta concepción representa un enorme desafío para quienes trabajan en el campo de la evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS), no sólo porque extiende sus fronteras más allá de la evaluación de las nuevas tecnologías a la evaluación continua una vez que su uso ha sido aprobado, sino también porque los confronta con la necesidad de desarrollar e implementar nuevas estrategias y metodologías para hacer frente a esta nueva demanda.

Por último, si queremos que la desinversión sea un éxito, debemos asegurarnos de que los recursos liberados de tecnologías y prácticas de bajo valor se reasignen a aquellas que son beneficiosas y seguras, y que representan una asignación eficiente de recursos. Es en esta reasignación donde se encuentran las grandes oportunidades para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud.

Marco para la identificación de potenciales candidatos a desinversión basado en la evidencia: una propuesta metodológica

Antecedentes y fundamentos

En el año 2017 la Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTAi) promovió el desarrollo de un Manual Metodológico para Desinversión y en este marco se propuso incluir un capítulo exclusivamente focalizado en la identificación de potenciales candidatos a desinversión.

En una primera revisión rápida de distintas iniciativas de desinversión a nivel global, se encontraron múltiples metodologías y abordajes para la identificación de tecnologías que podrían ser sujetas a procesos de desinversión. Con el fin de contribuir a facilitar esta tarea, se decidió elaborar un marco para la identificación de potenciales candidatos a desinversión basado en la evidencia. Este marco se sustentó los resultados de una **revisión interpretativa de la evidencia**, que combinó la evidencia empírica (revisión de revisiones sistemáticas sobre desinversión sanitaria) con la evidencia teórica conceptual (**figura 1**).⁹

La síntesis de la evidencia empírica se realizó a partir de 17 revisiones sistemáticas que incluían y describían 45 iniciativas sobre desinversión a nivel global, desde el año 1976 hasta el año 2018 (**figura 2**).

Los resultados de esta revisión se analizaron a la luz del marco conceptual propuesto por Lomas y col. denominado *“Conceptualización y Combinación de la Evidencia para la Guía del Sistema de Salud”*.¹⁰ Según Lomas, existen tres categorías básicas de evidencia: “investigación de efectividad médica” (evidencia científica libre de contexto); “investigación orientada a las ciencias sociales” (evidencia científica sensible al contexto); y “la experiencia, puntos de vista, valores y realidades de las partes interesadas” (evidencia coloquial). Paprica A. y col. destacaron la importancia de utilizar esta conceptualización amplia de la evidencia en su investigación sobre el desarrollo y aplicación de herramientas para desinversión en Ontario, Canadá.¹¹

Sobre la base de esta definición amplia de la evidencia y la revisión de las distintas iniciativas de desinversión relevadas, se identificaron tres tipos de evidencia que son utilizadas en la identificación de tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor por las distintas organizaciones:

» **“Evidencia científica libre de contexto”**: Este tipo de evidencia incluye, por ejemplo, los resultados de revisiones sistemáticas de la literatura, los reportes de evaluación de tecnologías sanitarias; las guías de práctica clínica; las evaluaciones económicas en salud. En otras palabras, incluye evidencia sobre efectividad clínica, seguridad y/o costo-efectividad. El Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido empleó este tipo de evidencia al utilizar las revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane para identificar tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor.

» **Evidencia ligada al contexto**: Incluye todo tipo de evidencia local que pueda contribuir a informar sobre el uso inapropiado de prácticas, como por ejemplo, estudios de variabilidad clínica en un contexto determinado. La iniciativa ATLAS en España utiliza los estudios de variabilidad clínica para identificar prácticas o tecnologías de bajo o nulo valor.

» **“Evidencia coloquial”**: Incluye la evidencia sustentada en la experiencia, creencias, valores y realidades percibidas por los actores involucrados. Este tipo de evidencia está relacionada con el conocimiento de aquellos actores que están directamente involucrados en el uso de una tecnología y que tiene un valor crucial al momento de identificar los potenciales candidatos a desinversión. SHARE, una iniciativa australiana sobre desinversión en salud, empleó la evidencia coloquial para identificar potenciales candidatos a desinversión, solicitando a los propios profesionales de la salud que nominen prácticas o tecnologías que consideraban eran de bajo o nulo valor.

La revisión de las distintas iniciativas no sólo evidenció que las organizaciones emplean distintos tipos de evidencia para identificar potenciales candidatos a desinversión, sino también que emplean distintos métodos e incluso términos para describir dichos métodos. Por ejemplo, los *“mecanismos”* descritos por Niven D. y col.¹² son similares a los *“criterios de alerta (o disparadores)”* propuestos por Elsaugh¹³ o *“los enfoques de consultas en curso”* propuestos por el Foro de Políticas de HTAi.¹⁴ Asimismo, Mayer y col. diferencia *“criterios”* de *“métodos”* (métodos basados en la literatura de métodos basados en la opinión de expertos).¹⁵

Por este motivo, y sobre la base de los resultados de esta revisión interpretativa, se diseñó la nueva propuesta metodológica, el Marco para Identificar potenciales candidatos para desinversión (MIdCanDes), a través del cual se busca facilitar el proceso de identificación de las tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor por parte de las organizaciones de salud.¹⁴ El marco posee tres componentes centrales: el “enfoque general”, los “alertas” (criterios para la identificación) y los “Métodos” (**Tabla 1**).

Figura 1. Evidencia empleada en el diseño del marco para la identificación de potenciales candidatos a desinversión

Fuente: Elaboración propia

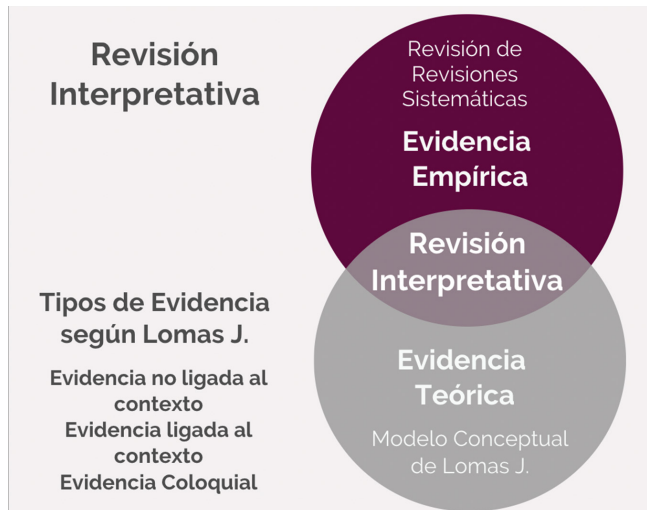


Figura 2. Iniciativas sobre desinversión identificadas a partir de la revisión de 17 revisiones sistemáticas

Fuente: Elaboración propia



Tabla 1. Componentes centrales del Marco para la Identificación de potenciales candidatos para desinversión (MIdCanDes)

ELEMENTOS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Enfoque general	Se refiere al tipo de evidencia que se empleará para identificar los potenciales candidatos a desinversión.
Alertas (o disparadores)	<p>Se refiere a un conjunto de criterios estandarizados para identificar las tecnologías candidatas para la desinversión. Existen distintos tipos de alertas para cada tipo de evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Alertas basadas en la evidencia científica no ligada al contexto: incluyen alertas sobre ineffectividad de la tecnología, falta de efectividad demostrada, problemas de seguridad, ineficiencia, inadecuado balance de riesgos y beneficios. » Alertas basadas en la evidencia local, ligada al contexto: variaciones geográficas en el uso de una tecnología, variaciones acentuadas en las tasas de uso entre proveedores o a lo largo del tiempo, inconsistencia entre la práctica observada y la esperada. » Alertas basadas en la evidencia coloquial: percepciones o experiencias negativas de usuario de los trabajadores, gestores o financiadores.
Métodos	Se refiere a los métodos que empleará cada organización para aplicar las alertas e identificar los potenciales candidatos a desinversión. Estos métodos pueden ser aplicados por las organizaciones de manera episódica, por ejemplo, a través de una investigación (métodos ad-hoc) o bien, de manera regular (métodos embebidos).

Enfoque general para la identificación de potenciales candidatos para desinversión

El marco propone el uso de un *enfoque informado en la evidencia*, considerando la definición amplia de evidencia propuesta por Lomas J. y col. El enfoque general depende del tipo de evidencia que la organización desea o puede utilizar para identificar las tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor.

Dependiendo de los recursos o tiempo que disponga, puede utilizar una, dos o los tres tipos de evidencia. A partir de esta combinación se dan siete posibles enfoques: tres enfoques básicos, sustentados en uno de los tres tipos de evidencia descritos y cuatro enfoques combinados, que resultan de la combinación de dos o tres tipos de evidencia (**figura 3**). Sólo uno de los enfoques (**número 7 en la figura 3**) resulta de la combinación de los tres tipos de evidencia, y permite identificar potenciales candidatos a desinversión a partir de la evidencia no ligada al contexto; la evidencia ligada al contexto y la evidencia coloquial.

El uso de los tres tipos de evidencia es el mejor escenario, dado que permite fundamentar y legitimar las decisiones finales que se realicen con relación a las tecnologías seleccionadas para desinversión. Sin embargo, las organizaciones pueden no tener las capacidades, recursos y tiempo para poder emplear los tres tipos de evidencia. Estos factores determinan, en última instancia, el tipo de enfoque que será factible de utilizar.

Figura 3. Tipos de enfoques informados en la evidencia para la identificación de potenciales candidatos

Fuente: Elaboración propia



Enfoques básicos

1. Enfoque basado en la evidencia no ligada al contexto (1): identifican potenciales candidatos a partir de revisiones sistemáticas, reportes de evaluación de tecnologías sanitarias, guías de práctica clínica.
2. Enfoques basados en la evidencia ligada al contexto (2): identifican potenciales candidatos a través de la revisión de la evidencia sobre la implementación, la capacidad organizacional, aspectos legales, éticos y económicos asociados al uso de una tecnología en un contexto determinado (por ejemplo, identificación de candidatos a desinversión a partir de estudios de la variación de la práctica clínica en un contexto determinado).
3. Enfoques basados en la evidencia coloquial (3): identifican potenciales candidatos a través de la nominación de tecnologías por parte de actores involucrados en su financiamiento.

Enfoques combinados: emplean y combinan más de un tipo de evidencia para identificar tecnologías que podrían ser sujetas a desinversión. Los enfoques 4, 5 y 6 combinan dos tipos de evidencia y el 7, los tres tipos.

Cada organización define el tipo de enfoque a emplear sobre la base de sus intereses, recursos disponibles y la factibilidad de utilizar y acceder a las diferentes fuentes de evidencia descritas.

Alertas (o disparadores)

Las alertas “señalan” situaciones que podrían indicar que una tecnología o el uso de una tecnología podría ser posible de desinversión. La mayoría de las iniciativas analizadas proponen un conjunto de criterios para identificar los potenciales candidatos. Elsaugh, en Australia, fue el primero en proponer una lista de criterios, que fue posteriormente utilizada en múltiples contextos.¹² Paprika, por ejemplo, adaptó estos criterios al contexto local de Ontario, y seleccionó un listado más reducido, a los que llamó “disparadores” (“triggers”).¹⁶

El MidCanDes emplea el listado completo propuesto por Elsaugh y los denomina “alertas”, los cuales pueden clasificarse según los enfoques básicos propuestos. Se proponen tres categorías sobre la base de los tres tipos de evidencia que se emplean para determinar la presencia o ausencia de cada alerta (**Tabla 2**).

Tabla 2. Categorías de alertas según tipo de evidencia

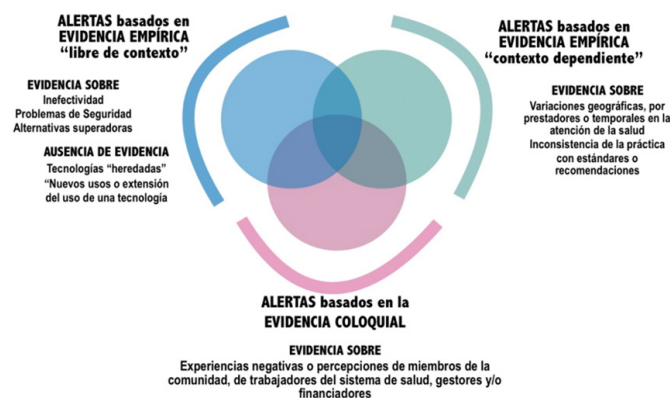
Fuente: Elaboración propia

TIPOS DE EVIDENCIA	ENVIDENCIA	ALERTAS	DEFINICIÓN
Alertas basadas en evidencia científica no ligada al contexto	Evidencia sobre ineffectividad, problemas de seguridad y/o ineficiencia	Ineffectividad	La tecnología es ineffectiva en comparación con una alternativa o mostró no tener beneficios para los pacientes.
		Problemas de Seguridad del Paciente	La tecnología es dañina o se asocia con eventos adversos moderados o serios.
		Inadecuado balance riesgo-beneficio	Los riesgos de aplicar la tecnología superan los beneficios asociados a su uso.
		Ineficiencia	La tecnología no es costo-efectiva o es dominada por otra con mayor costo-efectividad.
	Reemplazo de una intervención establecida por una nueva	Efectividad comparada	Cuando una intervención es considerada un reemplazo potencial para una tecnología establecida (comparador) para dicha indicación, el comparador para esa indicación es automáticamente considerado y evaluado para desinversión.
	Ausencia de evidencia científica	“Tecnologías heredadas”	Tecnologías establecidas durante tiempos prolongados pero cuya efectividad nunca fue evaluada.
“Usos nuevos o extendidos de tecnologías”		Evolución de una tecnología a un punto tal que difiere significativamente de la intervención prototipo que fue originalmente evaluada o financiada. Este nuevo uso o uso extendido de la tecnología debe ser evaluado para determinar su efectividad o seguridad.	
Alertas basadas en evidencia ligada al contexto o evidencia local	Variaciones geográficas en el uso de una tecnología		Variaciones geográficas del uso de una tecnología. Cuando estas persisten luego de ajustar por variables socio-demográficas y tipos de centro, las variaciones pueden ser indicativas de variabilidad inapropiada.
	Variaciones del uso de una tecnología según proveedor		La evidencia local muestra variabilidad inapropiada en el uso de una tecnología. Ocurre cuando, para la misma enfermedad o condición, hay variabilidad en la elección de la tecnología o práctica por parte de distintos proveedores o centros
	Inconsistencia de la práctica con los estándares recomendados		La evidencia local muestra inconsistencia entre la práctica clínica y las recomendaciones contenidas en las guías de práctica basadas en la evidencia.
	Variación temporal en el uso de una tecnología		La evidencia local muestra un incremento en el uso de una tecnología (por ejemplo, a los 2, 3 o 5 años), con incrementos sustanciales en el porcentaje de uso (por ejemplo, 30%, 50% u 80%). A menudo, con el tiempo, suele observarse una reducción de su uso. Cuando se observan incrementos luego de ajustar por las tendencias de incidencia de la condición, estos pueden ser “alertas” de indicaciones “fuga” óo“de arrastre” (“leakage or creep indications”), usos por fuera de la indicación. A veces pueden observarse descensos en el uso, lo que puede evidenciar que la tecnología no está siendo indicada o que no está disponible.
Alertas basadas en la evidencia coloquial	Evidencia provista por actores clave involucrados en el uso de la tecnología	Experiencias negativas de usuarios	negativas luego de un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
		Experiencias negativas del personal de salud	Expresiones de interés, nominaciones o listas de candidatos para desinversión provistas por trabajadores de salud, gestores o financiadores o asociaciones y/o colegios médicos.

Las alertas pueden ser una herramienta poderosa para identificar tecnologías que podrían ser candidatas a la desinversión (**figura 4**). Al involucrar a los actores vinculados al uso de la tecnología, se fortalece la legitimidad de las decisiones finales. Sin embargo, para tomar una decisión informada, es importante no solo considerar las recomendaciones basadas en la experiencia cotidiana, sino también ampliar la base de conocimiento revisando la evidencia científica sobre efectividad, seguridad, costo-efectividad y/o la evidencia local. Así podremos tomar decisiones más sólidas y beneficiosas para todos.

Figura 4. Tipos de alerta según tipo de evidencia

Fuente: Elaboración propia



Métodos para identificar potenciales candidatos a desinversión

Se observó una multiplicidad de métodos que, a partir de la revisión de la evidencia y las alertas descritas, permiten identificar los potenciales candidatos a desinversión. Sobre la base de la clasificación propuesta por Harris y col.¹⁷, el MidCanDes agrupa los métodos en dos categorías: "métodos ad-hoc" y "métodos embebidos".

Métodos ad-hoc

Se diseñan e implementan específicamente con el objetivo de identificar potenciales candidatos a desinversión, habitualmente en el marco de un estudio o investigación.

» **Escaneo del horizonte:** Se refiere a la búsqueda sistemática de información externa sobre tecnologías sanitarias con el fin de identificar "alertas" sobre potenciales

candidatos a desinversión. Combina distintas fuentes de evidencia, como Internet, los sitios web de Agencias de Evaluación de Tecnologías, Euroscan (*"International Information Network on New, Emerging and Obsolete Health Technologies"*) y otras redes de centros o profesionales de la salud que notifican acerca de tecnologías pasibles de desinversión.

» **Revisión de guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia y/o reportes de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS):** Las GPC y/o los reportes de ETS constituyen fuentes muy valiosas para la identificación de potenciales candidatos a desinversión. Sobre la base de evidencia de calidad, incluyen recomendaciones "no hacer", en las que se recomienda o sugiere el cese o la no utilización de una tecnología o práctica en circunstancias clínicas específicas. Estas recomendaciones se sustentan en evidencia de ineffectividad o la ausencia de efectividad demostrada; la menor efectividad de una práctica o tecnología en relación a otra alternativa superadora; su asociación con eventos adversos serios o un balance riesgo – beneficio inadecuado. Es posible elaborar una lista de potenciales candidatos para desinversión a partir de la búsqueda, selección y revisión de GPC de calidad.

» **Revisión de revisiones sistemáticas:** Las revisiones sistemáticas constituyen también una fuente valiosa para la identificación de candidatos para desinversión. Sin embargo, es importante tener en cuenta ciertos aspectos al momento de considerar esta fuente de información. Varias revisiones investigan sobre tópicos que no son relevantes desde una perspectiva sanitaria y en ocasiones permiten demostrar la ausencia de evidencia a favor del uso de una práctica, más que la evidencia sobre su ineffectividad. En estas situaciones, fundamentar una decisión de desinversión puede ser más complejo que cuando existe comprobada evidencia de ineffectividad o de problemas de seguridad asociados con el uso de la tecnología.

» **Adaptación del listas de tecnologías existentes de bajo o nulo valor:** Un número importante de gobiernos y agencias de salud, colegios profesionales e investigadores producen listas de tecnologías de bajo o nulo valor. Estas listas pueden ser utilizadas por las organizaciones para guiar la identificación de oportunidades de desinversión. Sin embargo, es conveniente valorar su validez y apropiabilidad, dado que existe una gran heterogeneidad en los métodos que se emplean para generarlas. Algunas se basan, exclusivamente, en evidencia coloquial, otras no especifican los métodos empleados o no proveen una definición explícita de "bajo o nulo valor".¹¹ Se observó también que, en ocasiones,

un mismo listado es empleado y adaptado por distintas organizaciones a lo largo del tiempo, sin que se realice una actualización de la evidencia que permita validar la inclusión de una tecnología o práctica como potencial candidata a desinversión.

Por tanto, este método es muy útil, porque ofrece un listado inicial que puede ser priorizado por actores locales; no obstante, se recomienda realizar una revisión focalizada de la evidencia sobre efectividad y seguridad de las tecnologías o prácticas que se seleccionen a partir de estos listados, de manera de dar un mayor sustento al conjunto final de tecnologías que la organización incluya como candidatas a desinversión.

En el **anexo 1** se incluyen distintas iniciativas que elaboraron listados de tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor y otras fuentes de información, como la base de datos de DIANA Salud¹⁸, que permite hacer una búsqueda en línea de las tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor propuestas por distintas iniciativas de desinversión a nivel global.

- » **Revisión de Estudios de Efectividad Comparada (EEC):** Los EEC evalúan los beneficios y riesgos de tratamientos alternativos y otras intervenciones en salud, como por ejemplo, tamizaje. No incluyen costos en la evaluación.
- » **Estudios de variación de la práctica clínica:** A través de la realización de estudios de variación de la práctica clínica es posible identificar potenciales candidatos a desinversión, cuando se observan variaciones acentuadas del uso de una tecnología entre distintas regiones, centros, profesionales o a lo largo del tiempo. Estas variaciones pueden indicar un uso inapropiado de la tecnología, por ejemplo, por sobre-prestación. Existe importante cantidad de evidencia sobre variaciones de la práctica clínica que no pueden ser explicadas por las necesidades de salud.
- » **Presupuesto por programa y análisis marginal:** Se trata de una metodología que evalúa la asignación de recursos pasada con el objetivo de orientar la asignación futura en esos mismos programas. El análisis marginal es la evaluación de los beneficios y costos agregados asociados al financiamiento de un programa o la pérdida de beneficios y costos de un desfinanciamiento o desinversión. Esta metodología ha sido propuesta como un método racional de desinversión; sin embargo, es relativamente compleja, requiere contar con fuentes de información de calidad así como recursos humanos calificados para su realización. Por tanto, si bien se considera un método valioso, es difícil de llevarlo a la práctica.

Métodos de nominación y consulta: En contraste con los anteriores, estos métodos permiten generar un listado de tecnologías de bajo o nulo valor desde la perspectiva de los actores involucrados. Se trata de propuestas que emplean un abordaje de “abajo hacia arriba”. De acuerdo a Elsaugh A. existen dos métodos que capturan las opiniones y percepciones de los usuarios, profesionales de salud, gestores, financiadores:

- » **Nominación:** es un método (habitualmente, anónimo) en el que individuos, asociaciones y colegios profesionales pueden nominar tecnologías y justificar su selección;
- » **Consulta:** se consulta al personal de salud sobre tecnologías que podrían ser sujetas a procesos de desinversión.

Métodos embebidos

Se diseñan e implementan específicamente con el objetivo de identificar potenciales candidatos a desinversión, habitualmente en el marco de un estudio o investigación.

- » **Escaneo del horizonte:** Se trata del método descrito previamente pero integrado a los procesos de la organización. Por ejemplo, algunas agencias de tecnologías sanitarias han incluido el escaneo de tecnologías existentes entre sus actividades rutinarias.
- » **Inclusión de “alertas” en los procesos de compra y contrataciones:** Este método fue propuesto en la iniciativa SHARE, en Australia, y se refiere a la incorporación de alertas, indicaciones, ciertos requerimientos obligatorios y/o disparadores en los procesos de compra y contratación. Si bien no se lograron identificar ejemplos de organizaciones que hayan aplicado este método, se considera que podría contribuir a la identificación de candidatos a desinversión.
- » **Inclusión de “alertas” en el rediseño de procesos de asignación de recursos:** Este método también fue propuesto en el marco de la iniciativa SHARE, aunque tampoco fue posible su implementación a pesar de su potencialidad para identificar oportunidades de desinversión. El rediseño de sistemas incluye un rango amplio de métodos y herramientas que han sido adaptadas para su uso en el sistema de salud. El rediseño de los sistemas de salud buscaría mejorar el uso de recursos existentes, maximizar su valor y eliminar la pérdida de recursos, incrementar la eficiencia y reducir la duplicación de servicios. Para esto, es necesario hacer una reingeniería de los procesos que emplea la organización para asignar los recursos.

- » **Uso rutinario de los datos locales:** A partir de los datos que genera la organización, podrían diseñarse sistemas de información, como registros o bases de datos, en los que se incluyan “alertas” como las descritas previamente y a través de las cuales podrían identificarse potenciales candidatos para desinversión. Por ejemplo, los registros del uso de una determinada tecnología, podrían analizarse rutinariamente, de manera de identificar variaciones significativas en las tasas de uso. Estas variaciones no explicables por otras razones, indicarían la necesidad de una evaluación más exhaustiva del uso de dicha tecnología y representar una oportunidad de desinversión para la organización.
- » **Inclusión de tecnologías de bajo o nulo valor en el desarrollo de GPC y reportes de ETS:** Las GPC o reportes de ETS a menudo evalúan la evidencia sobre los beneficios y riesgos asociados al uso de una tecnología o práctica. Los productores de GPC o reportes de ETS suelen priorizar las recomendaciones a favor del uso de una tecnología y menos frecuentemente, las recomendaciones en contra. El desarrollo de este tipo de documentos para informar la práctica clínica, la gestión de servicios o la formulación de políticas de salud es muy extendido en países de alto ingreso como también los de bajo y mediano ingreso. Por tanto, la evaluación sistemática de tecnologías o prácticas que podrían ser de bajo o nulo valor para los pacientes constituye una gran oportunidad para impulsar los procesos de desinversión.

Enfoques, alertas y métodos: los tres componentes esenciales del MIdCanDes

El MIdCanDes interrelaciona estos tres componentes, los que se consideran centrales para la identificación de tecnologías que podrían ser sujetas a procesos de desinversión. Su aplicación podría asimilarse a una intervención compleja, porque requiere de actividades de diversa índole, como por ejemplo, la búsqueda, selección, síntesis y evaluación de la evidencia sobre efectividad y seguridad o de listados de tecnologías de bajo o nulo valor producidas por iniciativas de desinversión; el involucramiento de distintos actores, desde metodólogos, a clínicos, gestores, financiadores, e incluso, los propios usuarios; la revisión de bases de datos, registros, sistemas de información locales; la producción de reportes para orientar la definición final del conjunto de tecnologías que podrían ser sujetas a procesos de desinversión, por mencionar sólo algunas

de ellas. Como toda intervención compleja, posee *componentes centrales*, que constituyen el “núcleo” del proceso de identificación de candidatos a desinversión, y *componentes periféricos*, que son aquellos que pueden variar en cada organización, dependiendo de su situación y circunstancias particulares.^{19,20}

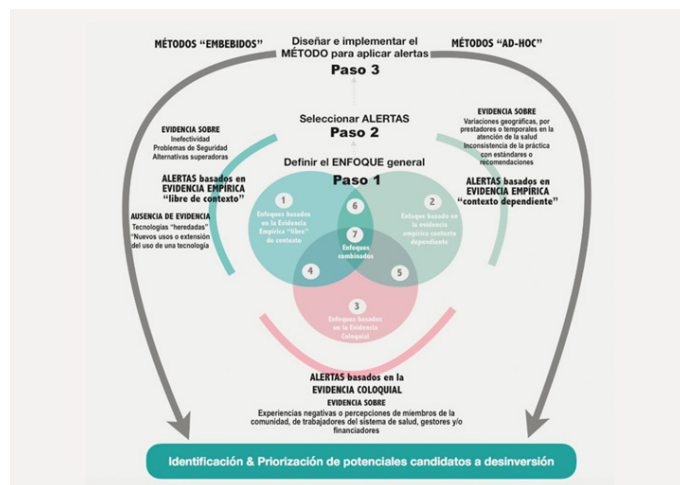
¿Qué estrategia emplear? ¿Por dónde empezar? Este marco propone diferenciar y articular estos tres componentes (enfoque, alertas y métodos) para facilitar el proceso de identificación de los potenciales candidatos a desinversión.

La definición del **enfoque**, al ser la estrategia general, sería el primer paso: qué tipo de enfoque, qué tipo de evidencia considerar, cuáles articular. Son decisiones que realizará cada organización sobre la base de sus tiempos, recursos, y capacidades.

Definido el tipo de evidencia, las **alertas** son los criterios que podrá utilizar la organización para identificar los potenciales candidatos. Qué alertas utilizar depende del enfoque escogido y de la cantidad y tipo de alertas que priorice cada organización.

Por último, el **método** define cómo se revisará la evidencia y se identificarán los criterios. Si se trata de una organización que se inicia en los procesos de desinversión, seguramente empleará un método ad-hoc. Si se trata de una organización con más experiencia en este campo, podría intentar sistematizar este proceso a través de algunos de los métodos embebidos descritos (figura 5).

Figura 5. El Marco para la Identificación de Candidatos a Desinversión (MIdCanDes)
Fuente: Esandi ME y col. Cita 11



Aplicación del MldCanDes a iniciativas de desinversión a nivel global

Existen múltiples iniciativas a nivel mundial con foco en la desinversión, la mayoría de las cuales son promovidas por agencias de gobiernos nacionales o locales o, en otros casos, por sociedades científicas, como en el caso de la iniciativa “Elegir Sabiamente”. En cualquier caso, todas identifican potenciales candidatos a desinversión, aunque el enfoque que emplean es diferente. Se presentan a continuación algunos ejemplos (figura 6).

Figura 6. Aplicación del MldCanDes en distintas iniciativas internacionales de desinversión sanitaria
Fuente: elaboración propia



» Recomendaciones “No hacer”, del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), Reino Unido

En el año 2009, el NICE elaboró una base de datos de recomendaciones “no hacer” identificadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) producidas por el mismo Instituto como una herramienta que podría orientar la identificación de prácticas o tecnologías que deberían dejar de ser empleadas en la práctica diaria por su bajo o nulo valor para el paciente. Si bien en la actualidad, dicha base no está disponible, el abordaje propuesto es un ejemplo de un *Enfoque sustentado en el uso de la Evidencia Científica no ligada al contexto*, en este caso, las Guías de Práctica Clínica. Las alertas que sustentaban la inclusión de la recomendación sobre un potencial candidato a desinversión fueron los referidos a la *efectividad, seguridad y costo-efectividad* de las prácticas. Mientras estuvo vigente, se trató de un método “embebido” en los procesos de desarrollo y divulgación de las GPC producidas por el Instituto

» ATLAS de variación de la práctica clínica, España

Se trata de una iniciativa grupo de Ciencia de datos para la investigación en servicios y políticas sanitarias del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, España. A partir de los datos digitales recogidos por el sistema de salud a partir de los contactos de individuos y poblaciones, el grupo analiza el patrón de uso de tecnologías y prácticas, y genera información para informar las políticas sanitarias. Entre sus múltiples proyectos, se destaca el ATLAS de variación de la práctica clínica, a través del cual se representa la efectividad, calidad, seguridad y eficiencia del SNS español, analizando la variación injustificada en su desempeño, representando las áreas sanitarias, zonas básicas de salud, y/o hospitales públicos que conforman el SNS español, así como su evolución temporal desde el año 2002. La presencia de esta variabilidad injustificada por otras causas razonables es evidencia indirecta de la presencia de un uso inadecuado de una práctica o tecnología, que debería ser evaluado más exhaustivamente para establecer si se trata o no de un potencial candidato a desinversión. Este enfoque se sustenta en la Evidencia Local ligada al Contexto, emplea alertas relacionadas con la variación geográfica, por proveedor y temporal y se trata de un método embebido en los procesos de la organización.

» “Identificación, priorización y evaluación de Tecnologías Sanitarias potencialmente obsoletas”, Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, España.

Se trata de un proyecto promovido por el Instituto Carlos III, España, y realizada por la Oficina Vasca de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA) y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-T), en el marco del plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El objetivo fue identificar, priorizar y evaluar las tecnologías obsoletas. En el marco del proceso de identificación, se propuso un proceso de nominación de tecnologías por parte de actores clave para la identificación de potenciales candidatos a desinversión. Este es un ejemplo del enfoque sustentado en la evidencia coloquial, con alertas vinculados a las percepciones negativas de los profesionales y autoridades de salud, con un método ad-hoc (ejecutado en el marco del proyect

» “Elegir Sabiamente”, alcance internacional

“Elegiendo sabiamente” (“Choosing Wisely”) es una campaña liderada por la Comisión Americana de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine –ABIM-), en conjunto con 20 organizaciones profesionales de diferentes especialidades médicas.²¹⁻²²⁻²³ La campaña

comenzó en Estados Unidos, pero posteriormente fue replicada en diferentes países. Su objetivo fue ayudar a los profesionales de la salud y los pacientes a conversar acerca de evitar el uso de tratamientos, pruebas diagnósticas y procedimientos innecesarios. Sus orígenes se remontan al año 2002, cuando la ABIM, en conjunto con la Federación Europea de Medicina Interna, publican el capítulo: “*El profesionalismo médico en el nuevo Milenio: un capítulo para el médico*”, en el que subrayan, entre otros aspectos, la necesidad de trabajar por una distribución justa de recursos finitos y hacen un llamamiento a los profesionales de la salud a comprometerse con una asignación responsable de los recursos, evitando pruebas y procedimientos superfluos.²⁴ En 2011, se lanza la Campaña “*Eligiendo sabiamente*”,⁴ en la que las distintas Sociedades Científicas revisan la evidencia científica para identificar aquellas prácticas o tecnologías de la especialidad que revisten bajo o nulo valor para los pacientes. Este listado se valida luego a través de un panel de expertos. El enfoque que emplea la campaña es mixto y combina la evidencia científica ligada al contexto con la evidencia coloquial. Las alertas son aquellos relacionados con los criterios de efectividad y seguridad combinados con las percepciones negativas sobre el uso de una práctica o tecnología del panel de expertos. Se trata de un método ad-hoc que emplea cada grupo de especialistas responsable de la identificación de las tecnologías o prácticas.

» **Iniciativa Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica (MAPAC)**

La iniciativa MAPAC está coordinada por el Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y es una de las iniciativas que se incluyen en DIANA Salud. MAPAC mejorar la adecuación de la práctica asistencial y clínica a través de la identificación de prácticas o tecnologías potencialmente inadecuadas, la formulación de recomendaciones y la propuesta de acciones para reducirla. También busca promover la utilización de mejores alternativas en caso de estar disponibles. La mejora de la adecuación es un proceso sistemático, explícito y tiene como elementos principales el juicio crítico de la evidencia científica disponible y la participación activa de clínicos, gestores y expertos metodológicos, que incluye una primera etapa de identificación de los potenciales candidatos. Para esto, incluyen encuestas a profesionales clínicos, jefes de servicio o departamento, la consulta continua de la literatura científica y/o la comunicación espontánea de un profesional de la salud o de un paciente o usuario del sistema de salud. Además, incluyen evaluaciones de los patrones de uso de algunas de estas tecnologías,

con el fin de identificar variabilidad inapropiada, por lo que este es el ejemplo de una iniciativa que emplea un enfoque combinado, sustentado en la evidencia científica no ligada al contexto, la evidencia local (ligada al contexto) y coloquial (nominaciones por profesionales o pacientes).

Aplicación del MIdCanDes en el campo de la Oncología, en Argentina

Entre 2018 y 2021, el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina y el Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur realizaron la primera investigación para la identificación de potenciales candidatos a desinversión en el campo de la Oncología en Argentina. La identificación se realizó a través de un enfoque mixto, que combinó la evidencia científica no ligada al contexto con la evidencia coloquial. El método fue ad-hoc, porque se aplicó en el marco de un proyecto de investigación. Se realizó una revisión de la evidencia científica nacional, que incluyó la identificación, selección y evaluación de revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y reportes de ETS sobre prácticas o intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y/o de rehabilitación en oncología producidos por instituciones nacionales. Esta revisión se complementó con una búsqueda de recomendaciones “no hacer” o “no usar” de la base de datos de DIANA Salud. A partir de la consolidación de estos resultados, se identificaron 26 recomendaciones “no hacer” en oncología. Seis de estas recomendaciones fueron priorizadas y validadas a través de un diálogo deliberativo en el que participaron expertos en Oncología y ETS.

La desinversión y adecuación de la práctica como oportunidad para la mejora de la eficiencia de los sistemas de salud

En 2010, el Instituto de Medicina de Estados Unidos, señaló que la reducción de los costos y la mejora de los resultados en salud constituía un imperativo para el sistema de salud. En este reporte, se estimó que la “pérdida” de recursos representaba un 31% del gasto en salud de ese país y se identificaron seis categorías diferentes de fuentes potenciales de pérdidas. Las fallas en la provisión de servicios seguros y efectivos así como la sobreutilización de prácticas inefectivas o inseguras fueron señaladas como

dos mecanismos significativos de pérdida de recursos.²⁵ En 2012, Berwick y Hackbarth estimaron esta pérdida en un 34% del gasto en salud²⁶ y recientemente, en 2019, Shrank W y col. señalaron que estaría cercana al 25%, aunque esta última estimación, a diferencia de la primera, no incluyó una de las posibles fuentes de pérdida.²⁷ Estos estudios evidenciaron, por primera vez, la magnitud de los ahorros potenciales que podría hacer el sistema de salud con un uso más apropiado de los recursos.

En el año 2017, Lancet publica una serie de artículos sobre “atención correcta para la salud” (“Right Care for Health”), en los que se destaca la necesidad de abordar tanto la sobreutilización de prácticas no efectivas ni seguras como la subutilización de aquellas que sí lo son.²⁸ Ambos problemas están estrechamente relacionados, dado que el gasto excesivo asociado al uso de tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor para los pacientes representa un costo de oportunidad para la asignación de recursos en tecnologías o prácticas de valor.

Numerosos estudios dan cuenta de la sobreutilización de tecnologías o prácticas, ya sea a través de la cuantificación del uso inapropiado (evidencia directa) o de la variabilidad excesiva del uso de una práctica o tecnología, que puede denotar la existencia de sobreutilización (evidencia indirecta). Los procedimientos musculoesqueléticos, como reemplazos de cadera o de rodilla no indicados; procedimientos cardiovasculares, como el uso inapropiado de angiografías coronarias; la realización de histerectomías inapropiadas o el uso inapropiado de antibióticos, por ejemplo para el tratamiento de diarreas agudas en niños o virosis de las vías respiratorias altas, constituyen algunos de los ejemplos de sobreutilización.²⁹ Una revisión sistemática reciente categorizó 83 servicios de bajo o nulo valor a partir de estudios que incluyeron muestras grandes (más de 800 pacientes).³⁰

Esta evidencia da cuenta de la magnitud del problema, que es el que da origen, en última instancia, a las distintas iniciativas que buscan desinvertir y promover la de-implementación o de-prescripción de tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor, para reasignar los recursos a otras de mayor valor. La evidencia sobre el impacto de estas iniciativas es variable, dada la complejidad asociada a la implementación de este tipo de procesos. Distintos estudios a nivel global, a nivel país y a nivel local aportan evidencia sobre distintas experiencias en desinversión y sus resultados a nivel de servicios (reducción de las tasas de uso de prácticas o tecnologías de bajo o nulo valor y/o ahorros potenciales).

A nivel global

En 2017, Chambers y col. publican los resultados de una revisión sistemática que evaluó el éxito de diversas iniciativas de desinversión. Se identificaron 18 estudios, de los cuales siete (39%) reportaron que la iniciativa fue exitosa y en ocho (44%) que no lo fue. En tres (17%) de los estudios los resultados fueron variables. Los 18 estudios evaluaron la de-implementación o de-prescripción de 37 prácticas y/o tecnologías de bajo valor: en 14 (38%) la iniciativa mostró una reducción o cese del uso.³¹ Las iniciativas que fueron exitosas fueron cinco de las nueve campañas de “Elegir Sabiamente” y dos de cinco iniciativas promovidas por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), en el Reino Unido. Estos resultados evidencian la variabilidad de los resultados de una misma intervención, dependiendo de cada contexto. Subraya la necesidad de estudiar las barreras para el cese del uso de las prácticas en cada organización y de adaptar y contextualizar las intervenciones o estrategias para desinversión a las particularidades de cada contexto.

A nivel país

En 2011, el Comité Auditor del Reino Unido estimó que este país podía generar un ahorro entre 179 y 441 millones de libras esterlinas en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud (Primary Care Trusts – PCT), a través de la reducción del uso de tratamientos de bajo valor clínico.³² Uno de estos PCT (Croydon), generó un listado de tratamientos de bajo valor, con el fin de desalentar su uso y utilizar estos recursos en otros de mayor valor clínico. Otros PCT utilizaron y adaptaron este listado con el mismo fin.

Otra iniciativa más reciente se desarrolló en Holanda. En 2015, se inició un programa nacional que incluyó ocho proyectos multicéntricos para la de-implementación de prácticas o tecnologías de bajo o nulo valor en hospitales (6 proyectos) y en el primer nivel de atención (2 proyectos), los que fueron ejecutados entre 2016 y 2018. En cinco de los ocho proyectos se constató una reducción del uso de las prácticas de bajo valor, que varió entre 11% y 61%. En dos se observó una reducción tanto en el grupo que recibió la intervención como en el grupo control, sin encontrarse diferencias entre los dos grupos. En uno de los proyectos no hubo ningún cambio en la práctica en ninguno de los grupos. El involucramiento de los profesionales de la salud desde el inicio del proyecto fue señalado como el factor clave para el éxito de este tipo de iniciativas.³³

A nivel local

El Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el País Vasco y la iniciativa MAPAC, en España, reportaron distintas experiencias locales para adecuación de la práctica que permitieron generar ahorros significativos de recursos a través de la identificación de tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor, el estudio de la variabilidad de su

uso, la búsqueda y síntesis de evidencia que fundamenta el cese de la práctica y el diseño y ejecución de un plan de implementación para adecuar el uso de dichas tecnologías o prácticas. En la **tabla 3** se sintetizan algunas de estas iniciativas (pueden encontrarse más ejemplos en el Curso de mejora de Adecuación de la práctica Clínica y Sanitaria (módulo 5), organizado por CiberESP, Centro de Investigación Biomédica en Red, Epidemiología y Salud Pública: <http://inpecs.com/MAPAC/>)

Tabla 3. Ejemplos de iniciativas de desinversión a nivel local

Fuente: Elaboración propia

ORGANIZACIÓN	TECNOLOGÍA/PRÁCTICA DE BAJO O NULO VALOR	RESULTADO
OSTEBA, Servicio de ETS del País Vasco	Cese del uso de Condroprotectores en el tratamiento de la artrosis en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud Vasco ³⁴	Ahorro estimado de 1,5 millones de euros/año para un área de referencia de 2,1 millones de habitantes Incidencia en el Sistema Nacional de Salud, con eliminación de Condroprotectores de la cartera de prestaciones y un ahorro de 200 millones de euros.
Iniciativa MAPAC	Cambio del uso en la vía de administración del paracetamol (uso oral en lugar de endovenoso – costo 10 veces mayor al oral - en los pacientes que pudieran recibir la forma oral) en el Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³⁵	Cambio del uso en la vía de administración del paracetamol (uso oral en lugar de endovenoso – costo 10 veces mayor al oral - en los pacientes que pudieran recibir la forma oral) en el Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
	Cambio en la indicación de la realización del Proteinograma en el Hospital Universitario Donostia y Centros de Atención Primaria de San Sebastián, España (tasa de uso tres veces más alta a la observada en España). ³⁷	Reducción del 15% de las tasas de uso del proteinograma Ahorro estimado: 38.400 euros/año

Lecciones aprendidas

Se requiere avanzar en la agenda de desinversión sanitaria, sobre todo en países con restricción de recursos, en donde la asignación responsable y fundamentada de los escasos recursos en salud es un imperativo.

La desinversión pasiva asume un ciclo lineal del uso de la tecnología y se focaliza sólo en tecnologías obsoletas. Es necesario promover metodologías de desinversión activa, que consideren no sólo la obsolescencia de las tecnologías, sino también la adecuación de los usos de las tecnologías o prácticas existentes en situaciones clínicas específicas. Los “usos extendidos” (usos más allá de los originalmente recomendados) o los “usos heredados”, pero que carecen de evaluación alguna de su efectividad o seguridad, constituyen importantes oportunidades para la desinversión. El MIdCanDes, sustentando en la definición de enfoques, alertas y métodos puede ser empleado como una hoja de ruta para la identificación de estas tecnologías o usos de las tecnologías que podrían ser pasibles a procesos de desinversión.

La identificación de tecnologías a través de la combinación de los diversos tipos de evidencia, si bien puede complejizar el proceso, permite complementar las fortalezas de cada tipo de enfoque. La **evidencia empírica de calidad** (evidencia no ligada al contexto, en el marco conceptual de Lomas), que muestra la falta de seguridad de una tecnología, su inefectividad o la ausencia de evidencia a favor de su efectividad, o bien, su elevado costo en función del beneficio adicional que aporta en comparación a otra alternativa aporta certeza respecto a la conveniencia de considerar dicha tecnología como de bajo o nulo valor para el paciente. Contribuye a dar un sustento riguroso al proceso de identificación de los potenciales candidatos y, por tanto, a la credibilidad de los profesionales de salud implicados en el uso de la tecnología, e incluso, los propios usuarios.

Por su parte, la **evidencia empírica local** (evidencia ligada al contexto, en la definición de Lomas), permite aportar información específicamente relacionada con el patrón de uso de la tecnología en un contexto determinado. Este tipo de evidencia permite identificar, por ejemplo, si el uso de una práctica o tecnología en un hospital difiere en gran medida del observado en otros hospitales, aun ajustando por otras variables que podrían explicar la mayor tasa de uso; o también, si hay una variabilidad inapropiada en el uso de la práctica entre profesionales de salud del hospital. Este tipo de evidencia, además de ser una línea basal para evaluaciones posteriores del impacto de acciones para restringir o eliminar el uso de la tecnología, aporta evidencia clave sobre el contexto en el que se implementan los procesos de desinversión.

Por último, la **evidencia coloquial** que aportan los actores clave. La identificación puede iniciarse con este tipo de evidencia, por ejemplo, a partir de la nominación de tecnologías o prácticas pasibles de desinversión por los profesionales de salud, los financiadores, reguladores, evaluadores de tecnologías, gestores y usuarios del sistema de salud; priorizar algunas de estas en función de su potencial impacto económico y sanitario y revisar la evidencia empírica y local para fundamentar la consideración de estas tecnologías como candidatos a desinversión o adecuación de la práctica. También, puede ser utilizada al final del proceso de identificación, para validar las tecnologías o prácticas propuestas como potenciales candidatos a partir de la revisión de la evidencia empírica y/o la evidencia local.

De cualquier manera, el involucramiento de los actores clave en este proceso, contribuye a legitimar la lista final de candidatos que se propongan, y este es un elemento clave para avanzar de manera efectiva en la eliminación o restricción del uso de las tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor. La identificación e involucramiento de actores clave que tienen intereses o poder en las decisiones relacionadas al uso con las tecnologías o prácticas seleccionadas es clave para avanzar en la agenda de desinversión.

La implementación de estrategias o acciones dirigidas a cesar el financiamiento o bien, a modificar la práctica y uso de una tecnología o práctica en los servicios de salud requiere que los profesionales acepten, crean y estén dispuestos a involucrarse en esta iniciativa. Este quizás, es uno de los aspectos más críticos del proceso de desinversión, que requiere utilizar los modelos teóricos y las herramientas que hoy aportan las ciencias de la diseminación e implementación.

La aplicación del MIdCanDes implica la implementación de una intervención compleja en un contexto complejo, como los sistemas y servicios de salud. El marco busca convertirse en una herramienta flexible, que pueda adaptarse tanto a distintas organizaciones como también, actualizarse con la nueva evidencia que surja en el campo de la desinversión sanitaria. En este sentido, propone que la identificación de los potenciales candidatos se haga sobre la base de la consideración del enfoque, las alertas y métodos a emplear.

La definición de qué tipo de enfoque, qué alertas y qué métodos dependerá de las circunstancias propias de cada organización. Se trata de un marco “vivo”, porque deberá ser actualizado a medida que transcurran las distintas experiencias para identificar las tecnologías de bajo o nulo valor, sobre todo, en el contexto de América Latina y el Caribe, donde se requiere visibilizar esta problemática, fortalecer las capacidades y promover activamente estos procesos de desinversión, para una asignación y uso más eficiente y responsable de los limitados recursos en salud.

ANEXO 1:

RECURSOS EN LÍNEA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE BAJO O NULO VALOR PROPUESTOS POR INICIATIVAS INTERNACIONALES

TIPO DE INICIATIVA	ORGANIZACIÓN	NOMBRE DE LA INICIATIVA	DESCRIPCIÓN	URL O CITA
Gobiernos y agencias gubernamentales	Instituto San Carlos III, España Programa de Epidemiología Clínica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)	DIANA Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud	Buscador en línea de más de 20 iniciativas de desinversión y 4000 recomendaciones sobre tecnologías o prácticas de bajo o nulo valor. El buscador permite filtrar por especialidad, por iniciativa, por tipo de intervención, entre otros campos. Permite exportar los resultados de la búsqueda.	Diana Salud
	Fuerza de tareas en Prevención, Estados Unidos (USPTF)	Guía de Servicios Preventivos. Recomendaciones de la Fuerza de Tarea en Prevención, Estados Unidos	Repositorio en línea sobre servicios preventivos para condiciones prevalentes. Incluye recomendaciones D (en contra del uso de una práctica o tecnología). El repositorio permite filtrar por especialidad y tipo de recomendación.	RecomenSitio de recomendaciones de la USPTF Sitio de recomendaciones Grado D de la USPTF
	Sistema de Salud de Cataluña, Barcelona, España	Esencial	Iniciativa promovida por Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), con la participación de sociedades científicas, profesionales sanitarios y pacientes. Disponen de un sitio Web donde se encuentran las recomendaciones sobre tecnologías o prácticas no recomendadas.	Recomendaciones Esencial
	Ministerio de Sanidad, España	Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas de España	Iniciativa promovida por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las Sociedades Científicas de España. Busca disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias (no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias). En el sitio se dispone de las recomendaciones por cada especialidad. La coordinación metodológica está a cargo de GuíaSalud.	Sitio de recomendaciones por Especialidad
	Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), Reino Unido	Tópicos de Calidad y productividad de la Cochrane	Iniciativa promovida por el NICE, que busca identificar prácticas que podrían reducirse parcial o completamente, liberando recursos, sin afectar negativamente la calidad de la atención en el NHS. Cada tema se ha derivado de una revisión sistemática Cochrane que ha llegado a la conclusión de que la evidencia muestra que la práctica es perjudicial o ineficaz y no se debe utilizar, o que no hay pruebas suficientes su uso generalizado. En el sitio, hay una sección ("Guidance and Savings") de la que puede descargarse una base de datos con las prácticas o tecnologías que son consideradas de bajo o nulo valor e información sobre distintas prácticas o tecnologías consideradas de bajo o nulo valor.	Sitio sobre Guías y ahorro

TIPO DE INICIATIVA	ORGANIZACIÓN	NOMBRE DE LA INICIATIVA	DESCRIPCIÓN	URL O CITA
Asociaciones Profesionales	Fundación ABIM	"Elegir Sabiamente" ("Choosing Wisely")	Iniciativa promovida por las Sociedades Científicas en el año 2012, actualmente de alcance nacional. Contiene recomendaciones sobre el no uso de tecnologías o prácticas. Existen distintos recursos, dependiendo del país. Estados Unidos Canadá Italia Australia Japón Reino Unido	Choosing Wisely USA Choosing Wisely Canadá Choosing Wisely Italia Choosing Wisely Australia Choosing Wisely Japón Choosing Wisely Reino Unido
Investigadores	Adam Elsaugh y col.	"Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study."	Primer estudio sobre Identificación de potenciales candidatos a desinversión que incluye más de 150 prácticas o tecnologías de bajo o nulo valor.	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.
	Vinay Prasad y col.	"A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices."	Casi 150 prácticas, medicamentos, procedimientos, pruebas de tamizaje y de diagnóstico, para las que se sugiere cesar su uso por razones relacionadas con su seguridad o ineffectividad.	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 Clinic proceedings Mayo Clinic. 2013. doi:10.1016/j.mayocp.2013.05.012.



- ² Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy*. 2007;4:23.
- ³ Sitio Web **DIANA Salud**, disponible en: <http://www.diana-salud.com> (último acceso 15/11/22)
- ⁴ Sitio Web Iniciativa **Choosing Wisely**: <https://www.choosingwisely.org/>
- ⁵ Harris, C., Green, S., Ramsey, W. et al. **Sustainability in Health care by allocating resources effectively (SHARE) 1: introducing a series of papers reporting an investigation of disinvestment in a local healthcare setting**. *BMC Health Serv Res* 17, 323 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2210-7>
- ⁶ La concepción tradicional considera que una tecnología progresa a través de un ciclo de vida que abarca ideas, innovación, invención, investigación, adopción, aceptación, uso reducido y obsolescencia.
- ⁷ Gutiérrez-Ibarlucea I., Chiumente M and Dauben H-P (2017). **The Lyfe Cycle of Health Technologies. Challenges and Ways Forward**. *Front Pharmacol*. 8:14. Doi: 10.3389/fphar.2017.00014.
- ⁸ La obsolescencia puede ocurrir cuando los productos o tecnologías más nuevos reemplazan a los antiguos, lo que lleva a su desfinanciamiento y exclusión de la lista. La mayor parte de la obsolescencia ocurre cuando una tecnología más nueva es más fácil de usar, más segura y más eficaz.
- ⁹ Esandi ME, Gutiérrez-Ibarlucea I, Ibargoyen-Roteta N, Godman B (2019). **An evidence-based framework for identifying technologies of no or low-added value (NLVT)**. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000734>.
- ¹⁰ Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S. **Conceptualizing and combining evidence for health system guidance**. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2005.
- ¹¹ Paprica A; Culyer T, Elsaugh A, Peffer J, Sandoval G. **From talk to action: policy stakeholders, appropriateness, and selective disinvestment**. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2015; 31(4):1-5.
- ¹² Niven D. et al. **Towards understanding the de adoption of low-value clinical practices: a scoping review**. *BMC Medicine* (2015) 13:255 DOI 10.1186/s12916-015-0488-z
- ¹³ Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis C. **Over 150 potentially low-value health care practices: An Australian study**. *Med J Aust*. 2012;197:556-560.
- ¹⁴ Henshall C; Schuller T; Mardhani-Bayne L On behalf of the HTAi Policy Forum. **Using Health Technology Assessment to support optimal use of technologies in routine clinical practice: the “challenge of disinvestment”**. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28:3 (2012), 203–210. doi:10.1017/S0266462312000372
- ¹⁵ Mayer J., Nachtnebel A. **Disinvesting from ineffective technologies: lessons learned from current programs**. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31:6 (2015), 355–362.
- ¹⁶ Paprica A; Culyer T, Elsaugh A, Peffer J, Sandoval G. **From talk to action: policy stakeholders, appropriateness, and selective disinvestment**.
- ¹⁷ Harris, C., Green, S., Ramsey, W. et al. **Sustainability in Health care by allocating resources effectively (SHARE) 1: introducing a series of papers reporting an investigation of disinvestment in a local healthcare setting**. *BMC Health Serv Res* 17, 323 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2210-7> *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2015; 31(4):1-5.
- ¹⁸ Sitio Web DIANA Salud. <http://www.dianasalud.com>
- ¹⁹ Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008 Sep 29;337:a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.
- ²⁰ Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E, Petticrew M, Rycroft-Malone J, White M, Moore L. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021 Sep 30;374:n2061. doi: 10.1136/bmj.n2
- ²¹ The Choosing Wisely Campaign. Available at: <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/> (Accessed October 24, 2017)

- 22 Owens DK, Qaseem A, Chou R, Shekelle P. High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. *Ann Intern Med.* 2011;154(3):174–80. doi:10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00007.
- 23 Cassel CK, Guest JA. **Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care.** *JAMA.* 2012;307(17):1801–2. doi:10.1001/jama.2012.476.
- 24 American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136(3):243-246. 061./
- 25 The Healthcare Imperative. Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies; 2010.
- 26 Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA.* 2012;307(14):1513-1516. doi: 10.1001/jama.2012.362
- 27 Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA.* 2019 Oct 15;322(15):1501-1509. doi: 10.1001/jama.2019.13978. PMID: 31589283.
- 28 Kleinert S, Horton R. From universal health coverage to right care for health. *Lancet.* 2017 Jul 8;390(10090):101-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32588-0.
- 29 Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet.* 2017 Jul 8;390(10090):156-168. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
- 30 Corallo AN y col. A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy.* 2014; 114: 5-14
- 31 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-Aug;20(7):909-918. doi: 10.1016/j.jval.2017.03.0
- 32 Audit Commission. Reducing spending on low clinical value treatments. *Health Briefing 2011.* Disponible en: <https://acortar.link/i73wJ8>
- 33 Verkerk EW, van Dulmen SA, Westert GP To do or not to do programme collaborators, et al Reducing low-value care: what can we learn from eight de-implementation studies in the Netherlands? *BMJ Open Quality 2022;* 11:e001710. doi: 10.1136/bmjopen-2021-00171015.
- 34 Ibarluzea-Gutiérrez I, presentado en el Webinario sobre Jornadas sobre Desinversión Sanitaria, organizadas por el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina y el Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur, disponible en: <https://youtu.be/GrDrGst-9eg>
- 35 Módulo 5, Curso de mejora de Adecuación de la práctica Clínica y Sanitaria. Iniciativa MAPAC





<https://criteria.iadb.org/en>