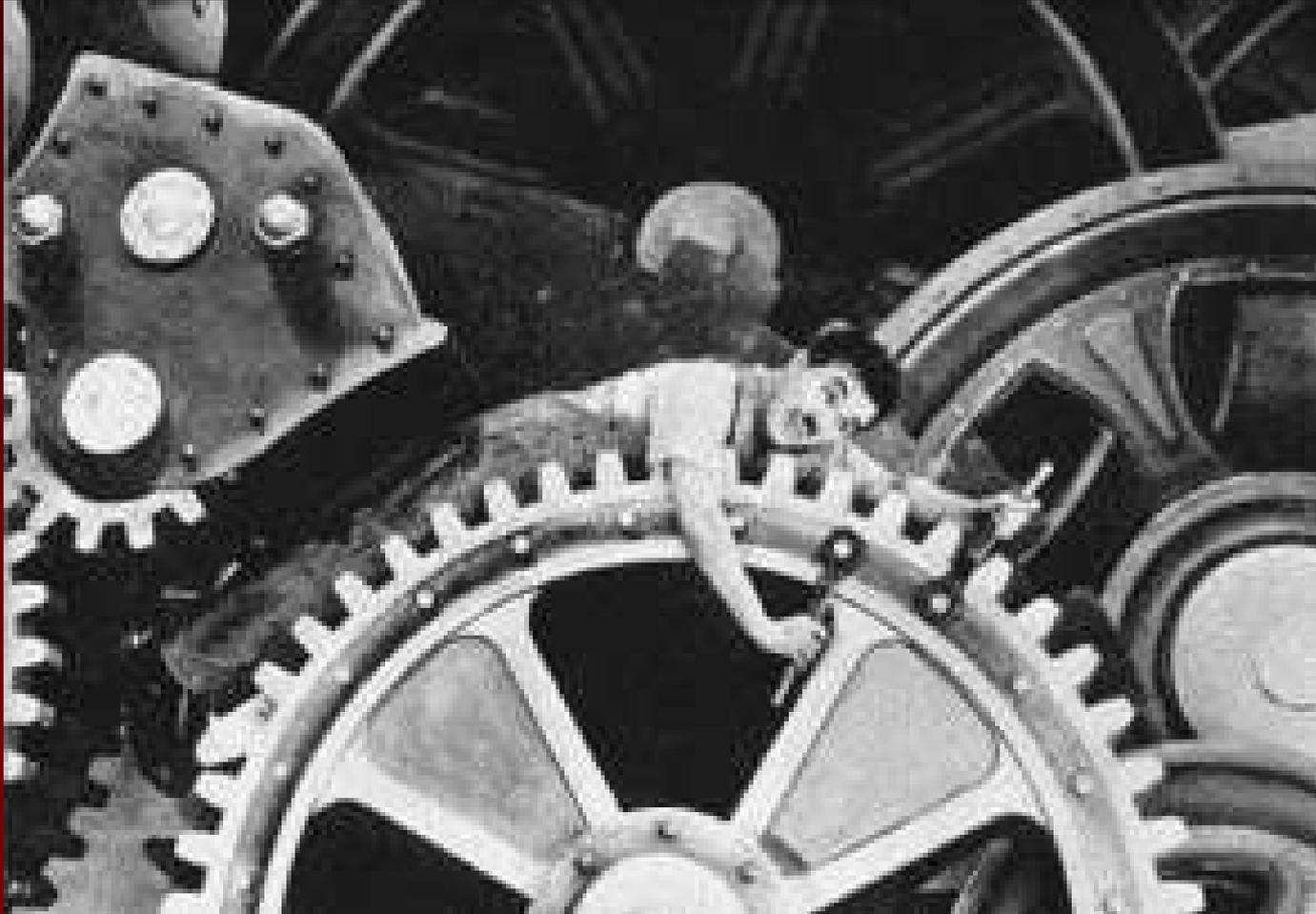


# **Etica de la Racionalizacion del Uso de las Tecnologías en Salud ( Medios Terapéuticos en Salud )**

Dr. D. Jerónimo A. Fdez. Torrente  
Vicesecretario del CGCOM

OMC – España      VI FIEM – Azores, 08 Mayo 2013

# Etica de la Racionalizacion del Uso de las Tecnologías en Salud

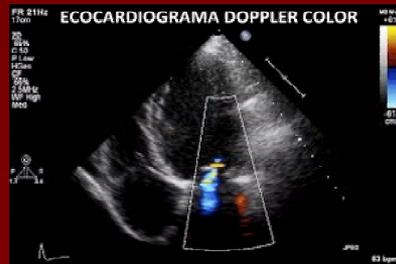
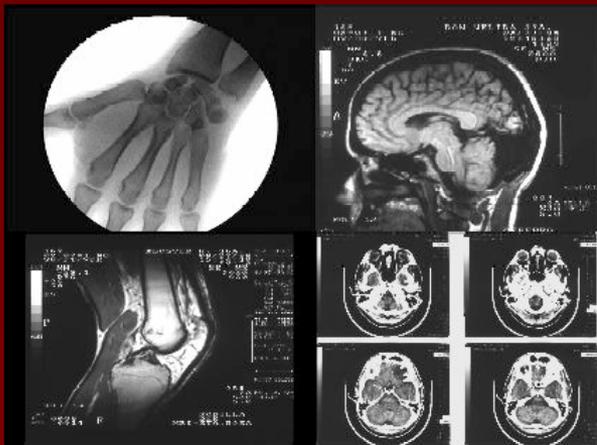
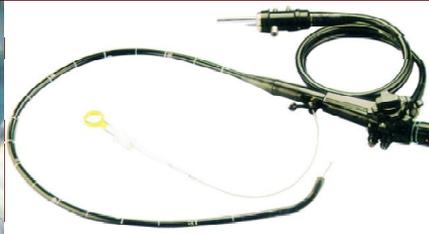


Copyright 2005 by Randy Glasbergen.  
www.glasbergen.com



**“Ya me he diagnosticado a mí mismo en Internet.  
Sólo he venido para una segunda opinión”**

# Tecnología en medicina



( Medios Terapéuticos en Salud )

# Etica de la Racionalización del Uso de las Tecnologías en Salud

**Las Nuevas Tecnologías intervienen en varios niveles, a saber :**

1. Un primer nivel Estructural ó de acogida, de los diferentes recursos estables , convencionales y especializados.
2. Un segundo nivel integrado por las personas sujeto de la atención, que consiste en un circuito dinámico, abierto, interactivo y con diferentes perfiles y tramos .
3. El tercer nivel en el que intervienen las Nuevas Tecnologías es en el nivel de los profesionales, y en ella se incluiría tanto la tecnología que permite avanzar en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades como en aquellas tecnologías facilitadoras del trabajo de los profesionales, incrementando las garantías de eficacia y calidad de la organización . Ello comportará una nueva formación y una nueva cultura , en tanto que del buen uso de las mismas y de su optimización dependerá el grado el grado de eficacia de las mismas.
4. El cuarto nivel se sitúa en el circuito periférico del proceso asistencial en donde elementos como la comunicación y la percepción real de la eficacia es fundamental, por cuanto es necesario contrastar que la inversión humana , en tiempo y economía se traducen en una mejora de la calidad de la atención que puede y debe ser evaluada y contrastada.

# Ética de la Racionalización del Uso de las Tecnologías en Salud ( Medios Terapéuticos en Salud )

- La denominación de **Tecnologías en Salud** se refirió inicialmente a los medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes.
- **Desde que fue formulada esta definición** se ha ampliado hasta la actualidad donde se incluyen todas las tecnologías preventivas /diagnósticas / terapéuticas que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas) (técnicas, procedimientos, intervenciones), incluyendo las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso, algo no suficientemente explícito en la definición anterior.

# Ética de la Racionalización del Uso de las Tecnologías en Salud ( Medios Terapéuticos en Salud )

**Los problemas éticos** se presentan continuamente en la práctica médica y especialmente en relación con adelantos tecnológicos de carácter diagnóstico y terapéutico. **El alto costo de estos recursos** obliga a utilizarlos de manera selectiva y es entonces cuando surge el **conflicto de decidir quiénes** deben beneficiarse con ellos y quiénes no. En los últimos años han arreciado las críticas por **el uso indebido / inapropiado de esas nuevas tecnologías** y las repercusiones que esto tiene sobre **la relación entre costos y beneficios**.

If, as I believe, the ends of men are many, and not all of them are in principle compatible with each other, then the possibility of conflict - and of tragedy - can never wholly be eliminated from human life, either personal or social.

*Berlin, I. «Two Concepts of Liberty» .*

*En Berlin, I. Four Essays on Liberty . Oxford: Oxford University Press, 1969*

- Decisiones políticas / macrogestión.
- Evidencias científicas.
- Decisiones profesionales.
- Demandas de usuarios / pacientes (intereses sociales).
- Intereses económicos (mercado de las Tecnologías de la salud).

# ¿Por qué es importante la evaluación de tecnologías de salud?

Durante los últimos quince años el interés por la evaluación de tecnologías de salud ha ido aumentando en los países desarrollados por el efecto de una o varias de las siguientes razones:

- **Un conocimiento cada vez más preciso de la variabilidad de la práctica clínica**, causada por diversas razones (por ejemplo, diversidad clínico epidemiológica, incertidumbre, aceptabilidad, diferencias en el entrenamiento y/o en los incentivos, etc. ) que pueden inducir pautas de conductas poco uniformes, y posiblemente inapropiadas en ciertos casos, por parte de los profesionales por ejemplo, la tasa de uso de un determinado procedimiento quirúrgico o farmacológico en dos provincias de un mismo país, o dos ciudades del mismo estado, puede oscilar, siendo idéntico el modelo de organización de los servicios y la formación de los profesionales.

- **La constatación de los elevados niveles de incertidumbre sobre el efecto real de muchas de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas más extendidas sobre la salud individual y colectiva**, y en particular sobre la disminución del sufrimiento, la mejora de la calidad de vida o la prolongación de esta.

- **La rapidez en la introducción de nuevas tecnologías, pues el ritmo de producción de nuevas posibilidades de diagnóstico y terapéuticas es tan alto, y la presión de los intereses**, dígase industria, potenciales usuarios, etc., es tan fuerte que, a menudo, las novedades son introducidas para su uso generalizado mucho antes que sea posible evaluar rigurosamente su impacto clínico real, sus consecuencias éticas y su impacto económico y social.

- **El carácter poco sustitutivo y a menudo complementario de muchas tecnologías nuevas, particularmente diagnósticas, respecto a las antiguas, con sus consecuencias** tanto en el trato a los pacientes (incremento del intervencionismo, tendencia a la deshumanización) como en el costo de cada proceso, lo cual, combinado con la tendencia al aumento de los procesos atendidos por el envejecimiento de la población, explicaría en gran medida el crecimiento del gasto en salud de muchos países.

# Ética de la Racionalización del Uso de las Tecnologías en Salud ( Medios Terapéuticos en Salud )

## Relevancia del uso adecuado de la Tecnología

- **El encarecimiento constante de los servicios médicos** obligará, sin dudas, al desarrollo de auditorías para investigar el empleo de estas técnicas, tanto diagnósticas como terapéuticas y su relevancia en el manejo del paciente.
- **Esta relevancia puede tener un significado distinto de un país a otro.** A menudo la alta tecnología se importa de otra nación más desarrollada y se utiliza sin tener en cuenta las características locales en cuanto a la organización del personal, tanto facultativo como técnico, o simplemente en cuanto a su economía.
- **De modo que no es de extrañar que haya dificultades de mantenimiento, que los resultados no sean enteramente satisfactorios** ni comparables a los obtenidos en el país de origen y que la consecuencia sea el despilfarro de recursos.

# Ética de la Racionalización del Uso de las Tecnologías en Salud ( Medios Terapéuticos en Salud )

- **Mejorar el proceso de adopción de las innovaciones Tecnológicas y evaluar la utilidad, pertinencia, impacto en resultados de salud y coste en las que ya están siendo utilizadas; constituye el Objetivo fundamental.**
- **Asegurar el uso apropiado de las tecnologías sanitarias, aplicando las que resultan efectivas se usan en los casos en los que están indicadas y de la manera en la que sus ventajas han demostrado compensar sus riesgos**

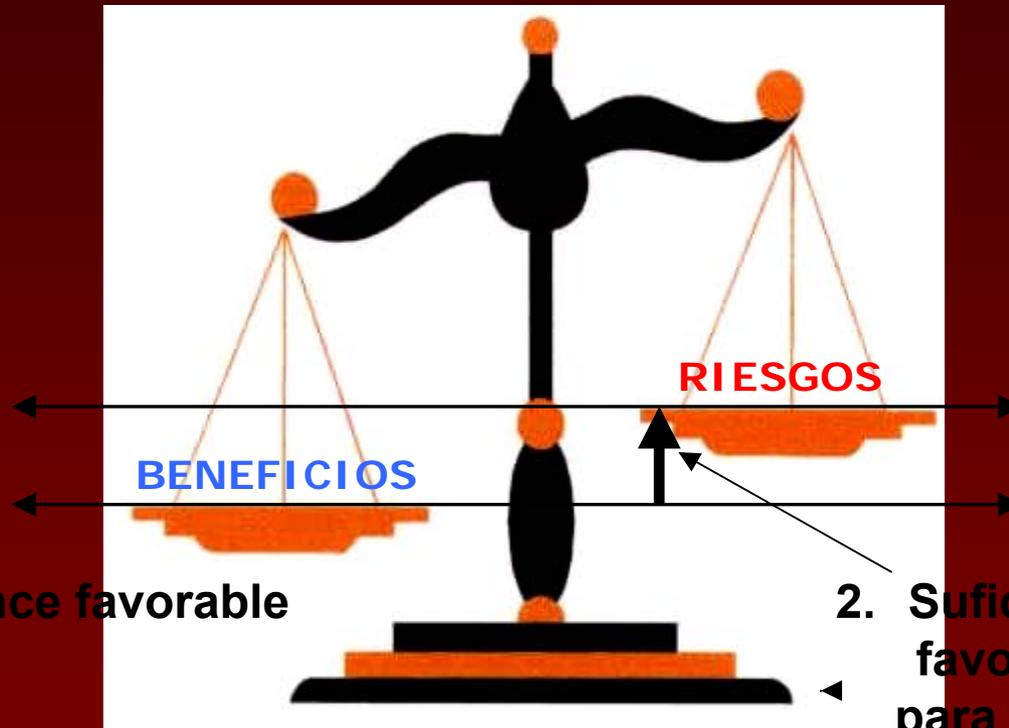
## **El uso inapropiado de las tecnologías sanitarias, incluye:**

- La adopción de innovaciones sanitarias que resultan ineficaces o innecesariamente peligrosas
- El uso de tecnologías sanitariamente intrínsecamente eficaces, pero en casos en los que no lo son o en condiciones de aplicación inadecuadas
- La infrautilización de tecnologías que son eficaces, seguras, efectivas y eficientes, en los casos en los que deberían aplicarse.

## **Usar inapropiadamente las tecnologías sanitarias:**

- Reduce la calidad de la asistencia sanitaria
- Expone a los pacientes a riesgos injustificados
- Genera un derroche ingente de recursos sanitarios, que por su magnitud está amenazando la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

# INTERVENCIÓN CLÍNICA ADECUADA



1. Balance favorable

2. Suficientemente favorable como para justificar los **INCONVENIENTES** y los **COSTES**

3. Ninguna otra intervención alternativa con mejor balance

# Aspectos Éticos de la Tecnología Médica

## ¿Qué y cómo se evalúa?

La evaluación de las tecnologías de salud considera básicamente:

- ✓ Seguridad.
- ✓ Eficacia.
- ✓ Efectividad.
- ✓ Utilidad.
- ✓ Impacto Económico.
- ✓ Consecuencias organizativas.
- ✓ Implicaciones éticas.
- ✓ Impacto social.

El método más generalmente empleado para evaluar una tecnología, y primer paso para todos los demás, es **la consolidación de la mejor evidencia disponible**.

# Aspectos Éticos de la Tecnología Médica

**Aunque muchas de las consideraciones reseñadas sobre el efecto de la tecnología en la asistencia médica no pueden ser objeto de ningún análisis ético cuantitativo es necesario responder a las siguientes cuestiones:**

- ✓ ¿Se justifica el uso de una nueva tecnología de acuerdo con su precio, calidad, rendimiento y eficacia?
- ✓ ¿Hay personal suficientemente capacitado para su buen uso?
- ✓ ¿Supera la nueva técnica las que ya están en uso y supone ventajas económicas?
- ✓ ¿Mejora la calidad de vida de los pacientes en los que se va a utilizar?
- ✓ ¿Podrá ser utilizada por la población general o estará reservada para unos pocos ?
- ✓ ¿Se han identificado los riesgos de su aplicación a corto y a largo plazo?
- ✓ ¿Existe algún análisis sobre opciones alternativas que pudieran constituir una mejor versión?

**Si bien los costos y beneficios de las nuevas tecnologías han sido discutidos ampliamente en estos últimos años, se ha dedicado mucho menos atención a su aparición y mecanismos de aceptación en la práctica médica.**

- ✓ ¿Qué tipo de estudios son necesarios para darles el visto bueno?
- ✓ ¿Qué tipo de consentimiento debe obtenerse del paciente en quien se aplicará una nueva tecnología?
- ✓ ¿Tienen los médicos una obligación especial de informar a los pacientes de que los beneficios de la nueva tecnología son todavía inciertos?

# Aspectos Éticos de la Tecnología Médica

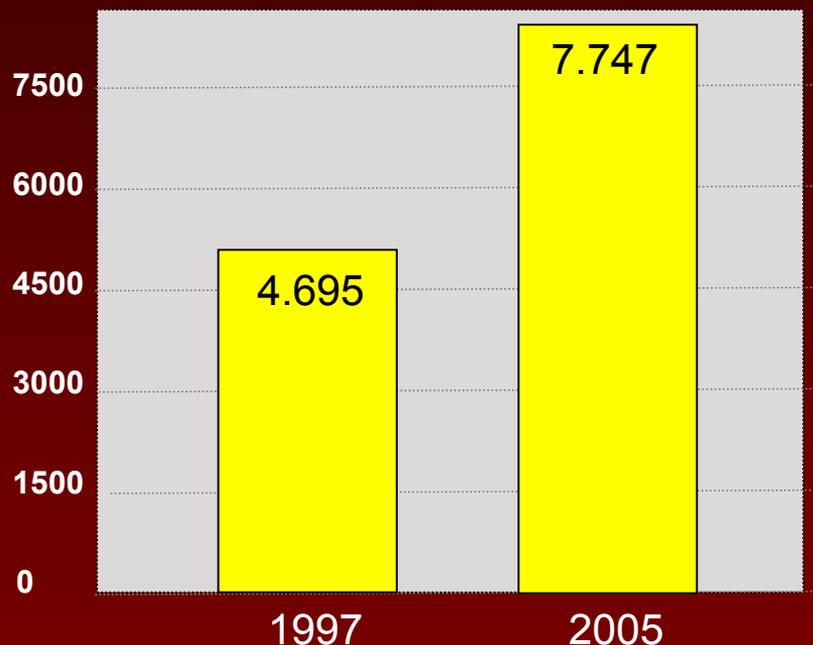
- Los procedimientos de evaluación y regulación varían de acuerdo con las características propias del sistema sanitario y, a veces, de las políticas científicas y comerciales del país en cuestión. En países con sistemas sanitarios de financiación mayoritariamente pública (por ejemplo Canadá, Suecia, Noruega, Reino Unido o España) a lo largo de la última década se han ido creando organismos públicos, o de financiación mayoritariamente pública, dedicados a la evaluación de las tecnologías de salud.
- Dichos organismos en algunos casos dependen de los parlamentos y en otros de los gobiernos centrales y/o regionales; constatándose, en casi todos, cierta dispersión de actividades y sintiéndose la necesidad de coordinar más los distintos grupos.
- En los Estados Unidos han ido proliferando las empresas privadas dedicadas a la evaluación de las tecnologías de salud, se ha fortalecido el papel que venían jugando las sociedades científicas y profesionales, y el enfoque se ha ido desplazando desde el nivel macro de la regulación de la introducción al más micro del control de su utilización.



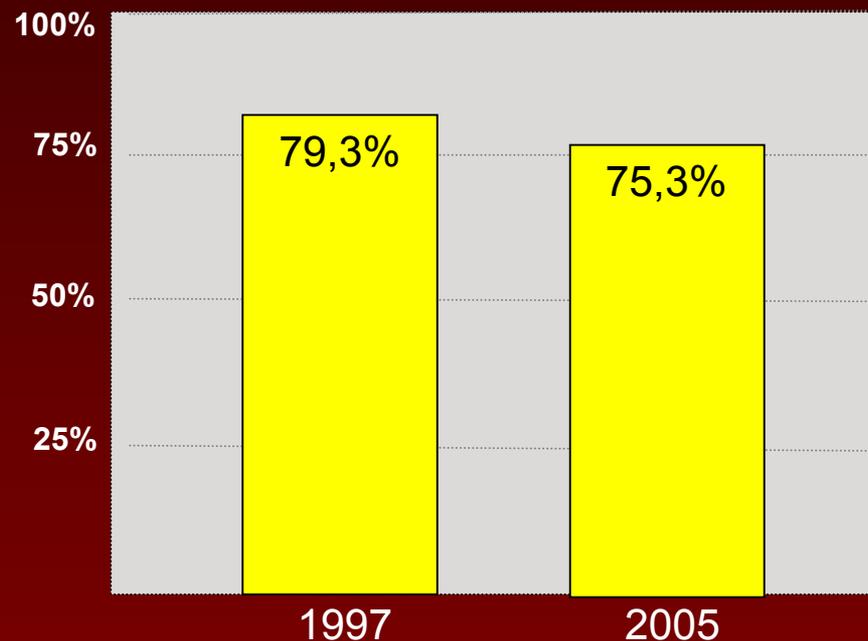
# Más gasto sanitario ≠ mejores resultados

Tratamiento del dolor lumbar en los USA, 1997-2005:

Coste medio por caso (\$ constantes)



Pacientes que vuelven a su vida normal

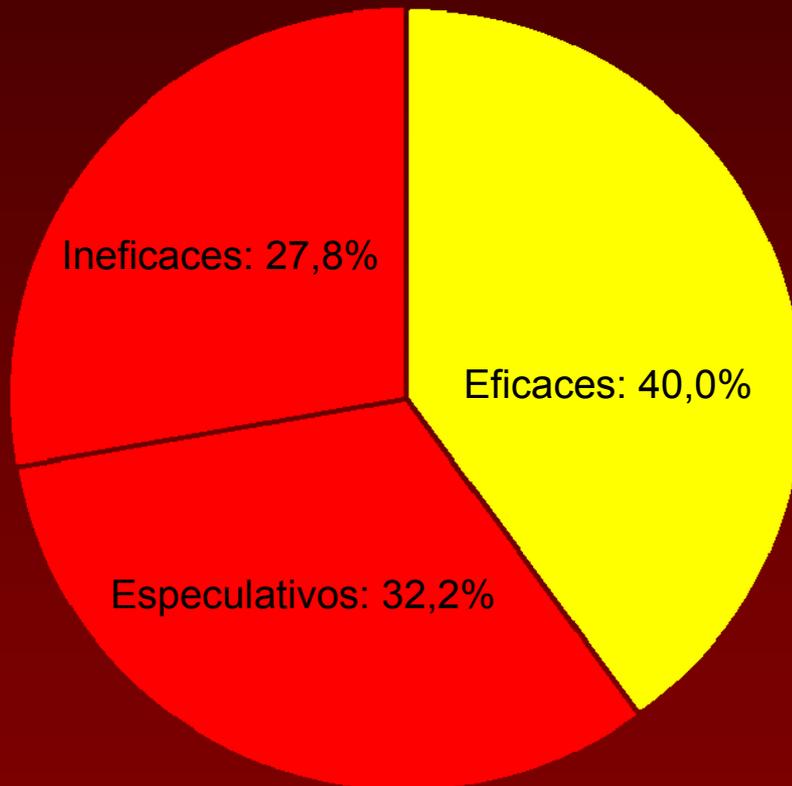


**> 65% gasto, para empeorar los resultados**

# Gasto inapropiado en tecnologías sanitarias

## 1. Aplicar tecnologías inútiles

- Recursos públicos destinados a rehabilitación de cuello, espalda y hombro, en 2002-2005 (SCS)



**25 M € anuales en tratamientos rehabilitadores sin fundamento**

# Gasto inapropiado en tecnologías sanitarias

## 2. Aplicar tecnologías cuando no están indicadas

➤ La artrodesis para el tratamiento de la lumbalgia:

- Eficacia vs. placebo, desconocida
- Efectividad similar al ejercicio

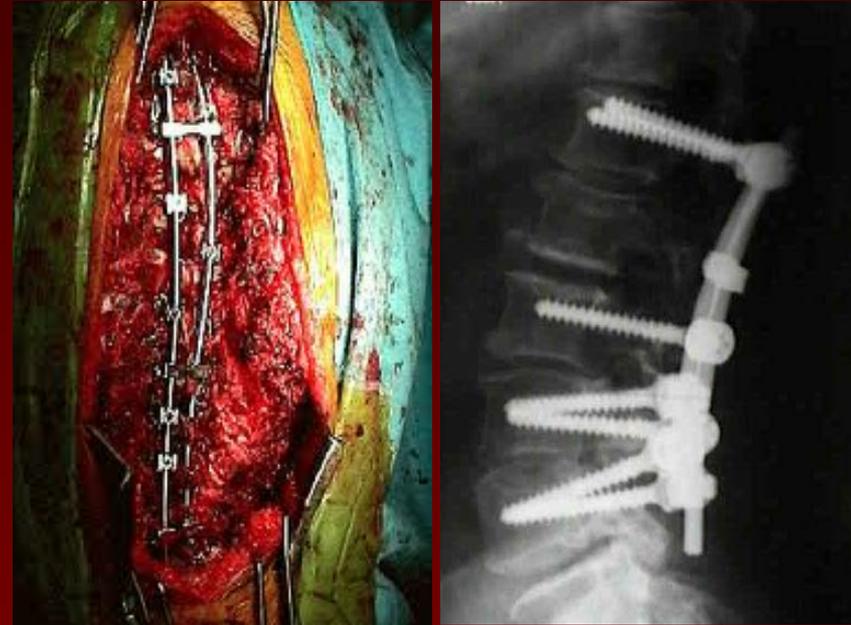
➤ La **artrodesis instrumentada**:

- **No** mejora los resultados clínicos
- > 200% riesgo de complicaciones
- > 400% riesgo de reoperar
- > 270% el coste

➤ Reino Unido: **1.000** / año (en total)

➤ España: **21.000** / año

- Sólo en los servicios públicos de ortopedia
- Prácticamente todas instrumentadas
- Sin seguimiento ni análisis de sus resultados

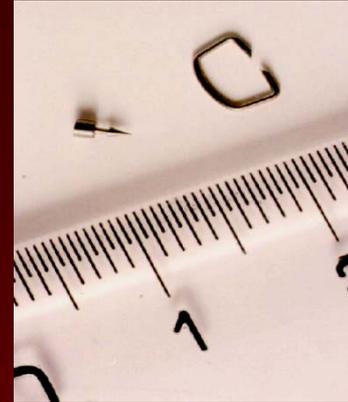


**> 250 M € anuales en cirugía superflua y sufrimiento innecesario**

# Gasto inapropiado en tecnologías sanitarias

## 3. No aplicar tecnologías comprobadamente eficientes

- La intervención neuroreflejo-terápica (NRT):
  - Demostradamente efectiva y eficiente para síndromes mecánicos del raquis
  - Ensayos clínicos, revisión sistemática Cochrane, informes de agencias de evaluación, y guías de práctica clínica
- Mejora un 300%-600% los resultados del tratamiento en el SNS
- Ahorro neto anual: 3 M€ / M habitantes en fármacos, cirugía, rehabilitación, RX, RM, y visitas a AP y especialistas
- Sólo se aplica en 3 de los 17 Servicios de Salud



**135 M € anuales por privar a unos pacientes del tratamiento que necesitan**

# ¿Cómo puede ser?

- Sanidad ≠ mercado sanitario

Las decisiones sanitarias no se basan sólo en el conocimiento científico ni en el interés público

- No siempre coinciden plenamente las prioridades de todas las partes:



# Algunos hechos (internacionales):

- Nunca se ha comprobado la eficacia o seguridad de >98% de las tecnologías no farmacológicas (Tec NF) que se aplican asistencialmente
- > 96% de las “novedades revolucionarias” son tramitadas como “equivalentes a lo existente antes de 1976”
- Las técnicas quirúrgicas no se evalúan; sólo los productos comercializables (prótesis, implantes, etc.)
- Una vez aprobada una Tec NF, nadie controla sus resultados ni que se cumplan los estándares de formación o los criterios de indicación
- El 50% de los efectos adversos de los fármacos se desvelan después de comercializarlos. ¿Tec NF?
- Nunca se ha retirado una Tec NF por ineficaz: sólo si sus problemas de seguridad se hacen públicos (¿quién los registra?)
- En los USA, ya hay comisiones de investigación del Senado y condenas de cárcel por los abusos demostrados (ocultación y falseamiento de datos de ineficacia y efectos secundarios, comisiones ilícitas a médicos, etc.)

# Aspectos Éticos de la Tecnología Médica

- En estos últimos años han abundado las críticas debido al inadecuado empleo de pruebas diagnósticas por parte de los médicos y no solo en relación con la alta tecnología. Un examen de rutina mal indicado en un número elevado de pacientes puede acarrear pérdidas costosas como la de una prueba diagnóstica sofisticada mal empleada en unos pocos casos.
- Un estudio reciente llevado a cabo en los Estados Unidos en el que se analiza la utilidad de una serie de pruebas diagnósticas pre operatorias, indicó que de los 6200 análisis practicados a 2000 pacientes, más del 60 % no se justifican por la historia clínica del enfermo o por su exploración física.
- En otra auditoría de carácter multicentrico del mismo país, se demostró que 17 % de las endoscopías digestivas realizadas no tenían indicación precisa y en otros estudios similares se han señalado cifras aún mas elevadas. Quizás más preocupante sea el descubrimiento de que el 17 % de una serie de 1677 angiografías coronarias no contaban con una indicación clara.
- Es lógico pensar que si estas cifras corresponden a datos obtenidos en hospitales de prestigio de los Estados Unidos y otros países, las diferencias serán todavía mayores en el ámbito de una práctica privada, donde se ejerce mucho menos control. Tanto radiólogos como analistas se quejan de aumento progresivo de peticiones de análisis y diagnósticos, muchos de ellos aparentemente injustificados.
- Cada año, en España, la sanidad pública y la privada gastan, en conjunto, más de 25 millones de euros en resonancias magnéticas lumbares "totalmente injustificadas". Unas pruebas que, según ha mostrado un estudio financiado por la Fundación Kovacs, cuando se realizan de manera inapropiada aumentan hasta un 400 por ciento el riesgo de que el paciente sea operado.

# La peculiaridad española

La sistemática con la que se decide qué paga la sanidad pública española

- Está diseñada con criterios políticos y territoriales, no científicos ni técnicos
- Lo que se paga y no se paga, no coincide con las recomendaciones basadas en el conocimiento científico



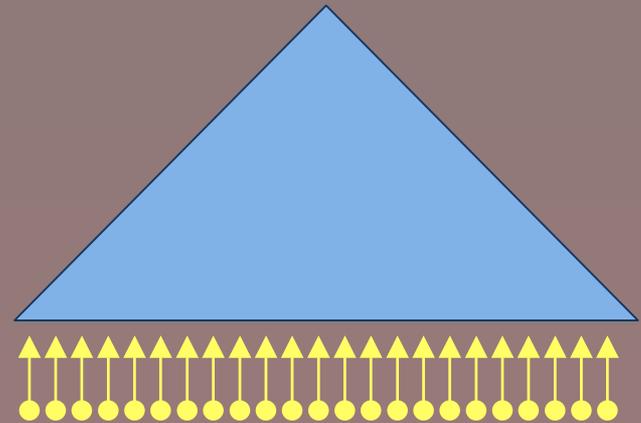
Ineficiencias, sufrimientos y costes innecesarios

# Sistemática de decisión

Existen dos opciones para decidir si una tecnología se usa en la sanidad pública:

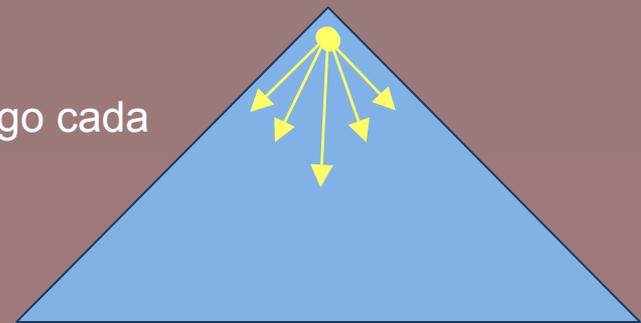
## Opción I. *Por CCAA*

La decisión es tomada por cada Comunidad Autónoma. El proceso tiene que repetirse 17 veces



## Opción II. *A nivel nacional*

La decisión se toma una sola vez, centralmente, y luego cada CCAA la aplica en su territorio



# Sistemática de decisión regional

- Cada gobierno autonómico:
  - Decide qué tecnologías sanitarias cubre
  - Puede (o no) encargar un informe a su propia “Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria”, o departamento o servicio regional equivalente
  - Si encarga el informe, puede (o no) hacer caso de sus recomendaciones
  
- El proceso tiene que ser repetido **17 veces**

# Sistemática de decisión nacional

- **Fármacos: Agencia Española del Medicamento**

# Sistemática de decisión nacional

- **Fármacos: Agencia Española del Medicamento**
- **“Tecnologías no farmacológicas”** (diagnóstico o tratamiento):

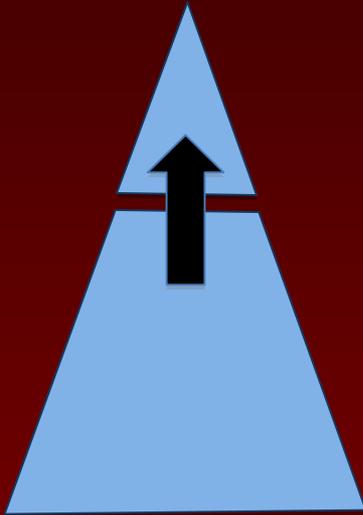


## Consejo Interterritorial de Salud

- Consejeros de Sanidad
- Ministra y altos cargos del ministerio

# Sistemática de decisión nacional

- **Fármacos: Agencia Española del Medicamento**
- **“Tecnologías no farmacológicas”** (diagnóstico o tratamiento):



## Consejo Interterritorial de Salud

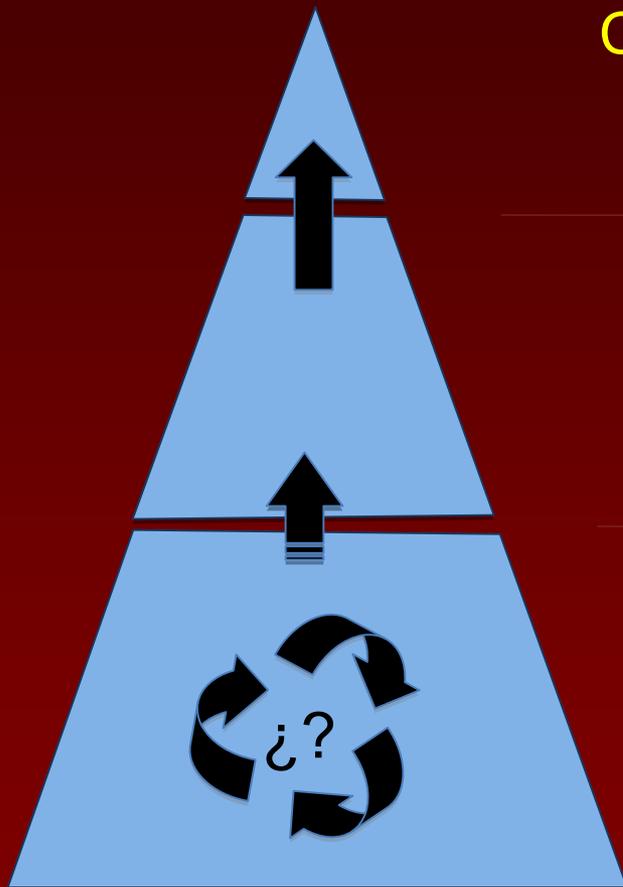
- Consejeros de Sanidad
- Ministra y altos cargos del ministerio

## Comisión de Prestaciones

- 56 cargos de confianza (consejerías + ministerio)
- Con o sin conocimiento técnico

# Sistemática de decisión nacional

- **Fármacos: Agencia Española del Medicamento**
- **“Tecnologías no farmacológicas”** (diagnóstico o tratamiento):



## Consejo Interterritorial de Salud

- Consejeros de Sanidad
- Ministra y altos cargos del ministerio

## Comisión de Prestaciones

- 56 cargos de confianza (consejerías + ministerio)
- Con o sin conocimiento técnico

## Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Fiebre autonómica:

- Cinco agencias redundantes (CCAA + ISCIII)
- + varias CCAA con “Servicios de Evaluación”
- + 1 DG por Comunidad (como mínimo)

# En realidad:

## Decisiones politizadas, sin fundamento científico riguroso:

### ➤ Agencia del medicamento:

- Escasos recursos, pocos metodólogos, menos expertos clínicos
- Financiada por la industria (“consultas”)
- Sometida a presiones políticas (nacionales e internacionales)

### ➤ Comisión de Prestaciones

- Diseño disfuncional (56 miembros variables, 48 horas)
- Carente de conocimiento técnico, añade pero no retira
- Competencias arbitrarias (autorización innecesaria si implantación por autonomías o por la vía de los hechos)

### ➤ Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

- Metodólogos sin conocimiento clínico
- Atomizadas + pocos recursos = talento fugado
- Informes:
  - Arbitrarios (no preceptivos)
  - Redundantes, secretos y de baja calidad científica (45%-75% inversión en investigación científica, dilapidada)

# En realidad:

Decisiones politizadas, sin fundamento científico riguroso:

- ◆ Informes científico-técnicos, **arbitrarios** (pueden pedirse, o no)
  - Escasos recursos, pocos metodólogos, menos expertos clínicos
- ◆ Habitualmente, **de ínfima calidad científica** (metodólogos sin conocimiento clínico, informes no revisados por pares, no publicados)
  - Someteda a presiones políticas (nacionales e internacionales)
- ◆ La mayoría se mantienen **secretos**
  - Comisión de Prestaciones
  - Diseño disfuncional (56 miembros variables, 48 horas)
- ◆ Los informes pueden **ser tenidos en cuenta, o no**
  - Carente de conocimiento técnico, añade pero no retira
  - Competencias arbitrarias (autorización innecesaria si implantación por autonomías o por la vía de los hechos)
- ◆ Decisiones técnicas, **adoptadas por órganos políticos**
  - Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
  - Metodólogos sin conocimiento clínico

**¿Mecanismo racional de base científica o instrumentada para decisiones arbitrarias?**

- Arbitrarios (no preceptivos)
- Redundantes, secretos y de baja calidad científica (45%-75% inversión en investigación científica, dilapidada)



# Consecuencias

## ➤ El marketing prima sobre la Ciencia

- No hay un sistema riguroso para decidir qué tecnologías sanitarias financia el SNS, y cuáles no
- Se aplica lo que genera negocio (sea, o no, eficaz o peligroso)
- Una vez que se pagan, las tecnologías se aplican a ciegas
  - No se comprueban sus indicaciones
  - No se analizan sus resultados
  - No se optimiza su aplicación

## ➤ Pacientes:

- Expuestos a tratamientos inútiles y riesgos innecesarios
- Privados de tratamientos eficaces que sí necesitan

## ➤ Dilapidamos $\geq 30\%$ del gasto sanitario en uso inapropiado

# ¿Negamos la realidad, o actuamos?



jornada

OMC  
ORGANIZACIÓN  
MÉDICA  
ESPAÑOLA

Jornada científica

La adopción de las  
**innovaciones sanitarias:**  
análisis crítico y recomendaciones

Jueves, 25 de Noviembre de 2010  
De 10.30 a 19.00 h.  
**SEDE DE LA OMC**  
Plaza de las Cortes 11- 28014 Madrid

Organizan\_

ffOMC  
FUNDACIÓN PARA  
LA INNOVACIÓN  
www.ffomc.org

FUNDACION  
KOVACS

Recomendaciones sobre:

- Qué debe considerarse como “enfermedad”
- Cómo decidir qué tecnologías implantar en el SNS, y cómo implantarlas
- **III CONVENCION DE LA PROFESION MEDICA (17-11-2012)**

[www.adopcioninnovacionessanitarias.es](http://www.adopcioninnovacionessanitarias.es)



# Principales recomendaciones

## 1. Diferenciar “prestaciones” de “tecnologías”



Decisión política



Decisión técnica

## 2. Priorizar los intereses de los pacientes y el erario, sobre los de los proveedores y la industria

- Fundamentar las decisiones sobre tecnologías sanitarias en el conocimiento científico
- Instaurar un proceso sistemático y mantenido de evaluación
- Asegurar su rigor y transparencia

# Aspectos Éticos de la Tecnología Médica

- Los problemas que se plantean por el uso indebido de tecnologías diagnósticas son de diversos tipos:
  - **Utilización de pruebas** cuando ninguna de ellas esta justificada.
  - **Excesivo número de pruebas, varias de las cuales son superfluas.**
  - **Empleo de pruebas de escaso rendimiento cuando hay otras disponibles para el mismo fin que son más eficaces y menos costosas.**
- La conclusión inevitable es que muchos facultativos ignoran la utilidad real de las pruebas que indican en comparación con otras, sea en relación con su posible valor en distintas circunstancias clínicas o bien con respecto a su coste.

# Ética de la Racionalización del Uso de las Tecnologías en Salud ( CDM – 2011 - Medios Terapéuticos en Salud )

- **La prescripción, El Acto de prescribir , corolario final del propio Acto Médico tal y como consta definido** en nuestro **Código de Deontología Médica (CDM) (art. 23.6)**, debe estar impregnado de conocimiento responsable, autoridad clínica, actitud ética, sentido común y de lógica aplicada a los últimos conocimientos científicos, pero también de información compartida y ponderada con un paciente autónomo, participe de nuestras decisiones, informado y co- responsable.
- Es cierto que el médico debe disponer de libertad de prescripción **(Art. 23.1 del CDM)** pero no es menos cierto que está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición **(Art. 7.4 del CDM)**.
- **DEBEMOS asegurar cuatro Racionalidades que deben estar integradas en una adecuada prescripción , a saber : Racionalidad clínica, Racionalidad terapéutica , Racionalidad farmacológica y Racionalidad económica**, además de la procura del bien del enfermo como principio de cualquier acto / actuación que todo buen médico ha de preservar: la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de ésta debe anteponerse a cualquier otra conveniencia **(art. 5.3 del CDM)**. El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia vs. seguridad se haya demostrado científicamente **( art.26.1 del CDM)**.
- **El médico ha de actuar conforme a una noción actual y responsable de la libertad de prescripción**, libertad que consiste hoy en la capacidad del médico de elegir, entre las intervenciones disponibles, una vez realizado un correcto diagnóstico clínico, la que más conviene a su paciente, tras haber sopesado su validez, y utilidad; de haber decidido, atendiendo a criterios de seguridad y eficacia, la más idónea y adecuada a la circunstancia clínica concreta de su paciente y de haber obtenido de éste el necesario consentimiento.

# Renunciando a las intervenciones sanitarias de bajo valor: ¿Cuánta evidencia es necesaria para cambiar las creencias?

## Sesgos tendentes a la asistencia / intervención sanitaria innecesaria

Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

Al clínico le pesa no administrar un Tratamiento o aplicar una Tecnología cuando pueda dar lugar a un beneficio (pesar de omisión), venciendo el pesar por las consecuencias de un tratamiento innecesario (pesar de comisión).

*Grupo GRADE de Evaluación de Medicamentos, SES (evalmed.es), Abril 2013*

- **Sesgo pro - intervención**, especialmente entre los médicos más jóvenes, hacia la elección de una acción sobre la inacción, incluso si los beneficios marginales de acción son muy pequeños.
- **Sesgo pro - tecnología e "innovación"** por la creencia de que los nuevos tratamientos y tecnologías son superiores a sus predecesores.
- **Deseo de complacer a los médicos referentes.**
- **Temor a la aprobación o al litigio del paciente por no hacer las cosas (medicina defensiva).**
- **Suministro impulsado por la demanda** (deseo de la industria y los proveedores para generar ingresos en presencia de un exceso de capacidad).
- **Sobreestimación por médicos y pacientes de los beneficios y seguridad del tratamiento.**
- **Sobreconfianza en el razonamiento fisiopatológico**, o en las variables subrogadas que no necesariamente se traducen en beneficios importantes para el paciente.
- **Guías de práctica clínica que carecen de una sólida base de pruebas** o que están escritas por expertos con "conflicto de intereses".
- **Pago por servicio (que premia la cantidad y no la calidad de los servicios).**

*I. A. Scott 1,2 and A. G. Elshaug 3,4*

*1 Internal Medicine and Clinical Epidemiology, Princess Alexandra Hospital, 2 University of Queensland, Brisbane, Queensland, 3 School of Population Health, University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australia and 4*

# Aspectos Éticos de la Tecnología Médica

**Hace casi un cuarto de siglo, Peter Skrabanek, quien acuñó el término de “escepticismo”,** deslizó en el Journal of Medical Ethics una sensata constatación:

Resulta paradójico que la experimentación médica sobre individuos, sean pacientes o voluntarios sanos, esté hoy en día controlada por estrictas guías éticas, mientras no existe tal protección para las poblaciones en su conjunto que resultan sometidas a intervenciones sanitarias en nombre de la medicina preventiva o la promoción de la salud . Dado que muchas de tales intervenciones, como los cribados masivos de cánceres o de factores de riesgo asociados a patologías coronarias, son de dudoso beneficio o de incierto equilibrio entre sus daños y beneficios, no existe justificación para mantener el vacío ético en el que se encuentra la medicina preventiva en la actualidad.

*Skrabanek, P . «Why is preventive medicine exempted from ethical constraints?». Journal of Medical Ethics, 16, 1990, págs . 187-190*

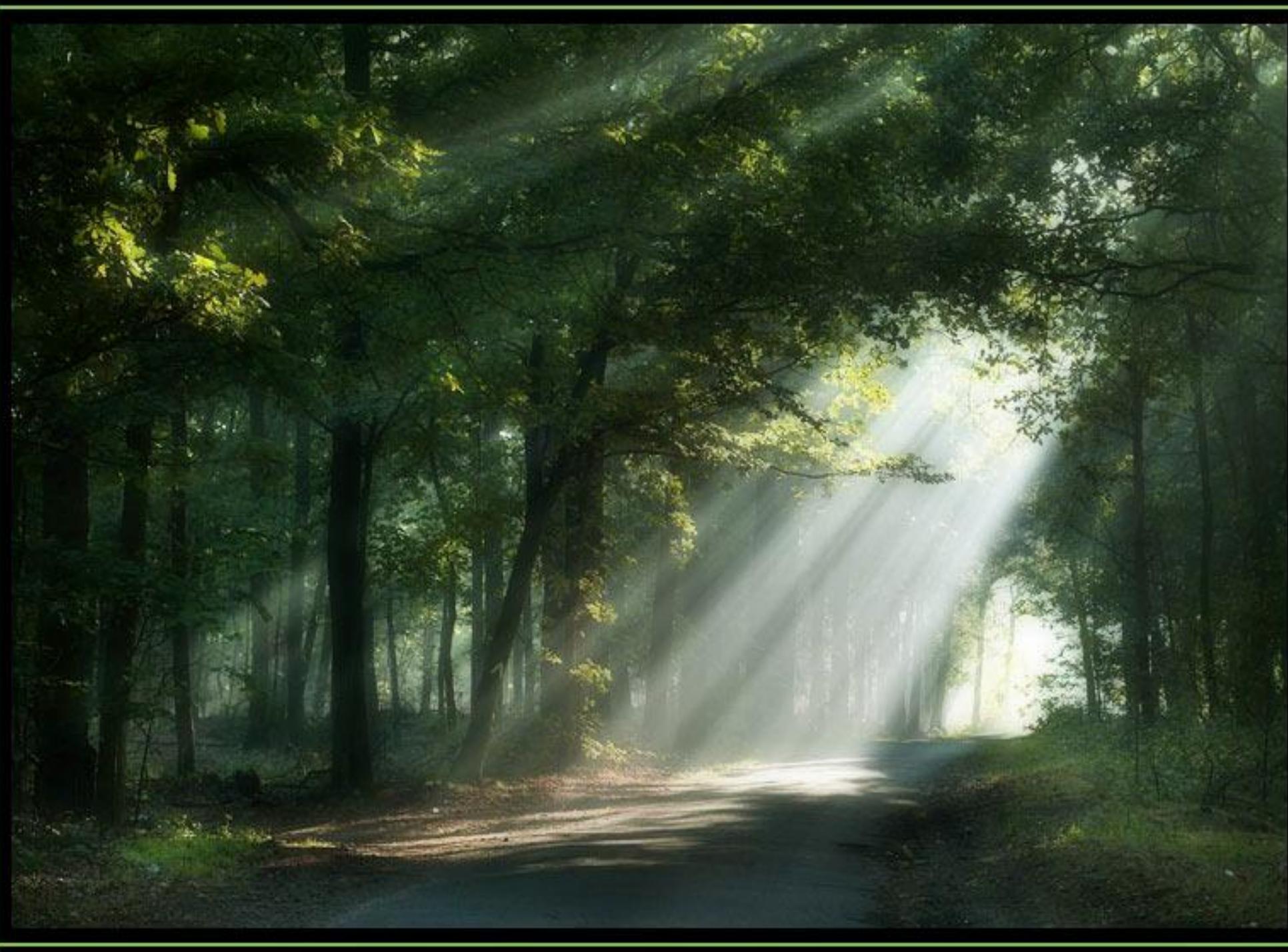
# Conclusiones (I)

- 1.-** La Tecnología esta sujeta a cierto determinismo social, esta es movida por intereses sociales.
- 2.-** El surgimiento de una nueva Tecnología en salud constituye un dilema ético desde el punto de vista sanitario, político, cultural y social.
- 3.-** Las decisiones sobre las Tecnologías en salud deben ser tomadas sobre la base de los resultados de su evaluación para lo cual resulta imprescindible la realización de centros especializados en esta actividad. Las Corporaciones profesionales médicas y SSCC deben propiciar la formación de los clínicos en la metodología de la investigación y la gestión clínica que les capaciten en los fundamentos metodológicos y de utilización responsable en el uso de las Tecnologías.
- 4.-** Tanto los usuarios de la información evaluativa como los investigadores, que respectivamente representan la demanda y la oferta de esa información, comparten la responsabilidad de promover la evaluación de Tecnologías de salud y la formación de evaluadores.
- 5.-** Las Administraciones, las Agencias y los centros de decisión, también tienen que comprometer recursos y crear oportunidades para adiestrar a evaluadores de tecnologías de salud y formar profesionales independientes y con capacidad ejecutiva en la interpretación y utilización de la información obtenida.
- 6.-** Analizar el proceso de adopción y aplicación tanto de las innovaciones sanitarias ( tecnológicas y clínicas )como de las que están siendo utilizadas, la variabilidad de la práctica clínica y definir e identificar rigurosamente las que resulten efectivas, adecuadas y eficientes debe ser un objetivo profesional y ético irrenunciable.

# Conclusiones (II)

Para reducir el gasto sanitario mejorando los resultados clínicos, **es indispensable racionalizar la adopción y el uso de las tecnologías sanitarias**

7. Asegurar que las autoridades tienen un mínimo nivel (intelectual y ético)
8. Priorizar los intereses de los pacientes y el erario, sobre los de los proveedores y la industria
9. Instaurar un proceso de adopción racional, riguroso y transparente:
  - Evaluar eficacia, efectividad, seguridad y eficiencia , con equidad
  - Planificar las condiciones de aplicación y los mecanismos de vigilancia
  - Analizar constantemente los resultados en práctica clínica rutinaria
  - Racionalidad clínica, racionalidad terapéutica , racionalidad farmacológica y racionalidad económica.
10. Ligar financiación a resultados (no sólo a volumen de actividad):
  - Dejar de cubrir selectivamente las tecnologías inefectivas o ineficientes
  - Pagar las efectivas y eficientes en función de sus resultados





**GRACIAS POR  
SU GENEROSA  
ATENCIÓN**