

Según los resultados de un estudio español publicado en la revista científica *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*

**Al menos el 60% de los fondos que el SNS ha dedicado a tratamientos rehabilitadores, se han destinado a procedimientos carentes de fundamento científico o inútiles**

- **El estudio se centra en las dolencias del cuello, la espalda y el hombro, que son los motivos más frecuentes de derivación a rehabilitación en el Sistema Nacional de Salud (SNS).**
- **Este es el primer estudio que cuantifica la utilización de los recursos en la sanidad pública española. Sus resultados sugieren que la eficiencia de los recursos sanitarios puede mejorarse notablemente, por lo que no tiene sentido plantear medidas como el copago mientras no se racionalice la sistemática con la que se decide qué tecnologías merecen ser cubiertas con fondos públicos y cuáles no.**

**Madrid, 15 de febrero de 2012.** El dolor cervical, el dolor lumbar y el dolor de hombro son los tres motivos más frecuentes por los que los pacientes son derivados a rehabilitación en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Afectan a entre el 50 y el 70% de la población y suponen una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria.



Un estudio publicado por investigadores españoles en la principal revista científica on-line en ese campo, *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*,\* demuestra que, como mínimo, un 60% de los recursos que el Sistema Nacional de Salud ha destinado a tratamientos rehabilitadores para los pacientes con dolencias cervicales, lumbares y de hombro se han invertido en procedimientos carentes de fundamento científico o comprobadamente inútiles.

Para el **Dr. Pedro Serrano-Aguilar**, Jefe del Servicio de Evaluación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud y primer autor del estudio, *“estos datos demuestran que hay un amplio margen de mejora en la eficacia y eficiencia del tratamiento de estas dolencias en el SNS. El uso de tratamientos ineficaces expone a los pacientes a riesgos, retrasos, expectativas, frustraciones y costes injustificados”*.

El **Dr. D. Juan José Rodríguez Sendín**, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC) ha puesto de manifiesto el deber ético y la corresponsabilidad de los profesionales de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos públicos y por eso *“los médicos –asegura- hemos ofrecido nuestra disposición a trabajar en la racionalización de las prestaciones, en la utilización de los recursos y servicios sanitarios en términos de coste/efectividad”*.

*“Igual que tenemos la obligación de denunciar la pérdida de calidad de la atención prestada a los pacientes, tenemos la obligación de denunciar –afirma- los recursos que el SNS destina a tratamientos inapropiados como los que este estudio pone de manifiesto, mientras que otros, que han*

---

\* Serrano-Aguilar P, Kovacs FM, Cabrera-Hernández JM, Ramos-Goñi JM, García-Pérez L. Avoidable costs of physical treatments for chronic back, neck and shoulder pain within the Spanish National Health Service: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011;12:287 doi:10.1186/1471-2474-12-287



*demostrado ser efectivos y ahorran más de lo que cuestan, no se generalizan”.*

Tras recordar las reiteradas denuncias públicas de la OMC en este sentido, así como el último documento de *“Recomendaciones para mejorar la adopción de las innovaciones sanitarias y su utilización en la sanidad española”*, de 2011, añade que *“antes de reclamar copago a los pacientes o cambiar las condiciones de trabajo de los profesionales, es necesario mejorar la eficiencia con la que se usan los recursos disponibles”*.

Por su parte, el **Dr. Francisco Kovacs**, coautor del estudio y director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE), señala que *“estos datos también aconsejan que las autoridades sanitarias no retrasen más la aplicación de las medidas recomendadas por los expertos para asegurar que se decide con un fundamento racional qué tratamientos financia la sanidad pública y cuáles no. Estas medidas se recogen en [www.adopcioninnovacionessanitarias.es](http://www.adopcioninnovacionessanitarias.es). En el contexto de una crisis económica, no tiene sentido seguir dilapidando recursos en procedimientos inútiles o contraproducentes, ni continuar renunciando al ahorro que generan las tecnologías eficientes”*.

Algunos estudios internacionales previos habían estimado el porcentaje de tecnologías sin fundamento científico que se usaban en otros países, pero éste es el primero en cuantificar el coste que suponen y el primero en calcularlo en la sanidad pública española. Se realizó a partir de los datos del Servicio Canario de Salud por su interés en evaluar la eficiencia de sus recursos, y porque fue el primer Servicio de Salud que implantó un sistema informatizado de



gestión que hacía posible computar los tratamientos rehabilitadores que recibía cada paciente.

Los autores carecen de conflictos de interés, y el estudio ha sido financiado por entidades sin ánimo de lucro ni relación con la industria sanitaria: la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Instituto de Salud Carlos III, la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) y la Fundación Kovacs, una entidad privada sin ánimo de lucro que es responsable del 90,5% de la inversión española en investigación científica sobre dolencias de cuello y espalda.

### **Datos válidos en el Sistema Nacional de Salud sobre los recursos públicos destinados a tecnologías sanitarias que carecen de fundamento científico o son inútiles**

Entre 2004 y 2007, el Servicio Canario de Salud gastó más de 5.100.000 de euros en costear en centros privados concertados el tratamiento rehabilitador de 8.308 pacientes con dolor de cuello, 5.693 con dolor lumbar y 5.035 con dolor de hombro. Como media, estos pacientes recibieron entre 30 y 35 sesiones de rehabilitación, en las que se aplicaron una media de cuatro técnicas rehabilitadoras distintas.

Del total de los tratamientos aplicados, sólo el 39,9% (que supusieron el 40,5% de los costes) contaba con pruebas científicas sobre su eficacia. El resto, no. Así, el 59,5% de los fondos públicos se destinó a pagar tratamientos carentes de fundamento científico. El 27,54% de esos fondos cubrió la aplicación de tratamientos que habían demostrado previamente ser inútiles.



Pero éste es un cálculo muy conservador, pues se realizó asumiendo siempre la hipótesis más favorable para la eficiencia de los recursos sanitarios. Por ejemplo, para considerar que un tratamiento era efectivo bastó con que una sola revisión sistemática o guía de práctica clínica lo clasificara como tal -aunque todas las demás concluyeran lo contrario-, y se asumió que el simple hecho de denominar a un tratamiento con el nombre de uno que hubiera demostrado ser efectivo, significaba que lo era (aunque no se cumplieran los requisitos mínimos con respecto a su duración o características).

Además, sólo se calcularon los costes de los pacientes tratados en clínicas privadas concertadas (que sólo representan el 70% de los pacientes y en los que algunos costes –como los de personal-, suelen ser inferiores a los de la sanidad pública), y sólo se computaron los costes directos en personal y equipamiento, lo que sólo supone una fracción del coste sanitario (al que habría que añadir costes de instalaciones, etc.) y una pequeña parte de los costes totales (que también incluyen costes laborales, tiempo, desplazamientos, etc.).

Aunque la cuantía de los recursos públicos invertidos en rehabilitación puede variar de un Servicio de Salud a otro (por ejemplo, en función de la población cubierta), la proporción de los costes destinados a tecnologías que cuentan y carecen de fundamento científico (40% y 60%, respectivamente) es válida para el conjunto de las Comunidades Autónomas, pues los datos disponibles reflejan que la práctica clínica con esos pacientes es muy similar en todos los Servicios de Salud.

## **Medidas**



Como concluye el estudio, estos resultados aconsejan, especialmente en el contexto actual de crisis económica, dejar de pagar con recursos públicos los procedimientos inútiles o de eficacia desconocida, y reinvertir los recursos así liberados en aplicar tratamientos efectivos (como el ejercicio físico) y en implantar tecnologías efectivas que, pese a haber demostrado generar un ahorro mayor que su coste, todavía no están generalizadas en todos los Servicios de Salud (como la intervención neurorreflejo terapéutica).

En general, se calcula que el 30% del gasto sanitario se destina al uso inapropiado de las tecnologías sanitarias (es decir, en pagar el uso de tecnologías inútiles, el de tecnologías eficaces en casos en los que no están indicadas, o en cubrir los gastos innecesarios debidos a la infrautilización de tecnologías eficientes). Sin embargo, estos cálculos emanan de países en los que, como en los USA, el porcentaje de gasto sanitario privado es mayor que en España.

Este estudio ha sido el primero en calcular el derroche de recursos públicos en un campo concreto en nuestro país. Por eso, el que haya demostrado que el porcentaje de lo malgastado alcanza hasta un 60%, hace urgente racionalizar el proceso con el que actualmente se deciden qué tecnologías sanitarias financia la sanidad pública y cuáles no. A finales de 2010, expertos reunidos por la Organización Médica Colegial y la Fundación Kovacs formularon las recomendaciones técnicas e institucionales necesarias para racionalizar ese proceso ([www.adopcioninnovacionessanitarias.es](http://www.adopcioninnovacionessanitarias.es)), pero esas recomendaciones todavía no se han aplicado.

## **Metodología**



Los autores del estudio analizaron todas las “revisiones sistemáticas” y “guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica” publicadas hasta el 31 de diciembre de 2007, con el objeto de determinar la eficacia o ineficacia de cada tipo de tratamiento rehabilitador. Se tuvieron en cuenta los resultados de todas aquellas revisiones y guías que cumplían  $\geq 70\%$  de los criterios de calidad establecidos al efecto por la comunidad científica internacional.

Con esa base, cada tratamiento se clasificó como “comprobadamente eficaz”, “comprobadamente ineficaz”, “de eficacia incierta” (en caso de que los resultados sobre su eficacia no fueran concluyentes, o fueran contradictorios) o “no evaluado” (en caso de que no se hubieran realizado los estudios necesarios). Bastaba que una sola revisión sistemática o guía considerara que una tecnología era eficaz, para que en este estudio esa tecnología se considerara como tal.

Después, se computaron todos los tratamientos rehabilitadores que costeó el Servicio Canario de Salud en clínicas privadas concertadas entre 2004 y 2007, y se calcularon los recursos públicos destinados a pagar cada tratamiento. Finalmente, se calculó el importe que el Servicio de Salud destinó a pagar procedimientos eficaces, ineficaces, de eficacia incierta, y no evaluados.

Incluimos el link al estudio

<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/287/abstract>

Madrid, 15 de febrero de 2012