

# El déficit y la escalada de costos en los sistemas de salud

Estrategias de desimplementación, uso racional de recursos y atención basada en el valor



Por **Carlos Alberto Díaz** y **Tobías Franzetti\***

La gestión integral de costos y la atención basada en el valor exigen un cambio profundo en la estructura operativa y cultural de las instituciones de salud. La eliminación del desperdicio como práctica que impacta en el ahorro financiero, reduce el riesgo del paciente y alivia la carga en el sistema. Las claves en la inversión de sistemas de información y auditorías, en el diseño de intervenciones multifacéticas y la desimplementación como un desafío de gobernanza

**E**l ecosistema de salud global se enfrenta a una crisis de sustentabilidad impulsada por una escalada sostenida de costos, denominada inflación médica, cuyo crecimiento supera sistemáticamente a la inflación general [1]. En Estados Unidos, la inflación general registró un 3,5% en 2025, mientras que la inflación médica alcanzó el 10,4%, dejando una brecha de 6,9 puntos porcentuales que el sistema debe financiar anualmente. Esta tendencia se refleja en la evolución del gasto en salud como porcentaje del

PBI: entre 2000 y 2022, Estados Unidos escaló del 12,5% al 16,6%, Alemania del 9,9% al 12,7%, y Argentina del 8,3% al 10,0%.

Esta dinámica obliga a los sistemas de salud a absorber costos crecientes con recursos que no crecen al mismo ritmo. La respuesta adaptativa habitual se manifiesta en la compresión de márgenes operativos, el crecimiento de las listas de espera, el incremento del gasto de bolsillo de los pacientes y el deterioro de la remuneración del personal sanitario. Es en este contexto donde cobra relevancia

\*El Dr. Carlos Alberto Díaz es Profesor Titular Universidad ISALUD. El Dr. Tobías Franzetti, Residente de Gestión del Sanatorio Sagrado Corazón.

crítica la persistencia de ineficiencias sistémicas: se estima que hasta el 30% del gasto total en atención médica se destina a intervenciones diagnósticas o terapéuticas con beneficio clínico marginal o nulo [2].

Estas ineficiencias no son abstractas: se materializan directamente en el tiempo que los pacientes esperan para recibir atención. En Argentina, la fragmentación estructural del sistema, entre el subsector público, las obras sociales y el sector privado, amplifica este problema: la saturación de servicios por prácticas de bajo valor compite con la demanda genuina, deteriorando el acceso equitativo y transfiriendo costos al paciente en forma de tiempos de espera y gasto directo de bolsillo. El sistema financia invisiblemente sus fallas operacionales a expensas del tiempo del paciente y de la sobrecarga de la fuerza laboral médica. La evidencia internacional demuestra que, al eliminar el desperdicio y reorganizar los flujos de trabajo, es posible reducir de forma significativa los tiempos de ciclo, las demoras y los días de hospitalización, lo que confirma que la ineficiencia estructural es, en gran medida, una elección sistémica y no una fatalidad [3].

Un claro ejemplo de esta dinámica a escala nacional se observa en España, donde las listas de espera del Sistema Nacional de Salud alcanzaron un récord histórico al cierre de 2025, con 853.509 pacientes aguardando una intervención quirúrgica y más de 4 millones en espera de consulta con especialistas, con demoras medias de 121 días para quirófano y 102 días para consultas. El deterioro de la agilidad en la sanidad pública ha impulsado un crecimiento sin precedentes del mercado privado: a inicios de 2026, el número de asegurados alcanzó los 12,8 millones, aproximadamente el 25% de la población, evidenciando cómo la ineficiencia pública se transfiere al gasto de bolsillo del ciudadano.

Como respuesta directa a la sobreutilización de recursos, en 2012 la Fundación del American Board of Internal Medicine y Consumer Reports lanzaron

la campaña Choosing Wisely. Liderada por médicos, esta iniciativa promueve conversaciones críticas entre profesionales de la salud y pacientes sobre el sobreuso de pruebas y tratamientos. Más de 50 sociedades médicas han desarrollado un compendio de más de 600 recomendaciones que identifican prácticas de escaso o nulo valor en situaciones clínicas específicas. La mayoría de estas intervenciones corresponden a diagnóstico por imágenes (26,8%) y estudios de laboratorio (24,9%), indicados con frecuencia en pacientes sanos o con condiciones crónicas estables [4].

Sin embargo, a pesar de su expansión a más de 20 países, el impacto de Choosing Wisely en la reducción tangible del uso de servicios de bajo valor ha sido, en el mejor de los casos, modesto. Un análisis de sus dinámicas internas revela que gran

parte de las recomendaciones publicadas por las sociedades médicas se han enfocado estratégicamente en servicios de bajo costo que resultan financieramente neutros (64,2%) para sus propios miembros, sin cuestionar las prácticas que generan ingresos significativos bajo el modelo de pago por prestación [4]. La evidencia subraya que la mera publicación de recomendaciones es insuficiente para modifi-

car los patrones de práctica clínica si no se acompaña de intervenciones sistémicas más rigurosas: auditorías, retroalimentación con datos individualizados y reformas en los esquemas de pago.

Esta insuficiencia señala la necesidad de avanzar hacia un paradigma más robusto: la Atención Basada en el Valor, denominada internacionalmente Value-Based Healthcare, cuyo marco conceptual fue sistematizado por Michael Porter y Elizabeth Teisberg. Este enfoque propone que las decisiones en salud se evalúen en función del valor generado para el paciente, definido como los resultados clínicos obtenidos en relación con los costos totales incurridos, y no en función del volumen de prestaciones. En este esquema, la atención centrada en el paciente es el objetivo primario de

**“El sistema financia invisiblemente sus fallas operacionales a expensas del tiempo del paciente y de la sobrecarga de la fuerza laboral médica”**

la organización sanitaria. Someter a un paciente a una prueba de bajo valor no solo representa un desperdicio de recursos: lo expone a daños directos y a peligrosas cascadas de atención desencadenadas por sobrediagnósticos o falsos positivos. Se estima que el 62% de los servicios de bajo valor identificados por Choosing Wisely tienen un alto potencial de generar estas cascadas, y que casi la mitad (44,7%) poseen un alto potencial de daño directo [4]. Por tanto, la gestión de costos orientada al valor no constituye una política de racionamiento, sino un pilar fundamental de la seguridad clínica: eliminar el desperdicio protege al paciente de toxicidades físicas y financieras y reduce la latencia en el acceso a la atención que realmente necesita.

## Intervenciones clínicas y operativas para la eficiencia

La transición de un marco teórico macroeconómico hacia la sustentabilidad real requiere la implementación de estrategias de microgestión basadas en la evidencia. La gestión basada en el valor demuestra que la optimización de recursos no implica un racionamiento de la atención, sino la eliminación sistemática del desperdicio clínico y operativo. A continuación, se analiza la evidencia de cinco áreas críticas de intervención hospitalaria.

### 1. Optimización del sevoflurano y ajuste del flujo de gas fresco (FGF)

La administración de anestesia inhalatoria es un área donde la ineficiencia técnica se traduce directamente en derroche financiero y daño ecológico. Históricamente, los anestesiólogos han utilizado flujos de gas fresco (FGF) elevados; sin embargo, la clasificación actual define el flujo bajo como 0,5–1 L/min y el flujo mínimo como 0,25–0,5 L/min. Reducir el FGF a niveles mínimos (0,3–0,5 L/min) durante la fase de mantenimiento es una práctica

altamente segura con las máquinas modernas y el sevoflurano [5].

El impacto económico de este ajuste es matemáticamente predecible y sustancial. Un análisis de la relación entre el FGF promedio y el consumo de sevoflurano reveló una correlación lineal directa: cada aumento de 1 L/min en el FGF medio consume 18,6 ml adicionales de agente líquido por hora de cirugía. Gran parte del desperdicio ocurre en la fase inicial de lavado (wash-in); la evidencia demuestra que reducir su duración a menos de 3–5 minutos con un FGF de 5 L/min, antes de descender al flujo de mantenimiento, genera reducciones significativas en el volumen total de agente utilizado [6].

Más allá del ahorro en farmacia, la reducción del FGF ofrece beneficios fisiológicos directos al paciente: al recircular el gas en circuito cerrado, se conserva la humedad y la temperatura corporal, mejorando la función respiratoria y el aclaramiento mucociliar. A nivel ecológico, la disminución del flujo reduce de forma directa la emisión de potentes gases de efecto invernadero a la atmósfera [5].

### 2. Uso racional de medicación

La farmacia hospitalaria representa uno de los centros de costo más dinámicos de la institución. Su gestión orientada al valor no solo contiene el gasto, sino que previene la toxicidad iatrogénica.

#### *Programas de Administración de Antimicrobianos (ASPs)*

El uso irracional de antibióticos impulsa la resistencia bacteriana y los costos asociados. La implementación de ASPs mediante auditorías prospectivas con retroalimentación y preautorización de fármacos restringidos es una intervención de eficacia demostrada [7]. Las revisiones sistemáticas indican que los ASPs logran disminuir el consumo total de antimicrobianos en un 19,1%, traducéndose en un ahorro de farmacia del 33,9% [8]. Se ha

**“La gestión de costos orientada al valor no constituye una política de racionamiento, sino un pilar fundamental de la seguridad clínica”**

observado que, tras la implementación, las prescripciones descienden entre un 10% y un 20% durante los primeros dos años antes de alcanzar una meseta de uso racional [9].

### **Desprescripción y uso racional de inhibidores de la bomba de protones (IBP)**

Los IBP, como el omeprazol, están entre los fármacos más sobreutilizados en el ámbito hospitalario. La evidencia revela que más del 50% de los pacientes que los reciben carecen de una justificación clínica válida [10]. Esta prescripción inapropiada expone a los pacientes a polifarmacia y efectos adversos severos, riesgo de neumonía, infección por *Clostridium difficile*, malabsorción, al tiempo que infla los costos del sistema. Las indicaciones deben ser estrictas y auditables: en UCI, la profilaxis de úlcera por estrés solo se justifica en pacientes con ventilación mecánica mayor a 48 horas, coagulopatía o antecedente de sangrado gastrointestinal reciente; en sala general, no se requiere gastroprotección para corticosteroides aislados salvo combinación con AINEs o ácido acetilsalicílico; en ambulatorio, el IBP a largo plazo solo está indicado en usuarios de AINEs de alto riesgo o bajo doble terapia antitrombótica. La estrategia de auditoría debe contemplar la identificación activa de pacientes sin indicación y un protocolo de suspensión gradual.

### **Esquemas de analgesia multimodal**

En el manejo del dolor postoperatorio, la combinación de paracetamol (1000 mg) e ibuprofeno (400 mg) ha emergido como el gold standard de la analgesia multimodal, logrando un alivio del dolor su-

perior al 50% en el 73% de los pacientes mediante la sinergia entre la acción central del paracetamol y la inhibición periférica de los AINEs. Bajo este enfoque, deben erradicarse dos prácticas inadecuadas prevalentes: la combinación de dos o más AINEs —contraindicada por aumentar el riesgo gastrointestinal y renal sin beneficio analgésico adicional— y la adición rutinaria de tramadol como “terapia triple” de primera línea, dado que su eficacia es inferior a la de los AINEs y su perfil de tolerabilidad es peor, incrementando el riesgo de náuseas y mareos entre un 17% y un 22%. Guías de referencia como las del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) para dolor post-cesárea y las guías PROSPECT 2024 para colecistectomía laparoscópica priorizan exclusivamente combinaciones de paracetamol y AINEs, relegando al tramadol a segunda línea de rescate.

### **3. Laboratorio: reducción de pedidos inadecuados y pruebas repetitivas**

La solicitud rutinaria y repetitiva de análisis de sangre en pacientes hospitalizados es una de las fuentes más prevalentes de atención de bajo valor, y contribuye a la anemia iatrogénica, las cascadas diagnósticas innecesarias y los altos costos operativos.

El estudio de mejora de calidad multihospitalario RePORT (Repurposing the Ordering of Routine Laboratory Tests) [11] demostró que una intervención estructurada logró una reducción del 14% en la solicitud de pruebas de rutina generales y un 15% en pruebas comunes específicas, con una reducción de costos equivalente del 14%. Más significativo aún: esta restricción incrementó en un 20% los



**PAN.AS  
SALUD**

**LA EMPRESA CON CASI 30 AÑOS  
EN LA ASISTENCIA CLÍNICA Y PEDIÁTRICA  
DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL DOMICILIO.  
CALIDAD Y PRESTIGIO EN SU CASA.**



**Contacto: Sr. Martín Anro | Dto. Comercial - Prestaciones**



**11-2501-1104**

días de internación libres de extracciones de sangre sin deteriorar ninguna métrica de seguridad del paciente (mortalidad, reingresos).

Un estudio aplicado en departamentos de medicina interna en Países Bajos, validó que las intervenciones multifacéticas logran modificar la conducta de prescripción. Combinando educación, retroalimentación de datos con comparación entre pares y supervisión directa de residentes, se obtuvo una reducción global del 11,4% en el volumen de laboratorios por contacto con el paciente, frente a un aumento del 2,4% en los hospitales control. La evidencia señala que el máximo impacto se alcanza al integrar hard stops, restricciones en los sistemas de historia clínica electrónica, que eliminan la posibilidad de programar laboratorios diarios repetitivos desde las órdenes de admisión [12].

#### 4. Quirófano: racionalización de insumos y materiales en bandejas quirúrgicas

El quirófano es el epicentro del consumo de recursos hospitalarios, generando entre el 50% y el 70% de todos los residuos de la institución. Aplicando los principios de sustentabilidad operativa, la decisión de no incorporar insumos innecesarios desde el origen tiene el mayor impacto ambiental y económico posible [13].

Un fenómeno frecuente es el overage o excedente: la inclusión de instrumentos esterilizados en bandejas quirúrgicas que se abren, pero jamás se utilizan. Estudios observacionales demuestran que, en promedio, los cirujanos utilizan únicamente entre el 12,5% y el 22,9% de los instrumentos presentes en una caja estándar. Cada instrumento no utilizado genera costos ocultos de procesamiento, esterilización (agua, energía, detergentes), tiempo de conteo de enfermería y desgaste del material [14].

La optimización de bandejas quirúrgicas ha producido resultados concretos y verificables. Un

estudio en el Hospital Harbor-UCLA auditó paquetes de un solo uso para laparotomías y cirugías de cabeza y cuello, y al eliminar los artículos frecuentemente no utilizados proyectó un ahorro de USD 45.719 anuales y evitó la generación de 2.437 libras de residuos [15]. A mayor escala, una experiencia en cirugía pediátrica académica revisó el instrumental mediante comités multidisciplinares (cirujanos, enfermería, central de esterilización) y eliminó el 39,5% de los instrumentos (1.826 piezas) de la rotación activa. Con un costo de procesamiento estimado en USD 0,15 por instrumento, la optimización redujo el tiempo de procesamiento en un 28,7% y evitó el ciclo estéril de 45.856 instrumentos anuales, generando ahorros directos sin afectar la seguridad quirúrgica [1].

#### 5. Uso racional de material descartable en pisos clínicos

En las salas de hospitalización general, el uso prolongado e inapropiado de dispositivos invasivos como catéteres venosos periféricos (CVP) y catéteres urinarios es la causa principal de infecciones asociadas a la atención de la salud, que representan el 25% del total de infecciones intrahospitalarias.

Un ensayo multicéntrico enfocado en la desimplementación de prácticas de bajo valor en enfermería demostró que es posible reducir drásticamente el uso inapropiado de estos dispositivos. Antes de la intervención, la prevalencia de uso inapropiado, definido como la prolongación del catéter sin indicación clínica activa, era del 22,0% para los CVP y del 32,4% para los catéteres urinarios. Mediante una estrategia multifacética que combinó sesiones educativas, tarjetas de bolsillo con indicaciones estandarizadas, informes de retroalimentación competitiva entre unidades y el empoderamiento del personal de enfermería para cuestionar la continuidad del dispositivo, se logró reducir el uso inapropiado de CVP al 14,4%,

**“Cada práctica de bajo valor eliminada representa simultáneamente un ahorro financiero, una reducción del riesgo para el paciente y un alivio de la carga sobre el sistema”**

una reducción absoluta del 6,65%, y el de catéteres urinarios al 24,1% [16].

Las revisiones sistemáticas sobre desimplementación en enfermería respaldan que el componente educativo es necesario pero insuficiente si actúa de forma aislada: el cambio sostenido requiere integrar retroalimentación continua con datos de la propia unidad. Al retirar precozmente los dispositivos que ya no cumplen un propósito terapéutico, la institución reduce el consumo diario de materiales descartables, minimiza la tasa de bacteriemias e infecciones urinarias y evita los costos ocultos asociados a la prolongación de la estancia hospitalaria.

### **Experiencia institucional:**

Las intervenciones descritas en las secciones previas no constituyen únicamente un marco teórico: representan un conjunto de estrategias implementadas de forma secuencial y sistemática en una institución de salud privada de alta complejidad a lo largo de un período de doce meses. El punto de partida fue común a todas las áreas: un análisis exhaustivo de los consumos totales y sus costos asociados, que permitió identificar los insumos y prácticas de mayor impacto potencial y priorizar los esfuerzos de intervención. A continuación, se describe la experiencia concreta en cada una de las áreas abordadas.

#### **Anestesia: abandono del desflurano e implementación de anestesia de bajo flujo**

El análisis inicial de consumos identificó al sevoflurano y al desflurano como los insumos de mayor impacto financiero. Frente a la tendencia internacional al abandono del desflurano, motivada tanto por su elevado potencial de calentamiento global como por su mayor costo unitario, dado que requiere concentraciones más altas y genera un mayor consumo en mililitros por hora de

cirugía, se tomó la decisión de discontinuar su uso en la institución y consolidar al sevoflurano como único agente inhalatorio.

En paralelo, se implementó un programa de anestesia de bajo flujo con monitoreo diario del consumo de sevoflurano. La estrategia operativa consistió en la entrega controlada de un máximo de dos frascos por jornada a los técnicos en anestesiología, con reposición condicionada a la devolución del envase vacío. Esta medida, generó una toma de conciencia directa sobre el volumen de agente utilizado por procedimiento. Como

resultado, se logró una reducción del 40% en el consumo total de anestésicos volátiles, con una disminución promedio de 10 ml de sevoflurano por hora de cirugía, resultado que combina el efecto del abandono del desflurano y la reducción del flujo de gas fresco.

#### **Farmacia: uso racional de inhibidores de la bomba de protones y analgesia**

Asumiendo que la prevalencia de prescripción inapropiada de IBP en la institución era al menos comparable a la descrita por la literatura internacional, donde más del 50% de los pacientes los reciben sin indicación válida, se inició una campaña institucional de uso adecuado. El eje central fue la jerarquización de la vía oral: dado que la evidencia no muestra diferencias en la efectividad clínica entre la administración oral e intravenosa ni entre los distintos IBP disponibles, el omeprazol por vía oral se estableció como la opción de elección en todo paciente sin restricción para la ingesta, reservando la formulación endovenosa para indicaciones precisas donde la vía oral no es posible. La estrategia se complementó con concientización clínica y auditoría activa por parte de la farmacia clínica, tanto del consumo durante la internación como de las prescripciones al alta.

De manera análoga, mediante capacitación sobre indicaciones adecuadas de analgesia y au-

**“La gestión integral de costos y la atención basada en el valor exigen un cambio profundo en la estructura operativa y cultural de las instituciones de salud”**

ditoria farmacéutica prospectiva, se trabajó en la corrección de dos prácticas prevalentes: la indicación de dos AINEs en forma simultánea y la prescripción de tramadol como analgésico de primera línea, logrando una reducción significativa en el consumo de este último. Al igual que en el caso de los IBP, el impacto cuantitativo completo de esta intervención se encuentra en etapa de medición.

### **Laboratorio:**

Un análisis de situación realizado sobre 32 pacientes internados, equivalente a 169 días-cama, reveló que el 43% de las determinaciones de laboratorio solicitadas (461 de un total de 1.084) fueron clasificadas como inapropiadas. Este hallazgo motivó el inicio de una campaña institucional de indicación adecuada de laboratorio, definiendo como estudio apropiado aquel que genera información con capacidad real de modificar la conducta clínica.

El análisis identificó patrones recurrentes de uso inapropiado. El más prevalente fue la repetición rutinaria de determinaciones con resultados normales el día previo: hemograma, ionograma, estado ácido-base, hepatograma, orina completa y coagulograma se solicitaban diariamente por hábito, sin que los valores previos justificaran su reiteración. Se estableció como criterio que un resultado normal no requiere repetición hasta que exista un cambio en la condición clínica del paciente. Se identificó también el pedido simultáneo y repetido de creatinina y urea en pacientes sin deterioro renal, cuando la evidencia indica que la creatinina aislada, repetida cada 48 a 72 horas, es suficiente para la detección temprana de injuria renal aguda, sin que la urea agregue valor diagnóstico adicional. En pacientes no diabéticos con glucemias normales, se observó de igual modo la repetición innecesaria de este parámetro.

Un caso especialmente ilustrativo fue el del par amilasa-lipasa. Para un volumen de aproximadamente 30 diagnósticos mensuales de pancreatitis, se registraron 1.500 pedidos de estas determinaciones, producto de su solicitud ante cualquier cuadro de abdomen agudo como diagnóstico di-

ferencial inespecífico, cuando la indicación precisa es la sospecha clínica fundada de pancreatitis. Se determinó, además, que la solicitud conjunta de ambas enzimas carece de respaldo: la lipasa posee mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de pancreatitis, por lo que la amilasa no aporta información adicional. Se identificó también la práctica de solicitar ambas determinaciones de forma seriada para monitorear el descenso enzimático en el seguimiento de la pancreatitis, una conducta que no genera cambios en la conducta terapéutica y fue discontinuada. Finalmente, se restringió el pedido de procalcitonina: dado que su única indicación con respaldo científico es guiar la suspensión de antibióticos en infecciones respiratorias agudas, y que ninguno de los aproximadamente 100 pedidos mensuales registrados

respondía a ese criterio, se estableció un sistema de autorización previa. Al ser esta una intervención de inicio reciente, los resultados sobre reducción del volumen de pedidos se encuentran en proceso de evaluación.

### **Quirófano: racionalización de suturas en cajas quirúrgicas**

En el área quirúrgica, el foco de intervención se concentró en el desperdicio de suturas incluidas en las cajas preparadas para cada procedimiento. El análisis evidenció cirugías que contenían más de 60 suturas, de las cuales se utilizaban menos de 10 en la práctica. Esta sobre inclusión no solo genera el movimiento innecesario de material, sino que

**“Para el directivo hospitalario, la agenda concreta que emerge de esta evidencia tiene tres pilares irrenunciables. Primero, invertir en sistemas de información y auditoría que hagan visibles los consumos y sus costos a nivel de unidad: sin datos, no hay gestión posible”**

incrementa el desperdicio por apertura de suturas que finalmente no se emplean.

La solución implementada fue la reducción del contenido de cada caja a las suturas de uso más frecuente para cada tipo de procedimiento, con la posibilidad de solicitar materiales adicionales a la farmacia de quirófano durante el acto quirúrgico en caso de requerimiento puntual. Este modelo elimina la necesidad de anticipar todos los escenarios posibles en el armado previo y reduce de forma directa el volumen de material abierto y descartado.

### **Insumos descartables: reducción del consumo en pisos clínicos**

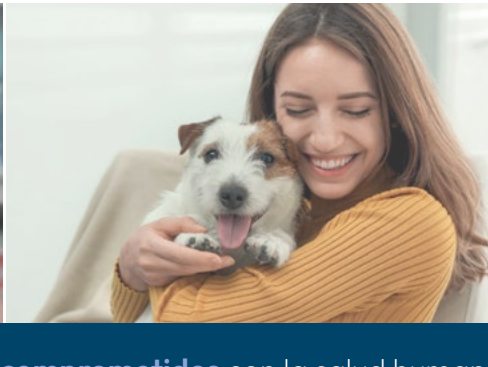
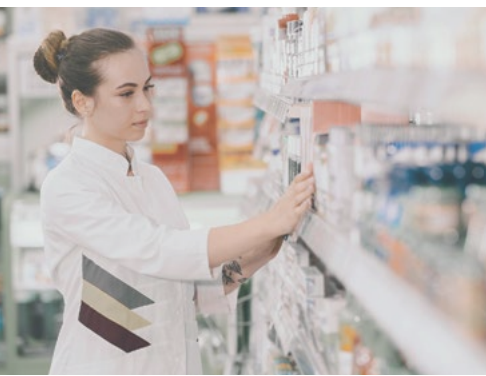
Siguiendo la misma metodología de análisis por impacto económico, se identificó el top 10 de insumos descartables de mayor costo por volumen en las unidades de internación, sobre cuya base se diseñaron intervenciones específicas.

En el caso de los guantes de examinación, se detectó que los hábitos instalados durante la pan-

demia de COVID-19 habían consolidado su uso en situaciones no indicadas. Además, la práctica de dejar cajas abiertas en cada habitación, y en algunos servicios, una por cama, incentivaba el uso indiscriminado. Se implementó la prohibición de cajas de guantes dentro de los cuartos de pacientes y se instalaron dispensadores en los pasillos como único punto de acceso, complementado con capacitación del personal de enfermería sobre las prácticas que requieren el uso de guantes. El resultado fue una reducción del 40% en el consumo mensual, sin registrarse incremento en las tasas de infección ni eventos adversos para el personal o los pacientes.

Con una lógica similar, se intervino sobre el uso de camisolines descartables en situaciones de aislamiento. Se observaban situaciones frecuentes de sobreuso: equipos médicos con múltiples acompañantes colocándose camisolín para ingresar a la habitación cuando únicamente quien realizaba el examen físico tenía contacto directo con el paciente. La educación sobre las indicaciones precisas de

## SUIZO ARGENTINA



100 años **comprometidos** con la salud humana y animal

uso de camisolín según el tipo de aislamiento permitió una reducción del 60% en el consumo mensual, también sin impacto negativo en los indicadores de seguridad.

Otros insumos del top 10 donde se registraron reducciones de entre el 20% y el 40% incluyeron los reguladores de goteo, utilizados de manera casi universal y sin indicación precisa, los pañales de adulto, los apósitos transparentes adhesivos, los apósitos a granel, las gasas estériles y los barbijos. En el caso de las zaleas descartables, se identificaron situaciones de uso simultáneo de hasta tres unidades por paciente internado. En todos los casos, las reducciones se alcanzaron mediante la combinación de educación del personal, revisión de los criterios de indicación y ajuste de los circuitos de distribución, sin generar incremento de infecciones ni comprometer la seguridad del paciente o del personal.

## Discusión

La transición hacia un ecosistema de salud sustentable y costo-eficiente trasciende la voluntad clínica individual: exige una reestructuración operativa fundamentada en la gestión rigurosa de costos, la auditoría continua de consumos y la comprensión analítica de las unidades de negocio. Para alcanzar una sustentabilidad real, las instituciones de salud deben abordar la contención del gasto con el mismo rigor metodológico que aplican a las intervenciones terapéuticas. La literatura demuestra que el pilar de esta gestión macro y microestructural son los programas estructurados de auditoría, cuyo ejemplo más validado son los Programas de Administración de Antimicrobianos (ASPs): la auditoría prospectiva acoplada con intervención y retroalimentación directa a los prescriptores es la estrategia más eficaz para erradicar el desperdicio.

Sin embargo, el intento de implementar estas auditorías suele revelar una debilidad estructural crítica: la opacidad operativa de las propias unidades de negocio. Diversos estudios de mejora de calidad señalan que la dificultad para obtener datos precisos sobre los volúmenes de órdenes médicas y sus costos asociados constituye una de las barreras más graves para el éxito de cualquier intervención. Cuando no se dispone de sistemas de información robustos ni de estrategias de benchmarking externo que permitan comparar el consumo interno contra instituciones de mejor desempeño, la gerencia opera a ciegas, sin capacidad de medir el retorno de la inversión. Auditar los consumos y transparentar las métricas de rendimiento a nivel

gerencial y médico es, por tanto, el prerrequisito ineludible para instituir la gestión basada en el valor [12].

### *La complejidad de la desimplementación en la cultura organizacional*

Frenar la escalada de costos requiere que el sistema abandone activamente aquellas prácticas arraigadas que carecen de beneficio clínico, un proceso que la ciencia de la mejora de calidad denomina “desimplementación”. La sociología del cambio en las organizaciones de salud advierte que la desimplementación es inherentemente más compleja que la adopción de nuevas tecnologías. Los profesionales de la salud desarrollan fuertes vínculos con prácticas tradicionales y rutinas institucionales que se cristalizan en conductas incuestionadas, de modo que romper estos hábitos históricos

requiere un esfuerzo sostenido y estructurado.

Modificar la conducta de los equipos de salud no puede lograrse con medidas aisladas: la evidencia señala invariablemente que las estrategias multifacéticas son esenciales. Esto implica articular educación institucional, auditoría clínica,

**“Lo segundo: diseñar intervenciones multifacéticas que combinen educación, retroalimentación entre pares, empoderamiento del personal no médico y restricciones en los sistemas electrónicos, reconociendo que ninguna táctica aislada es suficiente”**

empoderamiento del personal no médico, como la instauración de hard stop en los sistemas de historia clínica electrónica. Aun desplegando todas estas tácticas, la entropía organizacional persiste: la alta rotación del personal médico, particularmente de los médicos residentes, diluye constantemente los esfuerzos educativos y obliga a las instituciones a sostener ciclos de formación continuos. Ante este escenario, el éxito de la desimplementación depende en gran medida de la identificación de “campeones locales”: médicos y residentes que actúen como referentes del cambio y faciliten la aceptación de las nuevas pautas entre sus pares [16].

### **Resistencia al cambio e incentivos económicos como barreras de la desimplementación**

Incluso frente a la evidencia empírica sobre los daños clínicos y financieros de la sobreutilización, los esfuerzos de desimplementación colisionan con la resistencia al cambio y con la defensa de los intereses económicos instalados. Persuadir a los médicos especialistas para abandonar prácticas subóptimas, pero históricamente validadas requiere una base de evidencia de extrema solidez; no obstante, la fricción real raramente es académica: informar y capacitar, por sí solos, no suele ser suficiente.

Un análisis longitudinal de las 626 recomendaciones de la campaña Choosing Wisely en Estados Unidos ilustra con precisión esta dinámica. A pesar del propósito fundacional de la campaña, mitigar el gasto insostenible, el 64,2% de las directrices apuntaron a servicios de bajo valor que resultaban financieramente neutros para los ingresos de las propias sociedades médicas. Únicamente un tercio (33,4%) de las prácticas desaconsejadas eran fuentes generadoras de ingresos directos para la especialidad autora de la recomendación. Esta reticencia a sancionar intervenciones de alto volumen resulta éticamente alarmante a la luz de los

datos clínicos: casi la mitad (44,7%) de los servicios de bajo valor catalogados presentan un alto potencial de daño directo sobre el paciente, y el 62% entrañan riesgo de desencadenar peligrosas cascadas de atención iatrogénica [4].

Esta resistencia también se manifiesta operativamente en la base de la pirámide organizacional. Cuando las instituciones imponen restricciones aisladas, los prescriptores frecuentemente las eluden a través del fenómeno denominado “apretar el globo” (squeezing the balloon): la restricción mandatoria de un recurso específico,

como un antibiótico de amplio espectro, conduce a un incremento compensatorio e inapropiado en el uso de alternativas no restringidas, neutralizando los beneficios clínicos y económicos de la medida. Este fenómeno sociológico subraya que las restricciones puntuales, sin un marco sistémico de gobernanza, generan desplazamiento del problema más que resolución [8].

Por estas razones, la mera publicación de recomendaciones de “no hacer” o la distribución pasiva de guías fracasa de forma consistente en modificar los patrones de consumo. Las recomendaciones solo generan ahorro tangible cuando se vinculan con regulaciones del sistema y reformas en los incentivos. Un ensayo que comparó los efectos de Choosing Wisely sobre las pruebas de vitamina D ilustra este punto: mientras las recomendaciones clínicas redujeron marginalmente los pedidos en Norteamérica, una modificación en la política de reembolso gubernamental en Ontario (Canadá) precipitó una reducción inmediata del 92,7% en la tasa de pruebas injustificadas. La palanca del cambio real no es la persuasión: es la reforma del incentivo [17].


## **Conclusión**

La gestión integral de costos y la atención basada en el valor exigen un cambio profundo en la estructura operativa y cultural de las instituciones de sa-

**“La evidencia demuestra con contundencia que, sin reforma del incentivo, el cambio de conducta es marginal y transitorio”**

lud. El recorrido de este artículo, desde la escalada macroeconómica de la inflación médica hasta las intervenciones concretas en anestesia, farmacia, laboratorio, quirófano y pisos clínicos, confirma una tesis central: la sustentabilidad no se alcanza racionando la atención, sino des implementando el desperdicio. Cada práctica de bajo valor eliminada representa simultáneamente un ahorro financiero, una reducción del riesgo para el paciente y un alivio de la carga sobre el sistema.

Para el directivo hospitalario, la agenda concreta que emerge de esta evidencia tiene tres pilares irrenunciables. Primero, invertir en sistemas de información y auditoría que hagan visibles los consumos

y sus costos a nivel de unidad: sin datos, no hay gestión posible. Segundo, diseñar intervenciones multifacéticas que combinen educación, retroalimentación entre pares, empoderamiento del personal no médico y restricciones en los sistemas electrónicos, reconociendo que ninguna táctica aislada es suficiente, “no hay balas de plata” (Fred Brooks, 1986). Tercero, comprender que la desimplementación es, ante todo, un desafío de gobernanza: las recomendaciones educativas deben estar respaldadas por políticas institucionales con consecuencias reales, porque la evidencia demuestra con contundencia que, sin reforma del incentivo, el cambio de conducta es marginal y transitorio. 

## Bibliografía

- Farrelly JS. Surgical tray optimization as a simple means to decrease perioperative costs. *J Surg Res.* 2017 Dec;220:320-326.
- Rosenberg A. Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med.* 2015 Dec;175(12):1913-20. Dec;175(12):2003.
- de Barros LB. Lean Healthcare Tools for Processes Evaluation: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jul 10;18(14):7389.
- Ganguli I. Longitudinal Content Analysis of the Characteristics and Expected Impact of Low-Value Services Identified in US Choosing Wisely Recommendations. *JAMA Intern Med.* 2022 Feb 1;182(2):127-133.
- Brattwall M. Brief review: theory and practice of minimal fresh gas flow anesthesia. *Can J Anaesth.* 2012 Aug;59(8):785-97.
- Kennedy RR. The effect of fresh gas flow during induction of anaesthesia on sevoflurane usage: a quality improvement study. *Anaesthesia.* 2019 Jul;74(7):875-882. doi: 10.1111/anae.14669. Epub 2019 Apr 29.
- Barlam TF. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis.* 2016 May 15;62(10):e51-77.
- Karanika S. Systematic Review and Meta-analysis of Clinical and Economic Outcomes from the Implementation of Hospital-Based Antimicrobial Stewardship Programs. *Antimicrob Agents Chemother.* 2016 Jul 22;60(8):4840-52.
- Mendelson. How to start an antimicrobial stewardship programme in a hospital. *Clin Microbiol Infect.* 2020 Apr;26(4):447-453.
- Reid, Mark et al. “Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in hospitalized patients.” *Journal of hospital medicine* vol. 7,5 (2012): 421-5.
- Ambasta A. Repurposing the Ordering of Routine Laboratory Tests in Hospitalised Medical Patients (RePORT): results of a cluster randomised stepped-wedge quality improvement study. *BMJ Qual Saf.* 2023 Sep;32(9):517-525.
- Bindraban RS. Association of a Multifaceted Intervention With Ordering of Unnecessary Laboratory Tests Among Caregivers in Internal Medicine Departments. *JAMA Netw Open.* 2019 Jul 3;2(7):e197577.
- Sullivan GA. Environmental Impact and Cost Savings of Operating Room Quality Improvement Initiatives: A Scoping Review. *J Am Coll Surg.* 2023 Feb 1;236(2):411-423.
- Robb HD. Sustainable practice: Optimising surgical instrument trays. *BMJ.* 2023 Nov 6;383:e076274.
- Braschi C. The impact of waste reduction in general surgery operating rooms. *Am J Surg.* 2022 Dec;224(6):1370-1373.
- Laan BJ. De-implementation strategy to reduce inappropriate use of intravenous and urinary catheters (RICAT): a multicentre, prospective, interrupted time-series and before and after study. *Lancet Infect Dis.* 2020 Jul;20(7):864-872.
- Henderson J. Comparison of Payment Changes and Choosing Wisely Recommendations for Use of Low-Value Laboratory Tests in the United States and Canada. *JAMA Intern Med.* 2020 Apr 1;180(4):524-531.