

VPM en España: ¡Acción!

Vicente Ortún Rubio
Departamento de Economía y Empresa
Co-director del Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

La convergencia en rentas entre países desarrollados puede provocarnos el espejismo de estar como en el siglo XV (a punto de encabezar la expansión europea), espejismo que se desvanece rápidamente cuando pasan a compararse comparables, sean medios de comunicación, senderos de montaña, universidades, barrios, o empresas. Tampoco hace falta llegar al extremo del año-luz para medir diferencias pero sí a los años que transcurren entre la adopción de una innovación, o de la traducción del conocimiento en comportamiento, entre países.

La traducción japonesa de *The principles of scientific management*, de Taylor, vendió muchos millares de ejemplares en la segunda década del siglo pasado. La primera traducción española, obra de una editorial argentina, es de 1944: 33 años después de la primera edición en inglés. Entre el primer Atlas de Darmouth (1996) y la primera entrega del *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud* (2005) sólo han transcurrido 9 años.

Variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud español

Resulta plenamente compatible que la atención sanitaria, en promedio, ocasione más beneficios que costes con que existan actuaciones claramente perjudiciales –clínica y económicamente- así como lagunas de desatención. Tiene poco sentido que hasta un 50% de la atención recomendada deje de prestarse¹ cuando el 30% de los gastos de atención sanitaria podrían eliminarse sin afectar negativamente a los resultados en términos de salud² (el 30% del 15% del PIB en EE.UU., del 7.6% en España).

Las variaciones en la práctica médica (VPM) señalan las áreas donde mayores pueden ser los problemas de calidad y llevan a formular la pregunta clínica y socialmente correcta: Para qué (se interviene) en lugar de cuánto (se interviene). Se trataría de acabar con las políticas sanitarias preocupadas únicamente por el gasto sanitario para adentrarse en el binomio resultados y costes, tanto en el ámbito clínico como en el sanitario.

Atender a la necesidad con financiación pública define la esencia de un servicio nacional de salud. Las VPM nos dicen que esa necesidad **no** guía la utilización, pero si lo hacen otros factores, como la incertidumbre y la ignorancia, que propician estilos de práctica muy diferentes, influidos de forma muy especial por la *oferta* (más en EE.UU. que en España) y por la '*fascinación tecnológica*' (ya se verá si más en España que en EE.UU.)

Las actuaciones sobre la *oferta* modelan el sistema sanitario. Hace diez años que se acabó con la lectura equivocada de la caída del muro de Berlín como ‘triumfo del mercado’. El mercado es la condición necesaria pero una correcta intervención del Estado la condición suficiente para que un país prospere. Hay que reivindicar sin complejos la planificación sanitaria de la misma forma que hay que reivindicar una mayor competencia en el sector. ‘Boston/New Haven’, ‘más no siempre es mejor’, ‘economías de escala y aprendizaje’ (pequeños volúmenes resultan criminales) evocan conocimientos sólidamente contrastados. Aquí no se trata de saber más. Simplemente de aplicar lo que ya se sabe y planificar, como mínimo igual que otros países ‘nada intervencionistas’.

Más peliaguda se presenta la *fascinación tecnológica*, hipótesis según la cual serían los incentivos de tipo profesional –asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada- los que determinarían la utilización sanitaria. Las patologías más habituales y con tratamientos menos sofisticados quedarían relegadas en favor de procesos complejos o realizados con tecnologías innovadoras sobre patologías con menor carga de morbilidad³. La probabilidad de que se resuelva un problema sanitario depende menos de su importancia que de su atractivo (*profile*); En el mundo, el Sida más ‘atractivo’ que la tuberculosis (y más atractivo actuar sobre el Sida por medio de anti-retrovirales que a través de procesos mucho más coste-efectivos); En España, la artroplastia de rodilla mucho más ‘atractiva’ que la reparación del juanete. Poco ha de sorprender que las tecnologías mejor valoradas por los profesionales sanitarios en España sean tecnologías instrumentales como radioimagen, angioplastia coronaria o endoscopia gastrointestinal, en detrimento de las intervenciones más efectivas para reducir la carga de enfermedad⁴.

VPM: Más allá de la Sanidad

Las VPM, convenientemente divulgadas, pueden estimular una mejora constante en el sector sanitario si saben propiciar las respuestas adecuadas (control de oferta, capitación, atención primaria resolutive, inversión del 4% del presupuesto sanitario en TIC, programas de gestión de enfermedades...) conscientes, como siempre, de que un sistema sanitario funcionará bien cuando sus profesionales tengan la información y las ganas de adoptar decisiones, fundamentalmente clínicas, coste-efectivas. Las VPM pueden incluso ‘contagiar’ a otros sectores –educativo, judicial, seguridad- la conveniente ‘escepticismo’, pero deberían servir –sobre todo- para adoptar una perspectiva más centrada en los pacientes (sin pasarse pues salud ‘objetiva’ y ‘subjetiva’ no siempre están correlacionadas) que formara parte de la política general del país.

Y aquí está la batalla más difícil: La mayor parte de los decisores económicos y creadores de opinión desconocen un sistema nacional de salud que suelen utilizar privilegiadamente. Cuando la mitad de las mejoras en el bienestar de un país desarrollado se derivan de las ganancias en cantidad y calidad de vida, cuando la biotecnología constituye un sector estratégico, y cuando debe compatibilizarse la mejora de la productividad en España con el sostenimiento del estado del bienestar, no cabe que las políticas económico-industriales y sanitarias sigan ignorándose. En otro lugar se ha desarrollado por qué estas políticas pierden por ignorarse⁵.

VPM, ¿cómo sostener una carrera de fondo?

Al igual que Hsiao⁶ –con sus *resource-based relative-value scales*- contribuyó a recuperar ‘la silla’ de Marañón como mejor instrumento diagnóstico (profilaxis de la ‘fascinación tecnológica’ a través de cambios en incentivos), necesitamos también prevenir una eventual ‘fascinación tecnológica’ en programas tan encomiables como el *Ingenio 2010*⁷. Tanto en investigación como en sanidad importa más cómo se gasta que cuánto se gasta. *Cénit*, para aumentar la colaboración público-privada, *Consolider*, para reforzar masa crítica y excelencia investigadora, y *Avanz@*, nuevos proyectos y servicios en TIC, son los tres programas estratégicos de *Ingenio 2010*. El impulso biotecnológico a través de la colaboración público-privada que contempla el *Cénit* requiere algo que con frecuencia se olvida: una colaboración pública-pública entre Economía, Industria y Sanidad. En pocos sectores están menos desarrolladas las TIC que en sanidad, uno de los sectores que más trabaja con información. Será, no obstante, en el marco de *Consolider*, donde una investigación –como la del grupo VPM/IRYS que requiere perseverancia, masa crítica y excelencia- deba tener continuidad. La investigación sobre VPM no precisa grandes instalaciones científico-tecnológicas pero su impacto en la práctica clínica puede superar claramente a las habituales innovaciones –incrementales o decrementales (coxib, cerivastatina...)- financiadas fundamentalmente por las empresas.

La *sostenibilidad* de la componente sanitaria del estado del bienestar no constituye especial problema (17% del aumento en recaudación durante los próximos 10 años sin variar presión fiscal⁸). El problema radica en la *deseabilidad*: En que los beneficios en términos de salud –la mitad de las mejoras en bienestar de la población- superen los costes de la atención, lo cual supone atacar tanto el problema del consumo útil que no se proporciona como del 30% que puede ser totalmente innecesario.

Se trata, en palabras del coordinador científico del proyecto VPM-IRYS⁹, no sólo de servir a la comunidad científica, sino también –y fundamentalmente- a la toma de decisiones de gestión y política sanitaria... para incrementar tecnologías efectivas donde hay infrautilización de las mismas, reducir la sobreutilización de servicios inefectivos o inseguros, incorporar las preferencias de los pacientes, gestionar la oferta de recursos, y propulsar políticas públicas más eficientes. De compatibilizar, en suma, la mejora de la productividad en España con el perfeccionamiento de su estado del bienestar; algo que los países del Norte de Europa demuestran cada día con su práctica que es posible.

Referencias

1. Glynn E et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Engl J Med*. 2003; 348(26): 2635-45.
2. Fisher E et al. The implications of regional variations in Medicare spending. *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138(4): 273-287 y 288-298.
3. Peiró S. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria del Sistema Nacional de Salud? En: Palomo L et al (eds): Informe SESPAS 2006, en prensa.
4. de Solá-Morales O. Preferencias y tecnología: La perspectiva de los profesionales. *Economía y Salud. Boletín Informativo*. 2005; 18(53): 6-7. Disponible en <http://www.aes.es/Publicaciones/ES53.pdf>

5. Ortún V, Puig-Junoy J, Callejón M. Innovación en medicamentos, precios y salud. En: González López-Valcárcel B (ed): Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Barcelona: Masson, 2005. p. 173-193.
6. Hsiao W et al. Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale. *New Engl J Med*. 1988; 319(13): 835-41.
7. Accesible en <http://www.cdti.es/webCDTI/esp/docs/fgenerales/PROGRAMA%20INGENIO%202010.%20DOSSIER%20PRENSA.pdf>
8. Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V (eds). ¿Más recursos para la salud?. Barcelona: Masson, 2004.
9. Bernal E. El atlas VPM. *Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud*. 2005; 1(1): 3-4.