

## Economía y medicina

V. Ortún Rubio

Asesor Ejecutivo del Ministro de Sanidad y Consumo. Madrid

Las dos constataciones económicas básicas de escasez de recursos y susceptibilidad de los mismos para ser empleados en usos alternativos no han sido explícitamente relacionadas con la Medicina hasta estos últimos veinte años<sup>1</sup>. El aumento continuado en el porcentaje de la riqueza producida por un país que se dedica a sanidad (en España del 4 % del producto interior bruto en 1970 a algo más del 6 % en la actualidad) ha dado entrada a la Economía. No han sido, pues, los méritos intrínsecos de la disciplina ni la legitimidad histórica que pueda suponer el gran poder explicativo de la evolución socioeconómica de la humanidad en la evolución de la salud<sup>2</sup>, los que han introducido la Economía en temas sanitarios sino más bien la presión externa del crecimiento del gasto sanitario.

El crecimiento del gasto sanitario se debe: 1) al desplazamiento de las enfermedades infecciosas y carenciales por las degenerativas y crónicas; 2) al avance tecnológico que, con excepciones como sulfamidas y antibióticos, no ha supuesto grandes avances en la productividad por persona empleada en el sector sanitario; 3) al envejecimiento de la población; 4) al aumento de la renta per cápita, y 5) a la protección del consumo sanitario por parte del Estado liberándolo, así, de los condicionantes individuales de capacidad adquisitiva.

Un crecimiento de los gastos sanitarios que respondiera a las preferencias sociales no sería problema alguno si no viviéramos en un mundo tan interdependiente.

El que dentro del coste/hora de un obrero de Chrysler figuren 2,74 dólares<sup>3</sup> de gasto sanitario sólo se convierte en problema cuando el coste/hora, por el mismo concepto, de un obrero de Toyota es la mitad (220 yenes) y el de un obrero de Seat la cuarta parte (100 pesetas). El condicionante de la competitividad internacional obliga a maximizar el producto salud de los servicios sanitarios.

Del hecho de que el crecimiento del gasto en los países desarrollados no haya venido acompañado, en épocas recientes, de mejoras en los indicadores tradi-

cionales de salud (esperanza de vida, tasas de mortalidad, etc.) se ha hecho un alegato en favor de la reducción de los gastos sanitarios. Tal alegato es falso porque, primero, los indicadores de salud tradicionales no reflejan todas las funciones actuales de los sistemas sanitarios (reducción dolor y ansiedad, información pronóstico, evitación de secuelas, etc.), segundo, porque sobre la salud influyen factores genéticos, demográficos, socioeconómicos, de comportamiento y de entorno, además de los propiamente de atención sanitaria, y, tercero, porque la evidencia epidemiológica<sup>4</sup> y económica<sup>5</sup> documenta un impacto de los servicios sanitarios sobre la salud significativamente positivo, por mucho que, en ocasiones, pueda cuestionarse la efectividad marginal de ciertas actuaciones.

En unos momentos de creciente competitividad internacional y de políticas estimuladoras de beneficios y limitadoras, por tanto, de salarios, existen presiones para reducir la protección del consumo sanitario por parte del Estado, el quinto de los factores explicativos del incremento en el gasto, ya que los servicios sanitarios financiados públicamente constituyen un salario indirecto. Ello significaría aumentar el papel del mercado, juego de la oferta y la demanda, como racionador de los servicios sanitarios. Tal evolución supondría un grave atentado a la equidad (el 20 % de los hogares españoles con el 40,9 % de los ingresos totales, consumiría siete veces más atención sanitaria que el 20 % de la población española con sólo el 6,5 % de los ingresos totales<sup>6</sup>), perjudicaría la eficiencia (los recursos sanitarios no se asignarían donde su producto salud pudiera ser mayor sino a quienes pudieran pagarlos), y podría provocar disgregación social. Como las sociedades desarrolladas, por otra parte, no parecen poder permitirse una renuncia a los objetivos de equidad (acceso a los servicios sanitarios en función de la necesidad), las decisiones de racionamiento, que siempre se han efectuado, porque ninguna sociedad puede permitirse toda la atención sanitaria técnicamente posible, no pueden dejarse al juego de la oferta y la demanda pero tampoco a la inercia, burocrática y profesional, o al tráfico de influencias. Deben hacerse, pues, socialmente explícitas.

La Medicina en su relación individualizada médico-paciente tiende a pensar que no existe gasto excesivo y que todo aquello que está médicamente indicado y es

Correspondencia: Dr. V. Ortún Rubio. Albigesos, 3. 08024 Barcelona

Manuscrito recibido el 4-12-1986

*Med Clin (Barc)* 1987; 88: 411-413

viable debe hacerse. Las necesidades individuales de unos cuantos pueden contradecirse con las necesidades de la colectividad. Una endarterectomía de carótida en paciente asintomático<sup>7</sup> puede utilizar tantos recursos como la implantación de cinco marcapasos por bloqueo cardíaco AV para obtener unos resultados, en términos de años vida ajustados según calidad (AVAC), muy inferiores. No basta plantearse la efectividad (grado de consecución de un objetivo en condiciones reales) de las intervenciones sanitarias; deben asimismo considerarse los recursos socialmente empleados para obtener tales resultados y alguien debe decidir si los resultados justifican los recursos empleados o si existe para los mismos una asignación más productiva en términos de salud. Esto es, debe plantearse la eficiencia. De lo contrario, y suponiendo una cierta sustituibilidad en los recursos, puede darse la aparente paradoja de que diez millones de pesetas adicionales en sanidad pueden suponer tres muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables: sólo se precisa que los diez millones se inviertan en una tecnología de efectividad dudosa y dejen, hipotéticamente, de emplearse en el tratamiento de una meningitis bacteriana, una colecistitis o una anemia carencial, vulnerables las tres a la atención sanitaria<sup>8</sup>. No es ético emplear tecnologías de efectividad no demostrada epidemiológicamente, por ensayos aleatorios controlados u otros métodos, y económicamente justificadas como suministradoras de un beneficio a la sociedad mayor que el coste que para la misma representan<sup>9</sup>. La eficiencia se legitima socialmente en su definición cuando afirma que se trata de producir aquellos bienes y servicios que más valora la colectividad al mínimo coste social. Dudas sobre quién decide y cómo lo hace, así como la constatación de ingentes gastos en servicios y funciones de valor social probablemente menor al de los programas sanitarios, erosionan la legitimidad y eticidad del racionamiento. Aceptemos, no obstante, que los recursos sanitarios tienen un límite y no lo tiene, en cambio, la necesidad de los mismos. Teóricamente no es difícil preconizar un reparto de los recursos sanitarios según coste por AVAC (la literatura sajona ya ha acuñado el acrónimo QALY, *quality adjusted life years*<sup>10</sup>); la autoridad sanitaria puede intentar orientar su política, en un marco de conflictos de intereses y distintas percepciones sobre prioridades, con criterios de efectividad y eficiencia. Prácticamente, pueden irse introduciendo medidas que hagan depender, aunque sólo sea en un simbólico 1 %, los recursos sanitarios de una comunidad autónoma de su índice de mortalidad estandarizada o de su índice de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, y los recursos de un hospital de su índice de complejidad de patología atendida. Los intereses del capital en su conjunto (Chrysler, Toyota, Seat) pasan por un sector sanitario eficiente, lo que se consigue mejor allá donde una elevada financiación pública permite orientar la oferta, por mucho que algunos intereses sectoriales (industrias farmacéutica y electromédica, algunos proveedores de cuidados sanitarios, etc.) puedan verse afectados. España está en condiciones de romper la política sanitaria inercial y orientar la oferta de instalaciones,

profesionales, programas, etc., hacia donde su producto en términos de salud sea mayor.

Tres líneas de actuación parecen de adopción conveniente, por parte de la autoridad sanitaria, con relación a la práctica médica: 1) evitar el economicismo; 2) centrarse en las tecnologías e intervenciones inefectivas e incluso perjudiciales o peligrosas<sup>11</sup>, y 3) continuar la criba con las tecnologías de efectividad dudosa y gran coste social<sup>11</sup>. Antes de racionar indiscriminadamente debe evitarse el despilfarro tanto clínico como administrativo<sup>12,13</sup>.

Constituye economicismo cortar gastos sin reparar en el impacto sobre la salud, segundo término del binomio de eficiencia. Resulta preocupante, a este respecto, comprobar la falta de interés de numerosas investigaciones sobre servicios sanitarios acerca del impacto sobre el estado de salud de la política de contención de costes y de las modificaciones en la organización de los servicios sanitarios<sup>14</sup>.

Más atención sanitaria no siempre es mejor que menos atención sanitaria. La reducción, e incluso eliminación, de las prácticas médicas innecesarias puede producirse sin impacto alguno en la salud de la población. No se trata sólo de actuar sobre la alta tecnología de efectividad no probada o sobre el tratamiento intensivo de pacientes terminales, como de hacerlo sobre las pequeñas indicaciones diagnósticas y terapéuticas cotidianas: está documentada la factibilidad de reducciones espectaculares, del orden del 50 %, de las pruebas analíticas<sup>15</sup> y de radiodiagnóstico<sup>16</sup> sin que se altere la calidad asistencial. Algunos procedimientos, por otra parte, no han probado su eficacia<sup>17</sup> o son de efectividad subjetiva<sup>18</sup>.

Finalmente, queda como tema difícil, decidir socialmente sobre tecnologías efectivas pero no eficientes, del estilo de los cuidados intensivos neonatales para niños de muy bajo peso, que mejoran la supervivencia pero que suponen unos costes sociales mayores que la valoración que de los beneficios hacen los afectados<sup>19</sup>. La no eliminación del despilfarro sanitario (clínico y administrativo) constituye una carga de profundidad contra la legitimidad de cualquier política que pretenda mejorar la asignación de recursos en el sector sanitario. Este tipo de política macrosanitaria de orientación de oferta debe complementarse con actuaciones sobre la población y con el diseño de procedimientos de gestión que introduzcan en el médico un comportamiento no tan sólo eficaz y seguro sino también eficiente. Se trata de conseguir que el médico, como asignador de recursos, interiorice la comparación entre beneficio marginal a obtener y coste adicional de obtenerlo, ya que es el médico quien determina las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que deben efectuarse<sup>20</sup>.

La responsabilidad administrativa está en la actualidad divorciada de la responsabilidad clínica y los incentivos existentes no inducen las consideraciones de eficiencia. Se indican todos los servicios que desde el punto de vista médico son necesarios (el beneficio para el paciente es positivo), que son demandados (porque el coste marginal para el paciente se aproxi-

man a cero) y que son suministrados (porque los proveedores son totalmente reembolsados).

El que la demanda sanitaria sea iniciada casi siempre por el médico e incluso, a veces, inducida por él mismo<sup>21</sup>, añade importancia al tema de los estímulos al médico. Entre aquellos ya experimentados, que introducen las consideraciones de eficiencia, podemos mencionar la participación en ahorros, el grupo nominal, el reembolso prospectivo y el presupuesto por servicios clínicos. Todos incentivan la revisión de la práctica médica<sup>22</sup>. Los tres primeros controlan la intensidad de pruebas y servicios por proceso. El cuarto acaba con el divorcio responsabilidad clínica/responsabilidad administrativa.

Entre los estímulos al médico no inductores de eficiencia, merecen ser citados los intentos de proporcionar alicientes financieros directos al médico, mediante la participación en beneficios de aquellos servicios referidos por él con el consiguiente peligro de indicación inadecuada y excesiva. Creemos, con el editor del *New England Journal of Medicine*, que el médico sirve mejor los intereses de sus pacientes cuando los separa radicalmente de los intereses financieros<sup>23</sup>.

La participación en ahorros derivados de una menor hospitalización, un menor gasto durante la misma y un menor consumo farmacéutico, constituye el fundamento de las *Health Maintenance Organizations*<sup>24</sup>. Su aplicación resulta más aconsejable cuando la atención es continuada, pues evita el peligro de subprovisión.

El grupo nominal<sup>25</sup> persigue el consenso y basa su actuación en la retroalimentación informativa de los componentes del grupo. Esta retroalimentación informativa acompañada de reuniones periódicas sobre utilización de recursos puede tener éxito<sup>26</sup>.

El reembolso prospectivo en base a grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)<sup>27</sup> pretende homogeneizar la intensidad de servicios diagnósticos y terapéuticos por proceso. Originariamente orientado al control de calidad se ha convertido en el sistema más efectivo de ajuste por complejidad de patología. La asignación de unos recursos fijos a cada GRD puede inducir consideraciones de eficiencia en las decisiones clínicas que se adopten.

Los presupuestos por servicios<sup>28</sup>, finalmente, pretenden vincular responsabilidad clínica y responsabilidad administrativa. Relacionan resultados a obtener con recursos a emplear por el servicio, clínica o incluso por el médico individual (tanto en el propio servicio como en servicios centrales de farmacia, radiografía y laboratorios) e incentivan, profesional y/o económicamente, las desviaciones favorables sobre lo presupuestado.

El problema político, ético y económico de los costes sanitarios será algo más que una moda pasajera. Para que nadie sea privado de atención sanitaria efectiva, la Medicina deberá ser capaz de combinar la preocupación por el paciente con una búsqueda de eficiencia en la

práctica clínica<sup>29</sup>, y la Administración Sanitaria de crear las condiciones para que tal combinación pueda prosperar.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Culyer A. Health, economics and health economics. En: van der Gaag J, Perlman M, ed. Health, economics and health economics. Amsterdam, North Holland 1981; 3-11.
2. Cipolla C. The economic history of human population. Sussex: Harvester Press, 1978.
3. Thurow L. Learning to say «no». *N Engl J Med* 1984; 311: 1.569-1.572.
4. Starfield B. The effectiveness of medical care: validating clinical wisdom. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press, 1985.
5. Hadley J. More medical care, better health? Washington: The Urban Institute, 1982.
6. INE. Encuesta de Presupuestos Familiares 1980-81. Madrid: INE, 1983. Tomo I, p 434.
7. Caplan L. Carotid-artery surgery. *N Engl J Med* 1986; 315: 886-888.
8. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria y control de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)* (en prensa).
9. Jennet B. Economic appraisal. *Br Med J* 1984; 288: 1.781-1.782.
10. Torrance G. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ* 1986; 5: 1-30.
11. Angell M. Cost containment and the physician. *JAMA* 1985; 254: 1.203-1.207.
12. Himmelstein D, Woolhandler S. Socialized Medicine: a solution to the cost crisis in health care in the United States. *Int J Health Serv* 1986; 16: 339-354.
13. Ginzberg E. The destabilization of health care. *N Engl J Med* 1986; 315: 757-761.
14. Hogners J. What about the patient? *N Engl J Med* 1985; 313: 689-670.
15. Fowkes F, Davis E, Evans K et al. Trial of strategy for reducing the use of laboratory tests. *Br Med J* 1986; 292: 883-885.
16. Fowkes F, Davis E, Evans K et al. Multicentre trial of four strategies to reduce use of a radiological test. *Lancet* 1986; 1: 367-370.
17. Brook R, Lohr K. Efficacy, effectiveness, variations and quality. *Med Care* 1985; 23: 710-722.
18. Wennberg JE, Gittelsohn A. Variations in medical care among small areas. *Sci Am* 1982; 246 (4): 120-134.
19. Boyle M, Torrance G, Sinclair J, Horwood S. Economic evaluation of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 1983; 308: 1.330-1.337.
20. Ginzberg E. Is cost containment for real? *JAMA* 1986; 256: 254-255.
21. Ortún V. La demanda inducida por el hospital. *Gas Sanit (Barc)* 1986; 26: 64-67.
22. Jennet B. Assessment of medical technologies. *Lancet* 1986; 2: 735-736.
23. Relman A. Dealing with conflicts of interest. *N Engl J Med* 1985; 313: 749-751.
24. Luft H. Health Maintenance Organizations and the rationing of medical care. *Milbank Q Health Soc* 1982; 60: 268-302.
25. Delbelq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group technique for program planning. A guide to nominal group and Delphi processes. Glenview, Illinois: Scott, Foresman & Co, 1975.
26. Mitchell MW, Fowkes F. Audit reviewed: does feedback on performance change clinical behaviour? *J R Coll Physicians Lond* 1985; 19: 251-255.
27. Fetter R, Shin Y, Freeman J, Averill R, Thompson J. Case-mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care* 1980; 18 (Suppl. 1): 1-53.
28. Wickings I, Coles J, Flux R, Howard L. Review of clinical budgeting and costing experiments. *Br Med J* 1983; 286: 575-578.
29. Anónimo. Improving use of clinical resources. *Lancet* 1986; 2: 319-320.