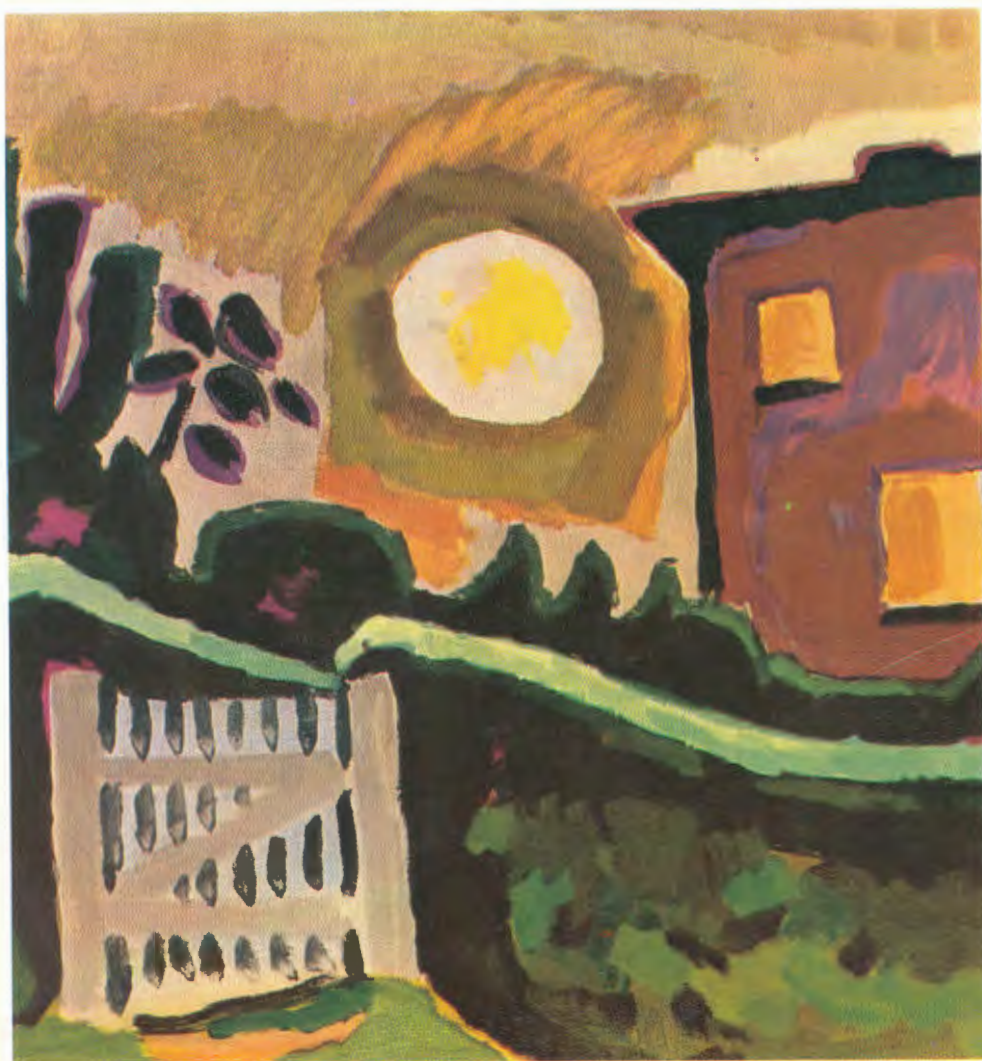


6

SANIDAD

PUBLICA

PROMOCION DE LA SALUD ¿SUEÑO O ALTERNATIVA?



Vicente Ortín

Jenilla, 6 diciembre '90

XI Jornadas Debate Sanitario
"Salud para Un Solo Mundo"

PROMOCION DE LA SALUD ¿SUEÑO O ALTERNATIVA?

**IX Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública
Pamplona, diciembre 1990**

6

PROMOCION DE LA SALUD ¿SUEÑO O ALTERNATIVA?

Federación de Asociaciones para la
Defensa de la Sanidad Pública

Comité editorial:

José Ramón Loayssa, Mariví Mateo, Angeloi Goya.
ADSP-OPE Navarra

Edita:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la
Sanidad Pública (F.A.D.S.P.)
C/ Loeches, 6. Bajo D. 28008 Madrid
Tlf.: (91)559 62 11. Fax: (91) 541 37 76

Colabora:

Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid

ISBN: 84-604-4812-6

Depósito Legal: M-38360-1992

Portada: Karl Schmidt

Realiza: QAR Comunicación. Luis Vélez de Guevara 9 - 2º 7. 28012 Madrid

Impresión: Industrias Gráficas Caro. Madrid

Nota del comité editorial: Este libro recoge las aportaciones presentadas en las IX Jornadas sobre Sanidad Pública. Aunque se ha intentado evitarlo, algunas de ellas conservan el estilo de las intervenciones orales.

INDICE

INTRODUCCION	7
CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE PROMOCION DE SALUD. <i>Gerard Bodin</i>	9
POLITICAS DE PROMOCION DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID. <i>Ramón Aguirre</i>	17
POLITICAS DE PROMOCION DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA. <i>Mauri Urturi</i>	21
PROBLEMAS PARA LA FORMULACION DE POLITICAS SALUDABLES. <i>José Manuel Aranda</i>	27
POLITICA DE VIVIENDA. <i>Eduardo Hernández</i>	33
CIUDADES SALUDABLES. <i>José Antonio Infiesta</i>	37
POLITICA ALIMENTARIA. <i>Mercedes Soler Sans</i>	39
ECOLOGIA. <i>Humberto Dacruz</i>	41
EDUCACION PARA LA SALUD, EDUCACION PERSONAL Y SOCIAL Y LA ESCUELA COMO PROMOTORA DE SALUD. <i>Keith Tones</i>	43
DROGAS Y COMUNIDAD. <i>Marco Marchioni</i>	55
FORUMS: ACCION Y PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD Y ORGANIZACIONES SOCIALES Y DE SALUD	61
PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA ESCUELA. <i>Carlos Gurrutxaga Leatxe</i>	63
DESARROLLO DE HABILIDADES PERSONALES Y LA PROMOCION DE LA SALUD. <i>José A. Intxauspe, María A. Mayoral, Conchi Beltrán</i>	67
DIFICULTADES PRACTICAS DE LA GESTION DE LA REORIENTACION DE SERVICIOS. <i>José J. O'Shanaham Juan</i>	83
PROBLEMAS DE LA AGENDA POLITICA DE LA REORIENTACION DE SERVICIOS. <i>Carlos Hernández Gil</i>	102
LA RACIONALIDAD EN POLITICA SANITARIA Y SUS LIMITACIONES. <i>Vicente Ortún Rubio</i>	107
LA CRISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA PROMOCION DE LA SALUD. DISTINTAS ALTERNATIVAS. <i>José Luis Ruiz Giménez</i>	113
LA CRISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA PROMOCION DE LA SALUD. DISTINTAS ALTERNATIVAS. <i>Pedro Maset</i>	119
CONCLUSIONES DEL FORUM SOBRE REORIENTACION DE LOS SERVICIOS	123

LA RACIONALIDAD EN POLITICA SANITARIA Y SUS LIMITACIONES

Vicente Ortún Rubio
Universidad Pompeu Fabra

Un planteamiento racional de la política sanitaria es el que persigue maximizar la salud y bienestar de una sociedad con unos recursos dados. Ello supone centrar la atención en las causas de la incidencia de la enfermedad de la población, más que en la causa de los casos (aquellos que dentro de la distribución de una determinada enfermedad, problema o factor riesgo en la sociedad están por encima del valor que separa lo aceptado como normal de lo patológico). Dado que las alternativas para reducir la incidencia de la enfermedad en una sociedad son múltiples, únicamente mediante un análisis de la relación coste-efectividad de todas ellas (las diversas formas de influir sobre los factores de riesgo relevantes en cada caso), se puede llegar a una recomendación en la que fundamentar la racionalidad.

Dos son, fundamentalmente, las aproximaciones útiles al anterior propósito: una típicamente epidemiológica, otra típicamente económica.

La aproximación epidemiológica más relevante para proporcionar una base analítica a las políticas dirigidas a la disminución de la incidencia de la enfermedad es la del enfoque de riesgo, que calcula la proporción de mortalidad atribuible a cada factor y considera, después, la vulnerabilidad del mismo. Véase el zoom 12 de ROL 112, o la tesis doctoral de uno de los autores del artículo citado —José Ramón Banegas— sobre «Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España atribuible a los principales factores de riesgo». Tal enfoque, depurado de las limitaciones que lo atribulan, y complementado con un cálculo de los costes sociales que supone modificar factores de riesgo, nos suministra la relación coste-efectividad de las diversas alternativas. Lo que puede ilustrar la decisión política, nunca sustituirla.

La aproximación económica es la de la función de producción de salud que trabaja con datos agregados, tiene en cuenta la estructura de retardos en el impacto del factor de riesgo sobre la enfermedad, así como las influencias mutuas entre las variables. Véanse los zoom 2 y 7, en ROL 101 y 106, respectivamente, o los trabajos de los profesores Harvey Brenner, Carlos Murillo y Beatriz González.

Ambas aproximaciones comparten la preocupación por las limitaciones derivadas de la ciencia en los datos, del exceso de hipótesis simplificadoras requerido y de un sinfín de cuestiones metodológicas. Como si una mayor racionalidad en la política sanitaria dependiera únicamente de métodos más refinados, estimaciones más precisas, mayor conocimiento y menor incertidumbre. Obviamente un mayor conocimiento permite una mayor racionalidad en la actuación, pero no la presupone. Una parte importante de los conocimientos sanitarios no se aplica de forma consecuyente o se aplica con gran retraso. Lo ocurrido con la política en relación con el tabaquismo constituye un buen ejemplo.

De ahí que en este artículo nos propongamos analizar las limitaciones a la racionalidad en la política sanitaria que no se derivan de la eternamente inevitable «insuficiencia del conocimiento y presencia de incertidumbre», sino de otros factores. Tal vez el conocimiento de las limitaciones no científicas al planteo racional de la política sanitaria facilite su superación.

Las limitaciones a la racionalidad en política sanitaria que se consideran a continuación son las originadas por: a) la infravaloración de la prevención; b) los intereses de la industria, c) los conflictos políticos, y d) el papel central de los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, en la asignación de recursos en el sector sanitario.

Infravaloración de la prevención

Prevenir es mejor que curar... siempre que sea posible y realmente más eficiente (no se trata de vacunar a toda la población contra la hepatitis B).

La prevención se predica mucho y se practica poco. ¿A qué se debe este comportamiento social aparentemente tan inconsecuente? Tres razones avanzan una explicación: las dos primeras basadas en comportamientos individuales observados en la realidad y en la experimentación psicológica; la tercera, una razón deducida en parte de las anteriores.

Primera razón: La cantidad que una persona está dispuesta a pagar por una reducción determinada en su probabilidad de muerte está relacionada positivamente con el nivel de probabilidad (Fuchs, 1981), lo cual explica una demanda de cuidado cuando se está enfermo muy superior a la demanda de prevención que se formula cuando se está sano. Esto es, un individuo apenas está dispuesto a pagar por reducir la probabilidad de muerte en un punto, del 4 al 3 por 100, y en cambio sacrificaría grandes sumas por bajarla del 98 al 97 por 100. En el agregado estas preferencias producen una demanda «irracionalmente» alta de cuidados poco efectivos en los estadios terminales de la enfermedad, y una demanda «irracionalmente» baja de cuidados anticipatorios y actividades preventivas.

Segunda razón: A lo anterior probablemente se añade que, a diferencia de lo que ocurre con las ganancias, una pérdida incierta se prefiere a una pérdida cierta (Fuchs, 1982), y las pérdidas de salud que la prevención puede evitar son inciertas, ya que existe una probabilidad de que incluso sin prevención no se produzcan.

Estas dos razones, baja preferencia temporal y amor al riesgo cuando se trata de resultados negativos, tienen su traducción sanitaria en lo que Rose (1988) denomina paradoja de la prevención. La tercera razón.

Existen dos grandes estrategias preventivas: la de «alto riesgo», que procura identificar a los individuos susceptibles de alto riesgo y ofrecerles cierta protección individual, y la poblacional, que procura controlar los factores determinantes de la incidencia, reducir el nivel promedio de los factores de riesgo y desplazar en una dirección favorable toda la distribución de la exposición. Debe recordarse que un gran número de personas de bajo riesgo pueden originar más casos de una enfermedad que el reducido número que tiene riesgo elevado. La paradoja de la prevención poblacional es que

dando mucho a la población general (inmunización, uso de cinturones de seguridad, por ejemplo), ofrece poco a cada individuo participante (Rose, 1988).

Intereses de la industria

Los sistemas sanitarios de los países desarrollados están financiados públicamente y tienen la producción de servicios sanitarios muy regulada por la Administración. En cambio, la industria suministradora de la sanidad es de propiedad privada, sus inversiones requieren, por tanto, de unas tasas esperadas de beneficio en consonancia con las de otras inversiones. Entre esta industria suministradora destaca la industria farmacéutica, la cual ha contribuido notablemente a la mejora de la salud de las poblaciones desarrollando con investigación propia —con la notable excepción de los antibióticos— productos efectivos.

No obstante, y tal como se decía en el zoom 40, ROL 143, la propiedad privada de la industria suministradora de la sanidad comporta que entre las alternativas de intervención en un problema sanitario reciba mayor atención investigadora aquella susceptible de ser comercializada en un mercado amplio. Los productos con gran mercado significan en numerosas ocasiones una actuación racional, pero no siempre. Una buena ejemplificación de una posible excepción la constituyen los fibrinolíticos de segunda generación (los que sustituyen a la estreptoquinasa y pueden administrarse sin angiografía) y los hipolipemiantes. Estos fármacos son objeto de mucho mayor esfuerzo investigador que, por ejemplo, los determinantes sociales de la hipertensión. Ello hará que cuando el médico se enfrente a un enfermo hipertenso prescriba antihipertensivos, pues la efectividad de otros procedimientos puede conjeturarse pero no está probada. O, para poner otro ejemplo, que enfrentando el médico a una hipercolesterolemia desista antes de lo que estaría indicado de intentar cambios dietéticos y pase a la prescripción de hipolipemiantes.

Los hipolipemiantes se disputan, asimismo, un importantísimo mercado y tratan de documentar su efectividad comparándose con otros hipolipemiantes ya en el mercado (normalmente los de mayor venta).

La eficiencia exigida por el criterio de racionalidad queda ausente de estas valoraciones, ya que las alternativas relevantes no se consideran; son alternativas relevantes a los hipolipemiantes, los cambios dietéticos —mediante acción individual o colectiva— y, en general, todas las actuaciones preventivas o curativas sobre el resto de factores de riesgo de las enfermedades coronarias, ya que el objetivo final no es bajar la colesterolemia, sino disminuir el riesgo coronario, y ello puede realizarse de muchas maneras. Sin esta consideración de las alternativas relevantes no se contesta, pues, de momento la pregunta de si la alternativa farmacológica es la forma más eficiente de abordar un problema de salud. Sólo la valoración de la utilidad social de los medicamentos —que el artículo 92 del proyecto de Ley del Medicamento trata de establecer— puede propiciar la integración de las consideraciones económico-industriales sobre medicamentos (externalidades tecnológicas de la investigación, impacto en inversión, ocupación y balanza de pagos, etcétera) con las consideraciones económico-

sanitarias centradas en la medida de la eficiencia relativa del medicamento. El medicamento constituye una de las formas de resolver un problema de salud y ha de compararse, por tanto, con las tecnologías alternativas de prevención y curación que sean relevantes.

Los intereses de la industria no sólo encuentran un aliado en la conveniencia del médico, sino también en la presión de la población que trata que los medicamentos se aprueben antes de que su efectividad y ausencia de efectos secundarios importantes esté documentada.

La investigación es enormemente plástica. Profundiza en unas vías y deja otras sin explorar. Entre éstas las que menos oportunidades puedan brindar para inversiones rentables y/o las que más puedan cuestionar la organización social. Especialmente cuando la investigación se financia con fondos privados. Estos fondos no pueden dirigirse hacia descubrimientos que no puedan ser rentabilizados comercialmente, bien porque los mercados potenciales sean de baja capacidad adquisitiva (caso de muchas de las patologías más prevalentes en el mundo), bien porque el producto en sí (una técnica de deshabituación, por ejemplo) pudiera ser fácilmente copiado.

Finalmente, la eficiencia de un producto de la industria vendrá limitada por su utilización inapropiada: su empleo en condiciones para las que no está indicado.

Limitaciones políticas

Ni la mejora de la salud ni el desarrollo de los servicios sanitarios constituyen el único objetivo de un gobierno. Existen, por otra parte, intereses creados por la política sanitaria. En palabras del actual ministro de Sanidad: «Intereses agrícolas y ganaderos dificultan la popularización de dietas saludables. Determinados intereses industriales se oponen a la preservación del medio ambiente. Grandes corporaciones multinacionales son hostiles a las campañas de reducción del hábito de fumar o del consumo de bebidas alcohólicas, y todavía cuesta trabajo ligar la publicidad de los automóviles a la seguridad y no a la velocidad. Hay resistencias que provienen de fuertes intereses económicos ligados al sector de la asistencia sanitaria. La industria farmacéutica difunde que mayor consumo de medicamentos es igual a mejor salud, y trata de influir sobre los médicos para que, si disminuye el número de recetas, se prescriban indiscriminadamente productos más recientes y costosos quizá sustituibles por productos genéricos» (García Vargas, 1990).

Los intereses creados tienen una conocida ejemplificación sanitaria en la industria del tabaco. Hace décadas que se conocen los efectos adversos del tabaco. España es uno de los países europeos con mayor prevalencia de tabaquismo en la población en general. En torno a 40.000 personas mueren cada año en España por causas atribuibles al tabaco (el 13 por 100 de todas las muertes). No obstante, hasta 1988 no se declara al tabaco sustancia nociva para la salud de las personas (1).

Afortunadamente, no todos los intereses creados actúan en contra de la racionalidad en política sanitaria. Una política de educación alimentaria (2) que, en España, intentará recuperar la tradicional «dieta mediterránea» tendría como aliado objetivo a

una parte importante de la industria agrícola. De la misma forma que existe un programa de «Europa contra el cáncer», la alianza sanidad-agricultura podría impulsar, por parte española, un programa de «Europa contra las enfermedades cardiovasculares»

En resumen, que cuanto más poderosos sean los grupos eventualmente favorecidos por una medida de política sanitaria, racional sobre el papel, mayor será la probabilidad de que la medida se implante. Y viceversa.

Ejecución descentralizada y autónoma de la política sanitaria por profesionales

La organización clínica es una burocracia profesional que no coordina sus actividades por la línea jerárquica. La autoridad sanitaria puede condicionar la actividad clínica pero no dictarla. De hecho, los Ministerios de Sanidad buscan la aprobación previa de sus políticas por parte de los proveedores sanitarios para garantizar la ejecución de las mismas, hasta el punto de que en ocasiones el criterio máximo para que un programa prospere es el de que obtenga consenso suficiente y no genere ninguna oposición sustancial.

El médico es quien prescribe los tratamientos y las pruebas diagnósticas, ordena ingresos y altas. El es quien realmente efectúa la mayor parte de las decisiones de asignación en el sector sanitario. Incluso las inversiones establecidas en los presupuestos de las Administraciones públicas están con frecuencia muy influidas por los médicos. Difícilmente puede comprenderse la racionalidad de la estructura actual de muchos hospitales, de su distribución de camas y recursos en general por servicios, sin conocer la evolución de la correlación de fuerzas entre los distintos grupos que componen el cuerpo facultativo.

De poco serviría una mayor preocupación por la racionalidad en las decisiones de política sanitaria si ésta no se traslada a los millones de decisiones cotidianas mediante las cuales los médicos asignan los recursos. El uso eficiente de recursos puede facilitarse desde la Administración con políticas correctas, pero únicamente adquirirá corporeidad si los profesionales sanitarios poseen los conocimientos y motivación necesarios para llevarlas a cabo (Ortún 1990).

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

Fuchs, V.: 1981. Economics, health and post-industrial society. En McKinlay (ed.): Economics in health care. Cambridge, Mas: MIT Pres, pág. 1-30.

Fuchs, V.: 1982. Time preference and health: an exploratory study. En Fuchs, V. (ed): Economic aspects of health. Chicago: Chicago Univ. Press, pág. 93-120.

García Vargas, J.: 1990. Discurso ante la Asamblea Mundial de la Salud. «El País», de 9 de mayo.

Ortún, V.: 1990. Incorporación de los criterios de eficiencia económica a la práctica clínica. Información Comercial Española, Revista de Economía 681-682 (mayo-junio), pág. 117-129.

Rose, G.: 1988. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En «El desafío de la epidemiología». Washington: Organización Panamericana de Salud, pásg.: 900-909.

NOTAS

(1) Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población (BOE del 9-3-1988).

(2) Del estilo de la propuesta en el Consenso para el control de la colesterolemia en España. Ministerio de Sanidad y Consumo 1989.