

## EL PRODUCTO SANITARIO: ¿SERVICIO O SALUD?

Vicente Ortún Rubio  
Universidad Pompeu Fabra

*El que el propósito principal de las intervenciones sanitarias sea aumentar, restablecer y mantener la salud o limitar las consecuencias de las enfermedades debería tener como consecuencia que el rendimiento de las actividades del sector se valorara en términos de salud. Así, un criterio básico de la gestión sanitaria sería la determinación de las modificaciones producidas en la salud de los ciudadanos atribuibles a las actividades sanitarias.*

*Sabemos, no obstante, que los determinantes de la salud son múltiples, de manera que resulta difícil cuantificar con precisión operativa el efecto de las intervenciones estrictamente sanitarias sobre la salud.*

*De otro lado el crecimiento de la organización sanitaria ha comportado el desarrollo de una compleja oferta de servicios que a pesar de poderlos considerar como instrumentos para alcanzar objetivos de salud parecen gozar de notable autonomía respecto a sus consecuencias sanitarias.*

*En este contexto se plantea la cuestión de si el producto sanitario es básicamente servicio o en cambio es fundamentalmente salud. Acentuar una u otra característica sería trascendente respecto de los aspectos de organización, evaluación y gestión. (Andreu Segura)*

La contribución de este artículo al debate anterior, propuesto por Andreu Segura<sup>1</sup> a Fernando Lamata<sup>2</sup>, pasa por: primero, analizar si individuos y sociedades valoran la salud o los servicios, segundo, fundamentar académicamente la forma de explicitar esas valoraciones, y, tercero, discutir alguna de las implicaciones que plantearse la salud como objetivo tiene en la política y gestión sanitarias.

### QUE VALORAN LOS CIUDADANOS

Es la salud, como estado, más que los servicios sanitarios, como mercancía, lo que es valioso a los usuarios. Pocos "comprarían" servicios sanitarios en ausencia de un beneficio esperado sobre la salud. Y aquellos que lo hicieran -drogadictos o víctimas del síndrome de Munchausen, por ejemplo- y que obtienen placer de la atención médica y fingen enfermedades para obtenerla son generalmente considerados insanos. Cualquiera que busca atención sanitaria sin estar enfermo, está enfermo<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Autor del zoom 42 en el nº 146 de **ROL**, Director del Programa de Formación e Investigación en Salud Pública del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

<sup>2</sup> Autor de los zooms 36 y 38 en los números 139 y 141 de **ROL**, Director General de Formación e Investigación de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

<sup>3</sup> Así se decía en el zoom 3, de este autor, en el nº 102 de **ROL**.

Ahora bien, aunque los ciudadanos valoren fundamentalmente el impacto en la salud de los servicios sanitarios existen otros dos tipos de satisfacción (utilidad) que se derivan del proceso de atención sanitaria:

Primera, la ocasionada por el hecho de delegar en el profesional sanitario, más allá de lo exigido por la falta de información del usuario. Constituye una forma de eludir la responsabilidad individual y evitar la conciencia de culpa en elecciones que afectan al individuo o a sus próximos. El alcance de esta delegación varía según la naturaleza del problema (síntomas menores o tumores de mal pronóstico), la personalidad del usuario, la personalidad del profesional sanitario, y las circunstancias de ambos.

Segunda, la originada por la transmisión de información. Cualquier proceso diagnóstico pretende reducir la incertidumbre clínica. Una prueba diagnóstica es adecuada si la ganancia en información compensa el coste de la prueba<sup>4</sup>. Y en este punto, aunque parezca baladí, no hay que dar por supuesto que un paciente obtenga satisfacción de cualquier acto que mejora la información clínica, pero que tal vez no afecta ni a su capacidad de decisión personal ni, incluso, a sus expectativas de mejora.

La motivación de "compra" de servicios sanitarios por su impacto en la salud entroniza la **efectividad** y la **adecuación** como criterios básicos de valoración. Se sabe, no obstante, que para los numerosos procedimientos sanitarios de efectividad no suficientemente constatada es muy difícil contestar la pregunta ¿qué hubiera pasado con el estado de salud sin ese particular servicio sanitario?. Muy difícil contestarla para una colectividad. Casi imposible contestarla para un individuo. Ello revaloriza el criterio satisfacción.

**Satisfacción** con el producto salud (movilidad recuperada, dolor atenuado) pero también satisfacción derivada del proceso. Pero mientras efectividad y adecuación son objetivas y cuantificables como diferencia entre dos grupos comparables, tratado el uno y el otro no, la satisfacción es subjetiva y de cuantificación más difícil. La satisfacción también es una diferencia: entre expectativas individuales y comportamiento esperado en este caso<sup>5</sup>. Y aquí el lector puede imaginar que los aspectos del comportamiento esperado que un usuario valore dependerán de nuevo de las condiciones que presente así como de la personalidad y actitudes del profesional sanitario.

En suma, pues, los ciudadanos valoran la salud como **resultado**, con una satisfacción asociada que depende de esta salud y también de las expectativas individuales. Secundariamente, los individuos valoran también la satisfacción que obtienen de algunos aspectos del **proceso** de prestación de servicios sanitarios.

## VALORACION SOCIAL DE ALTERNATIVAS

Pertenece al dominio público el que la mejora de los indicadores objetivos de salud ha ido acompañada en los países desarrollados de un empeoramiento de la percepción

<sup>4</sup> El coste de la prueba es el beneficio que se hubiera obtenido en la mejor indicación alternativa.

<sup>5</sup> De aplicación a muchos terrenos de la vida cotidiana. Así en la presentación de un conferenciante un tono encomiástico tiene la efectividad de cualquier buen placebo, pero si no se dosifica con tiento el paroxismo en las expectativas puede preludiar la decepción en el auditorio.

subjetiva del estado de salud. Es la conocida paradoja de la salud (Barsky 1989). Esta paradoja obliga a considerar **la salud y la satisfacción como el producto a maximizar** por una sociedad, con sujeción a una serie de restricciones.

Cabe imaginar los dos escenarios extremos: un escenario burocrático de efectividad sin satisfacción subjetiva y otro escenario cínico de satisfacción sin efectividad.

Obviamente, los ciudadanos valoran ambas cosas, que, por otra parte, en definiciones muy exageradas de salud pueden ser equivalentes.

El como combinar salud y satisfacción, sin transferir a los proveedores de servicios sanitarios más renta de la conveniente define el problema básico de la organización sanitaria de un país y alienta alguna de las reformas sanitarias en curso.

El como medir salud y satisfacción de forma combinada se convierte en requisito deseable para establecer hasta qué punto las sociedad consigue de sus servicios sanitarios lo que de ellos valora. Y aquí entran en juego los años de vida ajustados según calidad.

Los años de vida ajustados según calidad (AVAC)<sup>6</sup> constituyen una medida del producto de los servicios sanitarios que reconoce la multidimensionalidad y subjetividad de la salud e incorpora tanto la dimensión cantidad de vida como calidad de ésta. Más adelante se verá precisamente como el AVAC incorpora salud y satisfacción.

El año de vida ajustado por calidad se define como el aumento de un año en supervivencia con salud plena, del mismo valor intrínseco para todos los individuos<sup>7</sup>. Su empleo ha permitido lo que se denominan análisis coste-utilidad que posibilitan comparaciones como las de las **tabla 1.y 2** El coste utilidad evita el empleo de la voluntad de pagar como medida de beneficios, criterio de aplicación difícil en sanidad e, incluso, inapropiado en opinión de bastantes.

## Tablas1 y 2

Los ratios coste-utilidad así contruídos no incluyen las externalidades<sup>8</sup>, lo cual tiene su importancia ya que las externalidades provocan uno de esos fallos del mercado en sanidad que justifican precisamente la intervención del Estado.

### Externalidades

Existen cuatro tipos de externalidades en beneficios que pueden valorar los individuos aunque no sean usuarios directos de un servicio sanitario:

---

<sup>6</sup> QALY, Quality Adjusted Life Years en inglés, por si el lector desea efectuar alguna búsqueda bibliográfica como las explicadas por Teresa Icart en los zoom 44 y 45 de los números 148 y 149, respectivamente, de **ROL**.

<sup>7</sup> Juan Cabasés explicó qué son los AVACs en el zoom 5 del n° 104 de **ROL**.

<sup>8</sup> Beneficios o costes que recaen en personas ajenas al decisor. Así el vacunarse produce beneficios en el vacunado pero también en otros ciudadanos (externalidades) en la medida que contribuye a la inmunidad comunitaria.

a/ Externalidad egoísta. A X le interesa que Z sea tratado de una enfermedad infecciosa pues así disminuye su posibilidad de contagio.

b/ Externalidad paternalista. X quiere que Z use servicios sanitarios para que Z esté sano. Esto es que Z esté bien tal como X entiende el estar bien.

c/ Externalidad altruísta. X quiere que Z esté bien tal como Z entienda lo que es "estar bien".

d/ Demanda opcional. X no sabe si en un futuro necesitará algún recurso sanitario (una camará hiperbárica por ejemplo) pero esta dispuesto a colaborar en su mantenimiento aunque no la utilice.

Los análisis coste-utilidad no han recogido este tipo de externalidades. Su inclusión tampoco implica que ordenaciones como las de las tablas 1 y 2 fueran subvertidas pero sí hay indicios para pensar que el ordenamiento no siempre favorecería a condiciones muy prevalentes y de baja espectacularidad (Labelle y Hurley 1992).

La contestación a la pregunta de cómo la inclusión de externalidades puede afectar a la prioridad que se otorga a diversos programas sanitarios -en las ordenaciones según coste-utilidad- podemos aproximarla por introspección y mediante observación del comportamiento de nuestra sociedad. ¿Cuáles de nuestros prójimos nos preocupan más? ¿Qué nos preocupa: su bienestar, su salud o su utilización de servicios sanitarios?, ¿Qué tipo de enfermedades nos mueven más, en qué edades?

### Fundamentación teórica de la Evaluación Económica

A la práctica de establecer prioridades sanitarias para un país, basada en la valoración explícita de los beneficios y costes de las distintas alternativas se le llama evaluación económica. Sus concreciones son los análisis coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad (ACU) según los beneficios se midan, respectivamente, en términos monetarios, unidades físicas o utilidad. Este artículo se centra en el ACU por la mayor relevancia de los AVACs a los términos del debate salud o servicios sanitarios.

La evaluación económica sigue dos estrategias diferentes para fundamentar teóricamente la práctica de los análisis coste-utilidad. Para una primera estrategia (Torrance y Feeney 1989) las utilidades que -en la construcción de AVACs- se asignan a distintos estados de salud pueden cumplir con los axiomas Neumann-Morgenstern que permiten a la teoría de la utilidad esperada constituirse en un criterio de elección razonable entre alternativas sanitarias inciertas<sup>9</sup>. Entronca así plenamente la práctica del análisis coste-utilidad con la Economía del Bienestar.

Para una segunda estrategia (Culyer 1989) maximizar la salud es lo que importa y los AVACs pueden utilizarse como medida del producto. Se relega a un plano secundario el que las dimensiones que se consideren en los AVACs desborden las tradicionalmente consideradas en Economía del Bienestar. En efecto, bajo la perspectiva normativa de la Economía del Bienestar los individuos obtienen utilidad estrictamente a través del consumo de bienes y servicios. En cambio los de la

---

<sup>9</sup> Para un tratamiento asequible y riguroso de estos temas ver los capítulos 2º y 3º de Vicente Salas: *Economía de la Empresa*. Barcelona: Ariel, 1987.

estrategia "maximizar la salud es lo que importa" adoptan un concepto más amplio - "extra-welfarista"- del bienestar que, sin desprestigiar la utilidad derivada del consumo de bienes y servicios, incluye también la utilidad derivada de las características no comercializables de los individuos: la honestidad, la movilidad física, la capacidad de elegir, la calidad de las relaciones entre individuos y grupos, etc.

De hecho existe un paralelismo muy alto entre maximizar utilidad y maximizar AVACs. El problema con el enfoque de maximizar AVACs ha sido recientemente ilustrado con el caso del **niño gitano** relegado en un programa de trasplante hepático por su peor pronóstico derivado de circunstancias familiares. En efecto, la sociedad no siempre está de acuerdo -no parecía estarlo en este caso, como mínimo- con maximizar AVACs puesto que ello discrimina en contra de quienes menos pueden beneficiarse de un tratamiento (el niño gitano); la sociedad parece, pues, dispuesta, a sacrificar algo de la eficiencia (ganar menos AVACs) para favorecer una mayor igualdad. Wagstaff (1991) propone una forma muy elegante de hacerlo a partir de funciones de bienestar social que reflejan el grado de aversión social a la desigualdad y que permiten una cierta compensación entre eficiencia y equidad.

#### SALUD Y SATISFACCION COMO PRODUCTO: IMPLICACIONES PARA LA POLITICA Y GESTION SANITARIAS

La actividad sanitaria se ha organizado, medido y retribuido en base a los servicios sanitarios. Las unidades de facturación de servicios sanitarios -días de estancia en el hospital, visitas- han adolecido de graves defectos al estimular la ineficiencia mediante visitas y pruebas innecesarias, estancias larguísimas, ingresos indebidos, etc. La introducción de clasificaciones de pacientes en grupos de isoconsumo de recursos (como los grupos relacionados con el diagnóstico) subsana alguna de las ineficiencias al considerar las diferencias en complejidad en la patología tratada.

Durante muchos años el frente de batalla organizativo continuará en los servicios sanitarios: Su efectividad, adecuación, continuidad, racionalidad, etc. El que las dificultades inmediatas radiquen en el producto servicios sanitarios no impide apuntar tendencias que puedan estimular la teóricamente más correcta utilización de la salud y la satisfacción como medidas del producto final. Se verán en dos apartados: Salud y Satisfacción<sup>10</sup>.

#### SALUD

En otro lugar (Ortún 1992) se ha desarrollado ampliamente cómo se plantea una política de salud racional, de qué instrumentos se dispone, qué obstáculos hay que vencer, etc. No hay aquí espacio ni para un resumen. Basten, a los efectos de este artículo, unos esbozos de cuatro líneas de actuación, abiertas desde hace tiempo y articuladas en una estrategia PPECA, y una nota exploratoria sobre los más recientes Planes de Salud. PPECA es el acrónimo de Promoción y prevención, Efectividad, Capitación y Ambiente Social.

#### *Promoción y prevención*

---

<sup>10</sup> Junto con un consumo de recursos no excesivo en comparación con países de parecido grado de desarrollo constituye la tríada de objetivos básicos de los servicios sanitarios.

La salud como producto final implica un planteo cada vez más serio de las actividades de promoción y prevención de la salud tanto en la actividad asistencial como fuera de ella.

#### *Efectividad*

Plantearse la salud como objetivo supone que los servicios sanitarios han de reducir la variabilidad arbitraria en las tasas quirúrgicas, de frecuentación hospitalaria, etc, mediante un mejor conocimiento de su efectividad.

#### *Capitación*

Asignar recursos sobre bases capitativas, algo corregidas, así como pagar a los médicos de cabecera per capita, también con algunas correcciones, supone un reconocimiento implícito de la salud como producto final.

#### *Ambiente social*

La salud como producto supone enfatizar la consideración de las políticas públicas no sanitarias que tienen clara influencia sobre la salud, como la armonización fiscal, la educación o las políticas de empleo.

#### Planes de Salud

A medio plazo, también los Planes de Salud pueden contribuir a la recuperación de objetivos expresados en términos de salud. Ahora bien, de forma inmediata son más abordables las cuatro líneas anteriores de la estrategia PPECA. Costará operativizar los planes de salud, traducirlos en incentivos profesionales y financieros.

Se está avanzando, pese a lo anterior, en la traslación de Planes de Salud a gestión de servicios sanitarios. El Plan Estratégico 1993-95 del Sector Gavá-El Prat-Sant Boi (Olga Pané, Barcelona) plantea ya que una parte del presupuesto de las Areas Básicas de Salud dependa ya del grado de cribaje, detección y control de los problemas sanitarios definidos como prioritarios. La evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos se realizará mediante auditoría de historias clínicas, encuestas a población, monitorización de valor intrínseco y grado potencial de uso de los fármacos en atención primaria y monitorización de la asistencia domiciliaria.

#### SATISFACCION

El resultado de las elecciones y asuntos todavía más importantes, como el grado de cohesión social, depende de la satisfacción de los ciudadanos. Efectividad y adecuación constituyen condiciones necesarias pero no suficientes de la satisfacción.

Se han producido ya algunos avances en España en relación con la satisfacción. Se propone a continuación una estrategia, PECA, orientada a mejorar la satisfacción. Y no únicamente con los servicios sanitarios. PECA es el acrónimo de Participación, Elección, Confianza y Amabilidad.

#### Participación

Mayor información a la población, como posibilitadora de la elección del punto siguiente, repolitización del significado de salud y recuperación de la discusión sobre valores, actualmente secuestrada por el aparato tecnocrático (Elola 1989). Elola recoge el ejemplo de la respuesta tecnocrática al envejecimiento en base a servicios médicos cuando una sociedad repolitizada tal vez desarrollaría soluciones por medio de políticas preventivas, mayor atención al derecho a una muerte digna y prestando interés a la calidad y no sólo a la duración de la vida.

En un terreno más inmediato una mayor participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios ofrece diversas posibilidades de una mayor participación ciudadana (Peiró y Tarrazona 1992).

Finalmente, en la decisión clínica, y especialmente en alternativas donde la elección depende de la valoración de los síntomas que efectúe el paciente (caso de la prostatectomía en hiperplasia benigna de próstata) la participación del paciente constituye un prerrequisito tanto de la maximización de la salud como de la satisfacción de actuar con albedrío y control.

### Elección

En usuarios informados y para ciertos procedimientos la posibilidad de elegir es en sí misma generadora de satisfacción. Sin grandes cambios en el sistema puede instaurarse la libre elección de médico por el paciente. Esta libre elección ha de tener una serie de limitaciones lógicas que impidan el aumento de costes y el oportunismo de los pacientes y permitan la continuidad de la asistencia (a través de la historia clínica por ejemplo). También con limitaciones el médico ha de poder elegir paciente y el de cabecera los especialistas a los que deriva sus pacientes (Gérvas 1992).

Con grandes cambios, en la línea de separar financiación de servicios sanitarios de la producción de los mismos cabe estimular todavía más la elección por parte del usuario. Sus ventajas son mucho más hipotéticas que las modificaciones que sugiere Gérvas en el artículo citado.

### Confianza

Las sociedades en las que la confianza pública entre los individuos, y de éstos hacia las instituciones públicas, es el principio social dominante el progreso es más fácil.

*.....Un ejemplo...la decadencia del reino de Nápoles, que pasa de ser una sociedad floreciente durante el dominio catalanoaragonés a convertirse en una sociedad depauperada tras la llegada de los Habsburgo españoles...los reyes españoles consiguen de forma premeditada, la destrucción de las normas sociales del Nápoles catalanoaragonés que daban amparo al crédito mutuo de los ciudadanos... Felipe II se propone empobrecer al reino para que resulte fácil mantenerlo sometido. Con este fin, la política de hispanización sustituye sistemáticamente los valores basados en la confianza mutua por unos valores centrados en el amor propio y en la honra personal. No es difícil imaginar que un hombre que antepone su honra a las normas sociales acaba por convertirse en su propio legislador, y dificulta, por tanto, la posibilidad de confiar en él (Bosch 1989)..*

## Amabilidad

Orientación al usuario. Valoración de los puestos de trabajo de "trincheras", en contacto con el usuario, prestadores del servicio y creadores de la imagen. Poda de servicios centrales blindados, excesivamente jerárquicos y cotizados en exceso.

Aunque las cosas han cambiado ya algo y se han producido mejoras en la amabilidad y trato en bastantes servicios públicos queda mucho trecho por recorrer. La amabilidad desborda la liturgia de la sonrisa

*...exige privacidad y confidencialidad de las personas y la información relacionada con ellas, peticiones claras de consentimiento informado, respeto a las voluntades requeridas y expresadas por los pacientes, preocupación por los problemas que alteran sustancialmente su calidad de vida y su percepción de la asistencia (Bonfill 1993).*

Clara conciencia, en suma, de que las utilidades relevantes en una decisión son las del usuario.

La satisfacción del usuario puede medirse mediante encuestas y ser tenida en cuenta a la hora de efectuar repartos presupuestarios.

Se ha analizado qué valoran los individuos (salud o servicios), se ha fundamentado académicamente la valoración social de alternativas, y se han desarrollado las implicaciones de la valoración de salud y satisfacción en la política y gestión sanitarias: Una estrategia salubrista tradicional, PPECA-Salud, y otra estrategia, también salubrista pero más novedosa, PECA-Satisfacción. Con los pies en la tierra y la cabeza en el cielo.

## Bibliografía

Barsky AJ. The paradox of health. *New England Journal of Medicine* 1989; 318: 414-418.

Bonfill X. Como debiera ser el hospital ideal. *Medicina Clínica* 1993, en prensa.

Bosch A. "Fedde pubblica". *El País*, 30 diciembre 1989, pag 12.

Culyer A.J. The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy* 1989; 5:34-58.

Eloia J. Democracia y sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria* 1989; 3(13): 472-75.

Gérvás J. Obstáculos a la libre elección de médico. *El Médico* 1992, nº 470, pag 66-74.

Labelle R.J y Hurley J.E. Implications of basing health-care resource allocations on cost-utility analysis in the presence of externalities. *Journal of Health Economics* 1992; 11:257-277.

Maynard A. Developing the health care market. *The Economic Journal* 1991; 101:1277-86.

Peiró S y Tarrazona V. Posibilidades de participación de las corporaciones locales en la gestión de servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria* 1992; 6(32):225-28.

Torrance G.W. y Feeny D. Utilities and quality-adjusted life years. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1989; 5: 559-75.

Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics* 1991; 10:21-41.

**Tabla 1**

Ejemplo 1° de ordenación de intervenciones según coste-utilidad  
(Coste en libras esterlinas, 1990, por Año de Vida Ajustado por Calidad ganado)

Neurocirugía herida cabeza	240
Consejo anti-tabáquico del médico de cabecera	270
Neurocirugía en hemorragia subaracnoidea	490
Terapia anti-hipertensiva para la prevención del ictus (45 a 64 años)	940
Implantación de marcapasos	1100
Prótesis de cadera	1180
Substitución de válvula en estenosis aórtica	1240
By-pass coronario en angina grave que afecta al tronco común de la coronaria izquierda	2090
Transplante de riñón	4710
Cribaje de cáncer de mama	5780
Transplante cardíaco	7840
Diálisis domiciliaria	17260
By-pass coronario en angina leve, un vaso	18830
Hemodiálisis hospitalaria	21970
Eritropoyetina para la anemia en dializados (suponiendo una reducción en mortalidad del 10%)	54380
Neurocirugía en tumores malignos intracraneales	107780
Eritropoyetina para la anemia en dializados (sin suponer aumento alguno en supervivencia)	126290

**fuentes:** Maynard 1991

**Tabla 2**

Ejemplo 2° de ordenación de intervenciones según coste-utilidad  
(dólares de 1986 por Año de Vida Ajustado por Calidad ganado)

Cribaje fenilcetonuria	< 0
Terapia anti-D puerperal	< 0
Terapia anti-D durante el embarazo	1.480
Bypass arteria coronaria principal izquierda	5.100
Cuidados intensivos neonatales, peso 1000-1500 g	5.460
Cribaje deficiencia tiroxina	7.650
Tratamiento hipertensión aguda (presión diastólica > 105 mm Hg) en hombres de 40 años	11.400
Tratamiento hipertensión moderada (95 a 104 mm Hg) en hombres de 40 años	23.175
Terapia con estrógenos en mujeres menopáusicas que no han sido histerectomizadas	32.760
Cuidados intensivos neonatales, peso 500-999 g	38.580
Bypass coronario en angina moderada, vaso único	44.400
Prueba de tuberculina en las escuelas	53.000
Diálisis peritoneal	57.100
Hemodiálisis hospitalaria	65.600

**fuentes:** Labelle y Hurley 1992