

El precio de la salud o la salud a cualquier precio

"Si no podemos medir una cosa, nuestro conocimiento de ella es escaso e insatisfactorio" (Lord Kevin)

El violento incremento de la demanda sanitaria, la gratuidad tan deseada por todos como ignorada en sus consecuencias, y la escasez de recursos, han sido la causa de que se esté efectuando un nuevo planteamiento en la asistencia sanitaria, más acorde con la realidad socio-económica. Tanto Alemania como Gran Bretaña, Italia o Suecia por no citar más que algunos países, se debaten entre las deficiencias del sistema sanitario y las soluciones que propugnan, sin satisfacer, a sus respectivos ciudadanos. Nosotros no somos una excepción a este panorama que inquieta a tantos. El informe Griffiths en Gran Bretaña (1983). La Comisión Dekker en Holanda (1987) o la Comisión Abril en España (1991) son ejemplos de iniciativas de gobiernos y parlamentos que coinciden en su honda preocupación por la organización, el elevado coste y el funcionamiento de los sistemas sanitarios de sus respectivos países.

No es posible ignorar que la actividad sanitaria al margen de sus peculiaridades -que no se pueden olvidar- es también una actividad "económica" y ha de plantearse por tanto, como uno de los usos alternativos de los escasos recursos de personas y dinero.

Aunqu e cada vez menos, todavía suscita ciertos recelos el hecho de que los servicios sanitarios se contemplan también desde una perspectiva económica, además de los puntos de vista tradicionales. Sin embargo, hoy nadie duda que la medicina se practica en un mundo en el que los recursos son limitados. La Economía de la Salud que trata de optimizar la acción sanitaria, ha irrumpido en este campo con el fin de estudiar las mejores con-

diciones para compartir los recursos disponibles y que la población reciba la mejor asistencia posible.

Los recursos tanto personales como institucionales tienen un límite. Pero hay otro hecho paradójico de gran significación: a partir de cierto nivel, el mayor gasto en asistencia sanitaria no garantiza una mayor calidad. Gran Bretaña con un gasto en sanidad inferior a Italia, nada tiene que envidiar a este último en satisfacción y calidad; lo mismo puede afirmarse de Canadá respecto a otros países. Quizá sea esta la razón por la que el Prof. Vuori afirma que "la medicina está llena de recomendaciones y procedimientos bien intencionados, pero económicamente injustificables, que han sido hechos ondeando la bandera de la medicina, de alta calidad". Sin embargo, sigue habiendo profesionales de la medicina que se enorgullecen de dejar a un lado las consideraciones económicas.

Los que no son médicos suelen pensar que en el ejercicio médico existen estándares bien establecidos y basados científicamente. Los estudios de Wennberg (1997), han demostrado que hay muchas dudas y diferentes opiniones asociadas a gran parte del ejercicio médico. Además, hay una falta general de datos científicos, especialmente en los aspectos cuantitativos de la toma de decisiones médicas. Como han señalado Smith (1991) y Quaig (1982) el grado de conocimiento actual acerca de la efectividad de los procedimientos y prácticas médicas en uso se cifra en no más del 20%.

Sin embargo el consumo de tecnología sigue siendo creciente, aunque su repercu-

sión en una eventual mejora sustancial de la atención médica no está claramente demostrada, de modo especial en determinadas áreas de la medicina. Surgen así dos problemas con claras implicaciones éticas: a) la mala utilización de recursos y b) se somete a los pacientes a riesgos innecesarios en circunstancias en las que esas técnicas no tienen el aval de un uso contrastado.

¿Cómo se puede saber si el uso de una determinada tecnología médica es apropiado? Jennet ha identificado cinco razones para considerar que puede ser inapropiado 1) *si es innecesaria*, es decir, que el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos; 2) *si es inútil*, porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento; 3) *si es insegura*, porque sus complicaciones sobrepasan el probable beneficio; 4) *si es inclemente* porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena como para justificar la intervención; 5) *si es insensata* porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

Otro factor no menos relevante consiste en el mantenimiento de ciertas "rutinas" en el empleo de determinados procedimientos y exploraciones tanto diagnósticos como terapéuticos. En este contexto se contempla el mayor número de pruebas complementarias solicitadas por los médicos en formación que en última instancia, es una laguna en su proceso educativo. No es fácil calcular el coste económico y social de alguna rutina.

La eficiencia (ratio resultado-costo) y calidad científico-técnica, pueden parecer a menudo variables contrapuestas. Si se potencia la segunda puede reducirse la primera. ¿Puede afirmarse que, entre dos médicos que llegan ambos al diagnóstico acertado de un paciente, es mejor aquel que lo hace a un menor coste? No es aceptable lo que, en ocasiones se afirma, "una medicina de calidad a cualquier precio", sencillamente porque tampoco se pueden olvidar las consecuencias de despilfarro económico y los efectos dañinos de la utilización inexperta de la tecnología moderna, con fines asistenciales. La mejora en el nivel cualitativo de la asistencia sanitaria -preocupación de los profesionales y de los pacientes- debe conciliarse, identificando el óptimo, con el incremento de la eficiencia,

principal inquietud de los administradores. La eficacia asistencial no debe dissociarse de la eficiencia en su desarrollo. Los médicos tienen un protagonismo clave en el uso y distribución de los recursos sanitarios. Piénsese por ejemplo, que el coste mensual en recetas que prescriben 40 médicos, equivale al coste de inversión de una Resonancia Magnética (en España hay 40.000 médicos que prescriben con cargo a la Seguridad Social).

No se puede olvidar que la economía no sólo se refiere a los costes, sino también a los beneficios. Es decir, ante la limitación de medios, el coste real de emprender una actividad, es el beneficio que se pierde por no utilizar los mismos recursos en un uso alternativo más favorable. Este es el razonamiento que utilizamos todos en nuestra vida cotidiana, aunque no lo formulemos explícitamente. ¿Por qué rechazarlo en el ámbito sanitario?

Algunos pueden tener la tentación de pensar que la evaluación económica proporciona la respuesta a todos los problemas de elección de asistencia sanitaria. Es evidente que no, porque depende en gran medida de la evaluación técnica y se configura como complementaria de la evaluación médica, más que como sustitutivo de ella. De ahí la importancia que tiene el asegurarse que la eficacia de un tratamiento ha sido claramente determinada. Como afirma Drummond, la evaluación económica constituye una ayuda en la toma de decisiones, no un sustitutivo del razonamiento.

Nadie discute que hoy el médico debe cargar con una nueva responsabilidad que, hasta ahora, le era más o menos ajena. Debe familiarizarse con la administración racional e inteligente de medios limitados. El establecimiento de protocolos (guidelines) de actuación médica es una vía que se ha demostrado útil, siempre que se actualicen periódicamente con el nuevo conocimiento.

La evaluación económica es un componente más a tener en cuenta en la asistencia sanitaria. No debe sacralizarse como si fuese la quintaesencia de la decisión racional, pero tampoco vilipendiarla como si fuera insensible a los valores del ser humano.

Francisco Errasti

Director General de la Clínica Universitaria