

## **DE LA EVALUACIÓN A LA GESTIÓN: ACORTAR LA BRECHA ENTRE EFICACIA Y EFECTIVIDAD\***

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

Este artículo argumenta que la esencia de la gestión clínica -y sanitaria- pasa por reducir la brecha entre efectividad y eficacia, que se obtiene aquello por lo que se paga y que la gestión de las organizaciones sanitarias desborda los contornos de las mismas. Parecería pues, lógico, pagar por resultados en términos de salud y utilizar los incentivos de la competencia por comparación. Sería conveniente acabar con las letanías ‘más sanidad’, ‘más educación’, ‘más I+D+i’ para trabajar en mejor sanidad, mejor educación, mejor I+D+i, aplicando lo que ya sabemos. La evaluación, de cualquier tipo, proporciona suficiente conocimiento analítico y aunque siempre convenga investigar y evaluar más, el auténtico déficit se produce en la puesta en práctica: Se necesita talento implantador para convertirlo en una mejor gestión, talento que obviamente funciona enmarcado por unas limitaciones, cuya consideración, cierra el escrito.

### **Reducir la brecha entre efectividad y eficacia constituye la finalidad de cualquier gestión sanitaria...y clínica**

La última línea en cualquier *cuenta de resultados* de una organización sanitaria debería recoger el número de muertes aplazadas y la calidad de vida ganada. Incluso en organizaciones privadas con unos accionistas a los que atender: los resultados en salud deberían prevalecer sobre los resultados económicos.

La eficacia refleja una frontera de posibilidades de producción para una situación tecnológica: aquello que puede conseguirse si todo funciona bien. La efectividad mide el grado de consecución de ese máximo potencial en función de los datos que la realidad nos ofrece; la calidad de las organizaciones sanitarias no es el único dato – influyen otras organizaciones, la cultura poblacional, el conjunto del sistema

---

\* Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación titulado “Impacto de la atención sanitaria en la salud. Implicaciones para la conciliación entre innovación tecnológica y sostenibilidad del estado del bienestar en Europa”, financiado con una ayuda de investigación de la Fundación BBVA.

sanitario...- pero sí el más relevante para los gestores de servicios sanitarios. De hecho la calidad de un proveedor puede medirse por la brecha entre efectividad y eficacia que le resulta imputable.

Por otra parte, en las principales organizaciones sanitarias –públicas y privadas sin finalidad lucrativa- podría esperarse que la persecución de una buena *cuenta de resultados* –recordemos el aplazamiento de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida- pudiera lograrse libre de eventuales cortocircuitos. Sabemos que hay más de una *cuenta de resultados*, a veces casi tantas como personas integrantes de la organización. Cada uno cuida su parcela confiando en el planteamiento global de cómo conseguir efectividad en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los accidentes corresponde a la política sanitaria...pero la *mano invisible* del mercado no funciona en este campo y la excesivamente visible mano de la política no suele resultar suficiente.

Existen ciertas asociaciones básicas, atajos mentales tan cómodos como irracionales, que llevan a asociar respuesta sanitaria a cualquier problema de salud, como, por ejemplo, experto en tuberculosis a cualquier aumento de incidencia de la misma. Y eso no es así. La mayor parte del conocimiento sanitario está en las organizaciones de prestación de servicios no en ministerios, u otras autoridades sanitarias. Ilustrémoslo con algunos ejemplos.

### **Tuberculosis**

Una enfermedad conocida por el hombre desde el alba de la historia y que alcanzó proporciones epidémicas (la peste blanca) con el proceso de urbanización que acompañó a la Revolución Industrial. Con anterioridad a 1944, año en que se dispuso de un tratamiento eficaz, la mortalidad disminuyó muchísimo a raíz de las mejoras socioeconómicas pero al margen de colapsos del pulmón implicado, pneumotórax terapéutico, toracoplastias y demás intervenciones sanitarias. Los ensayos clínicos aleatorios acompañaron desde el inicio, y de manera pionera, a los nuevos tratamientos y medidas preventivas introducidas en la década de los cuarenta. La elevada eficacia de los mismos fue rápidamente establecida.

Décadas más tarde la efectividad de control de la tuberculosis deja muchísimo que desear en muchas regiones del mundo. En una contribución a la reunión anual del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (celebrada en Córdoba en 1988), el ponente, refiriendo datos ajenos, hablaba de un 3,8% de efectividad en la lucha contra la tuberculosis. Esto es sólo 3,8 personas de cada 100 tuberculosas se beneficiarían del programa de control. El 0,038 resultaba de multiplicar un 0,95 de eficacia por un 0,1 de diagnósticos sobre casos nuevos por un 0,8 de tratamientos correctos sobre casos diagnosticados por un 0,5 de cumplimiento con el tratamiento. ¿De qué servía una eficacia del 0,95 o 95%? Para publicar tal vez; para *cuidar la viña* no.

Desafortunadamente investigar sobre efectividad supone llamar al mal tiempo y no hacer currículo (aunque sí biografía) : Los hallazgos no tendrán validez universal y, salvo estrepitosa innovación metodológica, no merecerán eco especial. Resulta, en cambio, que el conocimiento de la efectividad es lo que más debería preocupar a un profesional sanitario, a un gestor, a un ciudadano, a un político... En España, el 70% de los programas de control de tuberculosis de las Comunidades Autónomas no

cumplían criterios básicos recomendables para conseguir esa relación de coste-efectividad que podría encabezar cualquier liguilla de intervenciones sanitarias. Y no cumplían criterios básicos ni en porcentaje de búsqueda activa ni en cumplimiento ni en terapia directamente observada ni en retraso diagnóstico ni en porcentaje de contactos revisados...lo que indica la precaria situación de España en cuanto al control de la tuberculosis (Rodrigo et al 1999). Y nada de ello puede achacarse a que no existan profesionales competentes en tuberculosis.

También destacaba la competencia profesional de la India, cuya investigación sobre tuberculosis era puntera y beneficiaba al mundo entero, excepto a la India, el país con más casos de tuberculosis en el mundo y en el que menos de la mitad de los pacientes tuberculosos eran diagnosticados y menos de la mitad de éstos eran tratados efectivamente. Los servicios de laboratorio estaban infrautilizados, los regímenes de tratamiento eran innecesariamente complicados, la escasez de medicamentos era frecuente y no se valoraba el cumplimiento con el tratamiento...hasta que empezaron a reducir la brecha entre efectividad y eficacia: diagnóstico sobre esputo, tratamiento observado directamente, estandarización de tratamientos...lo que ha supuesto 200.000 trabajadores sanitarios entrenados, 436 millones de personas con acceso a los servicios, 3,4 millones de pacientes evaluados y 800.000 tratados con una tasa de éxito del 80%. \$50 por paciente curado aplicando lo ya se sabía, pero no se aplicaba (Khatri et al, 2002).

### **Inadecuación en la indicación y realización de cesáreas**

La organización de guardias obstétricas en llamada, atención al parto a cargo de matronas –con organización por turnos, implicación del médico únicamente en caso de riesgo o complicación, y la relación continuada y exclusiva de una organización sanitaria con sus médicos, ilustra cómo la adecuación en la indicación y realización de cesáreas es vulnerable a una buena gestión. Explica la neutralización tanto de la tendencia a indicar, y realizar, cesáreas por razones de conveniencia (descanso, ocio), como la de realizar cesáreas por otras consideraciones no estrictamente clínicas (Spetz et al, 2001).

### **Se obtiene aquello por lo que se paga**

*What gets measured gets managed.* ¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? En primer lugar aquello que se presupuesta o compra; en el mejor de los supuestos actividad. Actividad que también puede denominarse *producto intermedio* si quiere resaltarse el carácter instrumental de los servicios sanitarios como otro factor más de la producción de salud. Este producto intermedio tiene conocidas dificultades de medida, pese a los avances en sistemas de clasificación de pacientes.

En promedio, la atención sanitaria produce más beneficios (medidos en cantidad y calidad de vida) que costes pero, no hay que olvidar que “más no siempre es mejor” sino que frecuentemente ocurre lo contrario “más es peor”. Como sociedades gastamos ingentes sumas desarrollando nueva tecnología (900 millones de dólares, por ejemplo, cada medicamento) y sólo calderilla hallando formas de utilizar mejor la tecnología de la que ya disponemos. Sin embargo, para conseguir asistencia de calidad basta aplicar lo que ya se sabe y recordar las constataciones básicas:

- Los sistemas sanitarios funcionarán cuando los profesionales sanitarios que asignan los recursos tengan la información y los incentivos convenientes para tomar decisiones clínicas coste-efectivas.
- La auténtica gestión sanitaria y la auténtica gestión clínica pasan por reducir el ‘abismo’ entre lo que puede lograrse -con la tecnología y los recursos disponibles- y lo que realmente estamos obteniendo.
- No pagues por A si quieres obtener B. Si pretendes calidad paga por ella. Cuestión de incentivos entre dos actores: el usuario y el profesional. Algo se puede hacer sobre el primero, mucho sobre el segundo.

En 2001, la publicación del Informe del Instituto de Medicina de EEUU confirmó que entre la asistencia sanitaria que tenemos y la que podríamos tener no sólo existe un trecho sino un abismo. No falta dinero ni tecnología ni conocimiento. Más no siempre es mejor: Cómo se gasta (¡la buena Medicina!) resulta más relevante que cuánto se gasta. Preocuparse por lo que importa -la efectividad, reducir el abismo en calidad- supone incomprendimientos, luce poco y consigue escasa financiación. Pese a todo, la motivación intrínseca funciona y encontramos en nuestra literatura publicaciones que informan sobre experiencias validadas de mejora, incluso revistas de publicaciones secundarias –por ejemplo Gestión Clínica y Sanitaria- empeñadas en la cruzada. Como esquema inspirador sirva el trabajo de Salvador Peiró (2003) acerca de la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad en el abordaje en España del infarto agudo de miocardio.

### **Del pagar por ‘ser’ al pagar por resultado pasando por el pagar por ‘hacer’**

En los primeros conciertos del extinto Instituto Nacional de Previsión con hospitales ajenos a la Seguridad Social se partía de la estructura de éstos para pactar las tarifas. Desde 1978 el también desaparecido Instituto Nacional de la Salud utilizó como criterio fundamental de pago lo que el hospital ‘era’: grado de especialización de sus servicios, dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, calificación de las plantillas, etc. Se desarrolló incluso una parrilla de categorías -desde básico rural a urbano con mucha superespecialización- en la que cualquier centro hospitalario encajaba. Se pagaba pues por ‘ser’, con la hipótesis implícita si se quiere de que una mayor complejidad de la oferta iba asociada a una mayor diversidad y gravedad de los enfermos atendidos, hipótesis que obviamente era rechazable en bastantes ocasiones. Parecía más sensato que los centros sanitarios fueran compensados en función de lo que ‘hacían’ pero -como sabemos- no es lo mismo medir kilowatios o toneladas de acero que estancias o visitas. Fueron los sistemas de ajuste de riesgo los que permitieron clasificar a los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos. Si no sabe medirse lo que ‘hacen’ los centros no pueden establecerse comparaciones ni asignarse los recursos (presupuestos, contratos...) a quienes mejor lo hagan. Efectivamente, la carencia de una medida del producto (aunque fuera intermedio) era un problema sanitario como lo era –y continúa siéndolo- en los sistemas de educación, justicia, defensa, policía, o asuntos exteriores. Tampoco algunas actividades de las organizaciones que producen directamente para el mercado se escapan de esta dificultad: relaciones públicas, recursos humanos o planificación estratégica; en ocasiones han de recurrir a una modalidad de *benchmarking* conocida como método Bruegel o ‘ciegos conduciendo a ciegos’.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) de Fetter, implantados en EEUU al inicio del año fiscal de 1984 permitieron aproximar mejor la medida de una parte del producto ‘intermedio’ hospitalario (lo que se ‘hace’), además de ilustrar una rápida transición de la investigación universitaria sobre servicios sanitarios a la aplicación práctica y su rápida difusión. En España, en 1987, el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de EEUU, como por la Comisión de las Comunidades Europeas sobre el conjunto mínimo básico de datos europeo, lo cual facilitó la extensión de los GRD.

Los Grupos Clínicos Ajustados (GCA) también vinieron de EEUU, esta vez de Johns Hopkins, con el ánimo de medir el producto intermedio en atención ambulatoria, y fueron objeto de tempranas validaciones en Andalucía y Cataluña, fundamentalmente. Sin embargo, España continúa sin un CMBD en Atención Primaria.

Tres sistemas de ajuste de riesgo basados en el diagnóstico pueden ser útiles tanto para un pago capitolativo de base territorial como para identificar pacientes tributarios de gestión de casos, seguir el estado de salud de las poblaciones y planificar/evaluar los servicios sanitarios: el mencionado GCA, el de los *Clinical Risk Groups* (GRG) de 3M y el de las *Hierarchical Co-existing Conditions* (HCC) de DxCG, citados por el orden de atención que hasta ahora han recibido en España. Antes de optar sensatamente por uno de los tres, el trabajo pendiente por acometer puede verse, por ejemplo, en un reciente documento de la Fundación Canadiense de Investigación sobre Servicios Sanitarios (Berlinguet et al, 2005) que ha orientado la opción de varias provincias hacia los ACG.

‘Hacer’ no obstante sigue implicando visitas, exploraciones, intervenciones, etc., algunas de las cuales –como las vinculadas con el internamiento hospitalario– podemos aproximar aceptablemente y otras –como la consulta ambulatoria de los hospitales contada con los dedos y sin ajustar– no tanto. En cualquier caso ha sido posible efectuar una transición paulatina desde premiar el ‘ser’ a compensar por ‘hacer’, manteniendo donde está indicado –cámara hiperbárica, servicio de urgencias rural– el pago por ‘ser’ (en este tipo de servicios cuanto menos ‘hagan’ mejor).

Cuando falta todavía mucho para llegar a medidas satisfactorias de actividad, curiosamente sabemos que ese no es el destino. En una sociedad de enfermos crónicos (diabéticos, EPOC, insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad sino todo lo contrario: Cuanto más (comas, ingresos no programados...) peor. ¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por él. De acuerdo, muchas son las variables que influyen en el estado de salud y resulta muy difícil establecer el porcentaje atribuible a la intervención sanitaria. Remontémonos un poco en el tiempo, hasta antes de nacer; si supiéramos que seremos diabéticos o que tendremos un cáncer digestivo ¿en qué país del mundo nos gustaría vivir? En el país que mejor controlara la diabetes –medible a través de la hemoglobina glicosilada– o en el que tuviera mayor supervivencia tras cáncer –aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en Urgencias Hospitalarias–. Algo puede pues decirse ya sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

El necesario avance hacia medidas de resultado de la atención sanitaria contribuirá a reducir la brecha entre eficacia y efectividad y a obtener una base de evaluación del comportamiento sobre la que incentivar la calidad de los proveedores y la elección informada de los usuarios. Todo con un coste mundial de investigación en servicios sanitarios muy inferior al de desarrollar un nuevo medicamento. Más no siempre es mejor, pero mejor (servicio) siempre es más (salud).

### **La gestión desborda los contornos del centro sanitario**

Algunos procesos sanitarios, por su radical impacto sobre la vida, requieren calidad 'seis sigmas' (seis desviaciones estándares o un 99,99997% de probabilidad de ausencia de error) y, aún así, no podemos asegurar que la suma de procesos de mucha calidad nos proporcione calidad en el conjunto del sistema sanitario. La excelencia local puede quedar fácilmente sepultada por la mediocridad sistémica.

Para juzgar la calidad de un sistema sanitario queremos conocer datos del estilo de: la tasa de complicaciones graves en enfermos diabéticos, la supervivencia en cáncer de mama, la prevalencia tabáquica, la tasa de resistencias bacterianas, el porcentaje de cánceres digestivos que se diagnostican en urgencias hospitalarias (Porta 1998), la prevalencia de anemias ferropénicas...en general tasas de circunstancias adversas evitables referidas a utilización, morbilidad o mortalidad.

Cerca del 50% de la población española pronto tendrá al menos una enfermedad crónica (asma, depresión, diabetes, insuficiencia cardiaca congestiva...). Existe suficiente evidencia científica para afirmar que la atención efectiva a los enfermos crónicos exige un cambio en las formas de prestar la atención sanitaria (Wagner et al 2001, Ibern 2006).

*Desbordar el marco* supone pensar -con base poblacional- acerca de la mejor forma de actuar sobre las enfermedades, en todas sus fases, incorporando dos constataciones *novedosas* de los últimos setenta años.

La primera *novedad*, el legado de Walter Shewhart, y otros en el Hawthorne de los años treinta, padres intelectuales de las técnicas de mejora continua de la calidad (Berwick, 1991). En Hawthorne se constató que la motivación de las personas importa, que quién sabe más acerca de un trabajo es quien lo está desempeñado, que sería conveniente explicar los errores propios para que otras personas no incurran en ellos... por ejemplo dedicar alguna sesión clínica a pacientes en los que se han cometido errores (Chassin y Becher, 2002). En Sanidad, la constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica, especialmente en los últimos treinta años, impulsada por Wennberg, ha proporcionado el acicate intelectual y profesional para pensar y actuar en términos de *mejora continua de la calidad* (aunque cada cual lo llame como quiera). Y esto puede realizarse con ayuda de la segunda *novedad*.

La segunda *novedad*, la constatación de Rose (1988) de que las causas de incidencia de enfermedad en una población no coinciden con las que explican la enfermedad en un individuo. Tan importante -o más- que actuar sobre la *letalidad*, o las secuelas mórbidas, es procurar desplazar a la izquierda la curva de *incidencia* de enfermedad.

Y en esta disminución de la incidencia de enfermedad, la prevención, fundamentalmente la primaria, juega un papel esencial.

Veamos ahora el estado de ambas *novedades* en España.

### **Primera novedad: 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 prestarse (Glynn et al, 2003) cuando el 30% de los gastos de atención sanitaria podrían eliminarse sin afectar negativamente a los resultados en términos de salud (Fisher et al, 2003). Dicho de otra forma el 30% del 15% del PIB en EE.UU., o del 7.6% en España, resulta superfluo.

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. Ahora se admite 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. La influencia de la oferta en la utilización sanitaria así como la pérdida de calidad originada por pequeños volúmenes de intervenciones 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 morbilidad (Peiró y Bernal, 2006). 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 enfermedad (Solá Morales, 2005).

### **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 actitud intelectual de cuestionamiento constante de la práctica y de escepticismo científico ante los dogmas recibidos, 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, con la ayuda de recomendaciones e influencias. 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 (Ortún et al, 2005).

### **VPM, ¿cómo sostener una carrera de fondo?**

Al igual que Hsiao (1988) 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* (el instrumento prioritario en políticas públicas de I+D+i). Tanto en investigación como en sanidad importa más cómo se gasta que cuánto se gasta. *Cénit*, para aumentar la colaboración público-privada, *Consólíder*, 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 los Consorcios de Investigación Biomédica en Red (*Ciber*), donde una investigación –como la del grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (VPM/IRYSS) 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 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 fiscal (Puig et al, 2004). El problema radica en la *deseabilidad*: En que los beneficios en términos de salud de la atención sanitaria superen sus costes, lo cual supone atacar tanto el problema del consumo útil que no se proporciona como del que se proporciona y puede ser totalmente innecesario.

Se trata, en palabras del coordinador científico del proyecto VPM-IRYS (Bernal, 2005), 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.

### **La segunda novedad**

Los beneficios de las intervenciones sanitarias pueden aproximarse a partir de la disposición a pagar, observada o declarada, de los individuos por una mejor salud. La revisión de decisiones y diversos estudios relevantes lleva a proponer para España una cifra guía de 30.000 euros por año de vida ajustado por calidad (AVAC) como umbral de eficiencia. Precisamente la valoración de los AVACs permite afirmar que en estas tres últimas décadas cada peseta gastada en intervenciones sanitarias ha resultado beneficiosa en promedio, lo cual es compatible con alternativas, como cambios de estilos de vida, todavía más eficientes.

Muchos parámetros fisiológicos tienen distribuciones normales. La tensión arterial, tanto sistólica como diastólica, también. La hipertensión es un importante factor de riesgo de diversas enfermedades. Su control puede realizarse mediante intervenciones sobre toda la población -tratando de desplazar a la izquierda la distribución de enfermedad- y/o actuando clínicamente sobre la cola de la derecha de la distribución (los hipertensos).

- *figura 1 por aquí* -

En la figura 1 se representa el impacto previsible sobre la distribución de tensión arterial de ambos tipos de intervenciones. Con datos de EE.UU. referidos a las cuatro últimas décadas sabemos que los antihipertensivos sobre población a riesgo han sido una de las intervenciones más efectivas: hasta medio año de vida ganado en promedio por persona (Long et al, 2006). Ello no implica que la medicación sea siempre la manera más eficiente de disminuir la mortalidad y morbilidad derivada de enfermedades del aparato circulatorio (puede actuarse de varias formas y sobre los distintos factores de riesgo). Así puede verse que en 38 poblaciones de 21 países

desarrollados, seguidas cuidadosamente, las mejoras en la salud pública han resultado más poderosas que la medicación en la disminución habida en todos los centiles de la distribución población de tensión, entre mitad de la década de los ochenta y mitad de la década de los noventa (Tunstall-Pedoe et al, 2006).

### **Características diferenciadoras de las organizaciones sanitarias**

Primera. Tradicionalmente se ha hablado de *hospitalcentrismo* pero puede generalizarse el concepto a *organizacióncentrismo* y *nivelcentrismo* en numerosos sistemas sanitarios que favorecen tanto la competencia entre niveles como el que los centros no consideren los efectos externos –positivos o negativos- que una parte importante de sus decisiones tienen en otros centros sanitarios. El *nivelcentrismo* lleva a optimizar el comportamiento en cada nivel lo que fácilmente puede suponer:

- No tener en cuenta los beneficios que puedan redundar en otros niveles asistenciales, por ejemplo ¿por qué prescribir una medicación que disminuye hospitalizaciones pero cuesta más?
- Derivar, compensando previamente cuando haga falta, los casos que no interesan. *Acicalar y largar* en la terminología de Shem (1998).
- Retener los casos que desde cualquier perspectiva, desde científica a cómoda, parezcan más interesantes.
- No preocuparse por la adecuación de las derivaciones procedentes de otro nivel asistencial (o de la adecuación de las pruebas diagnósticas solicitadas por otros servicios dentro del mismo nivel asistencial),
- Duplicación de pruebas con su correspondiente iatrogenia.

No se estimulan, por tanto, los comportamientos cuyas mejoras se reflejan en otros niveles asistenciales.

Segunda. Importancia de las normas clínicas como institución. Las normas clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con reconocimiento u ostracismo) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia. Las normas clínicas constituyen una garantía de que se hará lo mejor para los pacientes con independencia de otras influencias. Eso sí, la fidelidad a la profesión resulta con frecuencia más fuerte que la fidelidad a la organización para la que se trabaja.

Tercera. Coordinación muy intensa dentro y entre organizaciones sanitarias. Al igual que ocurre con el diseño de un avión, el mejor diseño no se obtiene encargando el diseño de sus componentes (fuselaje, navegación, motor, mobiliario...) a los mejores especialistas y reuniendo los diseños después: el avión no volaría. Se requiere relación constante –prácticamente cotidiana- entre los distintos grupos encargados del diseño de cada parte, lo cual imposibilita la externalización pues no resulta practicable la renegociación permanente de los contratos. La alternativa que mejor responde a esta necesidad de coordinación muy intensa pasa por algún tipo de organización jerárquica.

Cuarta. Ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación. Ni sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente ni puede ignorarse la sociedad en la que se vive.

Quinta. Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno: La separación entre gestión de la decisión (preparación de alternativas y ejecución de la elegida) y

control de la decisión (elección entre alternativas y evaluación de su ejecución) que ha de producirse siempre que quien toma las decisiones no soporta plenamente las consecuencias de las mismas no tiene lugar en las decisiones clínicas.

### **Entre monopolios cabe la competencia por comparación**

El monopolio constituye un caso específico de economías de escala ya que pueden producirse los servicios requeridos por un mercado geográficamente establecido a menor coste y mayor calidad cuando hay un solo proveedor en lugar de dos o más.

Los monopolios resultan perjudiciales para el bienestar social de ahí que la política deba evitar su aparición o, como mínimo, su inamovilidad temporal. La política de una empresa, en cambio, se dirige a conseguir tanto *poder de mercado* como pueda, a parecerse lo más posible a un monopolio.

El caso es que los servicios sanitarios, como servicios personales, tienen su mejor delimitación de mercados relevantes a partir del establecimiento de ámbitos geográficos que cumplan un par de condiciones: primera, los proveedores del ámbito-mercado establecido han de prestar como mínimo el 75-90% de los servicios que reciben los usuarios de ese ámbito-mercado; segunda, el porcentaje de servicios recibidos por los residentes de ese ámbito-mercado de proveedores situados en otros ámbitos no ha de exceder del 25-10% (Dalmau y Puig, 1998).

La aplicación de estos criterios a los países desarrollados nos muestra como –excepto en las zonas de alta densidad demográfica- los proveedores sanitarios bien son monopolio bien radican en ámbitos-mercados muy concentrados (con pocos proveedores).

De ahí que se hayan propuesto diversas formas atenuadas de competencia. Y aquí conviene recordar un resultado derivado de la comparación de diversas formas organizativas en sanidad y en otros sectores (privadas, con y sin finalidad lucrativa, y públicas): El grado de competencia en el mercado de servicios afecta más al comportamiento de una organización que la naturaleza, pública o privada, lucrativa o no, de su propiedad. La bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba -u obstáculos que deba superar- que de quiénes ostenten su propiedad (Callejón et al, 2002).

Por muy monopolio que sea una organización sanitaria nunca lo será más que la Agencia Tributaria y nada impide a la Agencia comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado, tomando en consideración –eso sí- por las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnable vitalicio.

Esta competencia por comparación resulta válida tanto para las políticas de salud, estilo OMS, como para la gestión de centros, estilo *los mejores hospitales* (Peiró 2002), o la gestión clínica. Sus efectos benéficos han sido documentados, como mínimo, para esta última (Chassin et al, 1996).

## La difusa frontera entre política y gestión

Entre los ámbitos de la gestión sanitaria (figura 2) es en el de la macro-gestión o política sanitaria donde resulta más difícil delimitar donde puede acabar la política y empezar la gestión. La política en sanidad ha de servir para establecer prioridades y alcanzar compromisos entre objetivos sociales contradictorios y que afectan de manera diferente a los distintos actores sociales. La gestión, que pasa por coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetivos de una organización, requiere que estos objetivos sean claros y conocidos. Tan perjudicial resulta suplantar la política (Franco decía que él no se metía en política) como invadir la gestión.

*figura 2 por aquí*

Países como Nueva Zelanda se permiten un director del Servicio Nacional de Salud extranjero elegido tras convocatoria pública internacional. En otros países, más próximos a nuestra tradición, cualquier gestor de una organización sanitaria ha de estar –como mínimo- *bien visto* por la autoridad política de la que provendrá la mayor parte de su financiación. Un gestor necesita *cromos* para intercambiar con sus unidades operativas y de apoyo a cambio del logro de una serie de objetivos y actividades que se expresan en un presupuesto. Sin *cromos* poco juego hay. De ahí la lógica del *nihil obstat, nomenatur*, del cribado previo al nombramiento.

Son varios los condicionantes políticos de las reformas en la gestión pública sanitaria:

- *Statu quo* y competencia, por leve que sea, resultan incompatibles. No puede figurar en la misma agenda política el mantenimiento de la situación con la introducción de una competencia siempre schumpeteriana, creativa y destructiva al mismo tiempo. Los datos asistenciales y económicos de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia entre hospitales de agudos mayor de la que parece políticamente deseable (la que se está dando).
- Mayor flexibilidad sin control conduce fácilmente a un pacto gestores públicos-sindicatos a expensas del bienestar común. Hay que respetar el binomio libertad /responsabilidad.
- ¿Restricción por el Derecho Administrativo o restricción política? Intereses corporativos y sindicales no tan sólo pueden ser un freno a la externalización sino que también pueden limitar la desburocratización del sector público. El diagnóstico de restricción de la discrecionalidad gestora por el Derecho Administrativo lleva a estrategias de flexibilización de los vínculos funcionariales y estatutarios que pueden resultar absolutamente inocuas si el origen de la falta de flexibilidad no está en el Derecho Administrativo sino en otros factores de índole política. Laboralizar, por ejemplo, puede correlacionarse con mayores salarios, en lugar de con mayor productividad, en la historia de las empresas públicas españolas.
- Los juegos políticos, a diferencia de lo que ocurre en el mundo de los negocios o en el comercio internacional, son frecuentemente juegos de suma cero, de competencia destructiva. Los escaños que uno gana, otro los pierde. Esto

dificulta la consecución de pactos entre fuerzas políticas, convenientes para la implantación de mejoras en la gestión pública.

### **Recapitulación**

Las características del proceso sanitario aconsejan incentivos débiles y coordinación muy intensa en sus formas organizativas. Por otra parte, para que un sistema sanitario funcione de manera satisfactoria se precisa que aquellos que asignan la mayor parte de los recursos en el sector, fundamentalmente los clínicos con sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan el conocimiento y las ganas de decidir de manera coste-efectiva. El resultado implica situar la gestión clínica en el centro del escenario y procurar una evolución de la medicina cada vez más basada en la efectividad, orientada al usuario y con una preocupación por el mejor uso alternativo de los recursos de que dispone.

Existe conocimiento y experiencia suficiente para ir introduciendo mejoras en los sistemas sanitarios. Tampoco faltan habilidades analíticas que sepan aportar soluciones a los distintos problemas. Sí aparece un déficit, en cambio, de habilidades implantadoras derivado, en gran parte, del desequilibrio entre satisfacciones – limitadas- y demandas –elevadas- de los puestos de gestión sanitaria.

Los aspectos clínicos de la constatación bautizada como gestión clínica funcionan de forma satisfactoria. No puede decirse lo mismo, sin embargo, de la plasmación organizativa que la citada constatación (de los profesionales clínicos depende el buen funcionamiento del sistema sanitario) debería suponer. No habrá buena gestión sanitaria sin buena medicina pero tampoco puede existir buena medicina sin buena gestión sanitaria. Tanto la gestión sanitaria como la clínica comparten misión: reducir la brecha entre efectividad y eficacia. Pese a la obviedad de la afirmación no suele plantearse así ni la actividad clínica ni la actividad gestora. En el texto se ha ilustrado con algunos ejemplos el significado de esa brecha.

Se vive la transición del cobrar por *ser* al cobrar por *hacer*. Aunque éste parezca menos insatisfactorio que el primero no constituye el punto de llegada: Hay que evolucionar hacia el cobrar en función de efectividad y calidad, acabando con la actual paradoja de *cuanto peor (se controla un enfermo crónico) mejor (mayores ingresos hospitalarios se producen)*.

Para proporcionar la visión del conjunto, antes de plantearse quién hace qué en una organización determinada, se conjugan dos *novedades* de los últimos setenta años: la constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica, la entronización del sentido común en los programas –y actitudes- de mejora continua de la calidad, y la distinción entre causa de incidencia y causa de enfermedad.

La buena gestión clínica, para cualquiera de sus profesiones, pasa por una excelente base disciplinar y un largo aprendizaje. La gestión clínica ha de desbordar, no obstante, los contornos de los centros ya que: primero, una parte importante de las decisiones que en ellos se adoptan producen efectos –perjudiciales o beneficiosos- en otros centros; segundo, y recíprocamente, la efectividad en la actuación de cualquier organización viene condicionada por el comportamiento del resto de organizaciones sanitarias a las que también acuden sus pacientes.

Figura 1: Intervención sobre personas de alto riesgo comparada con la intervención poblacional: Idealización de los efectos sobre la distribución de la presión arterial sistólica

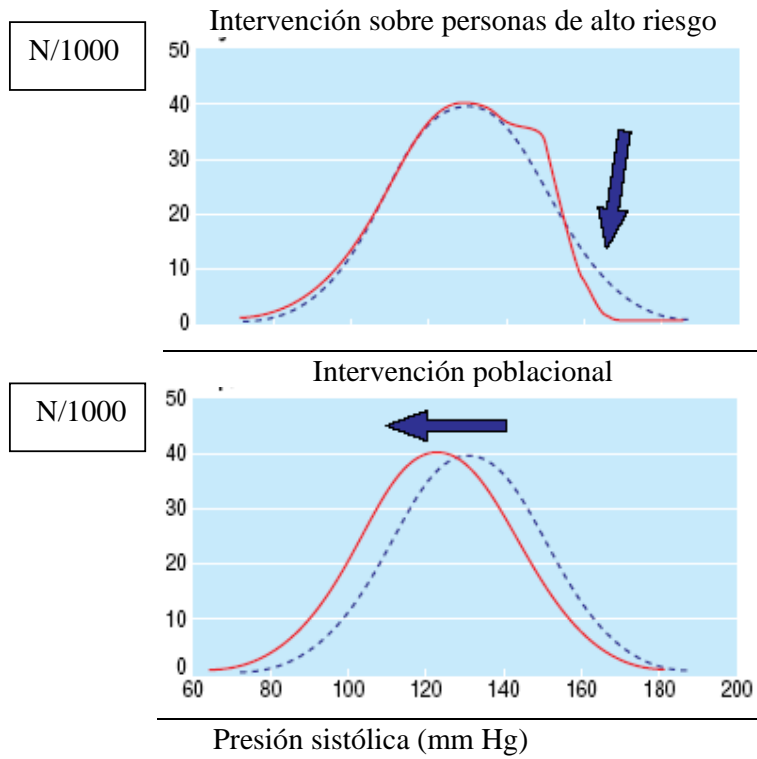
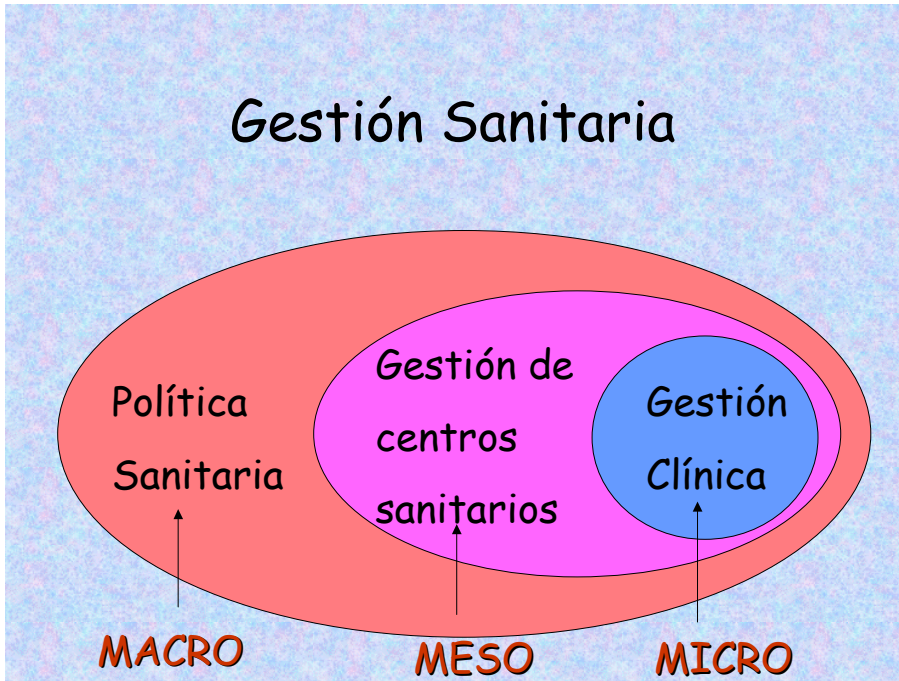


Figura 2: Los tres tipos de Gestión Sanitaria



## **Referencias bibliográficas**

Berlinguet M, Preyra C, Dean S (2005). Comparing the value of three main diagnostic-based risk-adjustment systems. Canadian Health Services Research Foundation. Accesible en:

[http://www.chsrf.ca/final\\_research/ogc/pdf/berlinguet\\_final.pdf](http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/berlinguet_final.pdf)

Bernal E (2005). El atlas VPM. Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud; 1(1): 3-4.

Berwick D (1991). Controlling variation in health care: A consultation from Walter Shewhart. Medical Care; 29 (12): 1212-25.

Callejón M, Ortún V (2002). Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López (ed): El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, p 103-121.

Chassin M, Hannan E, DeBuono B (1996). Benefits and hazards of reporting outcomes publicly. New Engl J Med; 334: 394-398.

Chassin M, Becher E (2002). The wrong patient. Ann Intern Med 2002; 136: 826-833.

Dalmau-Matarrodona E, Puig-Junoy J (1998). Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a National Health Service. Review of Industrial Organization; 13: 447-466.

Glynn E et al (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. New Engl J Med; 348(26): 2635-45.

Fisher E et al (2003). The implications of regional variations in Medicare spending. Annals of Internal Medicine; 138(4): 273-287 y 288-298.

Hsiao W et al (1988). Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale. New Engl J Med; 319(13): 835-41.

Ibern P, dir (2006). Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson-Elsevier.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> century. Washington: National Academy Press.

Khatri GR, Frieden T (2002). Controlling tuberculosis in India. New Engl J Med; 347: 1420-5.

Long G, Cutler D, Berndt E et al (2006). The impact of antihypertensive drugs on the number and risk of death, stroke and myocardial infarction in the United States. National Bureau of Economic Research Working Paper Series, nº 12096.

Ortún V, dir (2003). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson-Elsevier.



Ortún V, Puig-Junoy J, Callejón M (2005). Innovación en medicamentos, precios y salud. En: González López-Valcárcel B (dir): Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Barcelona: Masson-Elsevier, p. 173-193.

Peiró S (2002). ¿Son siempre odiosas las comparaciones? *Gestión Clínica y Sanitaria*; 4 (2): 35-37. Accesible en [www.iiss.es/gcs/index.htm](http://www.iiss.es/gcs/index.htm)

Peiró S (2003). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud. En Ortún V (dir): *Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson-Elsevier; p 17-87.

Peiró S (2006). ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria del Sistema Nacional de Salud? En: Palomo L et al (eds): *Informe SESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*. *Gaceta Sanitaria* 20 (Suplemento 1): 110-116.

Porta M, Fernández E, Belloc J, Malalts N, Gallén M, Alonso J (1988). Emergency admissions for cancer: a matter of survival? *British Journal of Cancer*; 77: 477-484.

Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, eds (2004). ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson-Elsevier.

Rodrigo T, Caylà J, Galdós-Tangüis H, Jansà J, Brugal T, García de Olalla P (1999). Evaluación de los programas de control de la tuberculosis de las Comunidades Autónomas en España. *Med Clin*; 113: 604-607.

Rose G (1988). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: *El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de Salud (publicación científica 505), p 900-909.

Shem M. *La Casa de Dios*. Barcelona: Anagrama, 1998.

Solá-Morales O (2005). Preferencias y tecnología: La perspectiva de los profesionales. *Economía y Salud. Boletín Informativo*; 18(53): 6-7. Disponible en <http://www.aes.es/Publicaciones/ES53.pdf>

Spetz J, Smith MW, Ennis SF (2001). Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. *Med Care*; 39: 536-550.

Tunstall-Pedoe H, Connaghan J, Woodward M, Tolonen H y Kuulasmaa (2006). Pattern of declining blood pressure across replicate population surveys of the WHO MONICA project, mid-1980s to mid-1990s, and the role of medication. *BMJ*; 332: 629-635.

Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Shaefer J, Bonomi A (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*; 20 (6): 64-78.

# DESEMPEÑO Y DESEABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO: ESPAÑA

Vicente Ortún Rubio (\*)

*Universidad Pompeu Fabra*

La atención sanitaria ha pasado en las tres-cinco últimas décadas a tener un impacto apreciable en la salud de las poblaciones gracias a una innovación que, pese a valer más de lo que cuesta, incrementa, no obstante, los costes. Los problemas de sostenibilidad financiera tienen solución siempre que se garantice la disposición social a pagar derivada de una deseabilidad de la atención sanitaria que depende de su contribución al bienestar social. Un gasto sanitario, efectivo en promedio, se presenta asociado con un despilfarro abundante: más gasto no siempre merece la pena, existe un abismo entre eficacia y efectividad y las actuaciones sobre la salud desde fuera del sector sanitario pueden ser claramente más eficientes. Se finaliza con los cambios que el análisis del desempeño y deseabilidad del sistema sanitario español sugiere.

*Palabras clave:* brecha entre eficacia y efectividad, sostenibilidad financiera, productividad sanitaria, cambio tecnológico, desempeño sistemas sanitarios.

## 1. INTRODUCCIÓN

España, con una esperanza de vida al nacer de 35 años en 1900, ocupa hoy la tercera posición dentro de la OCDE en este indicador, como puede verse en los gráficos 1 y 2. La cifra de 35 años del 1900 había sido sobre-

---

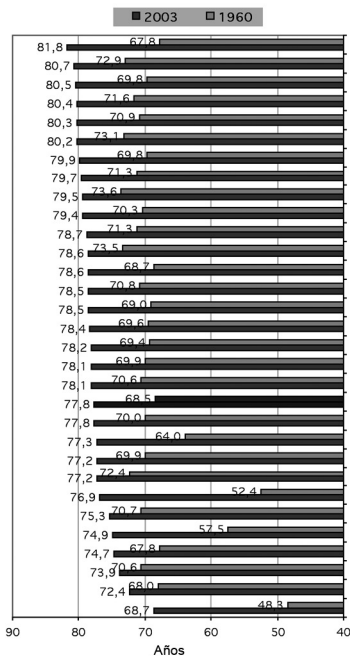
(\*) Este artículo utiliza resultados, publicados o en curso de serlo, de dos proyectos de investigación. En el primero, coordinado por el autor, con el respaldo incondicional de la Fundación BBVA, se agradece el apoyo de Beatriz González López-Valcárcel, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Ricard Meneu y Salvador Peiró, Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios de Valencia, y Enrique Bernal, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Para el segundo proyecto, ¿Más recursos para la salud?, el reconocimiento se extiende, de nuevo más allá de las referencias bibliográficas, a Jaume Puig-Junoy, su director, y a Guillem López-Casasnovas, ambos del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Se agradecen asimismo los comentarios de la profesora Laura Cabiedes, de la Universidad de Oviedo.

pasada por los países escandinavos con un siglo de antelación. La rápida ganancia de 30 años en esperanza de vida al nacer durante la primera mitad del siglo XX constituye otro reflejo de lo que era el atraso español.

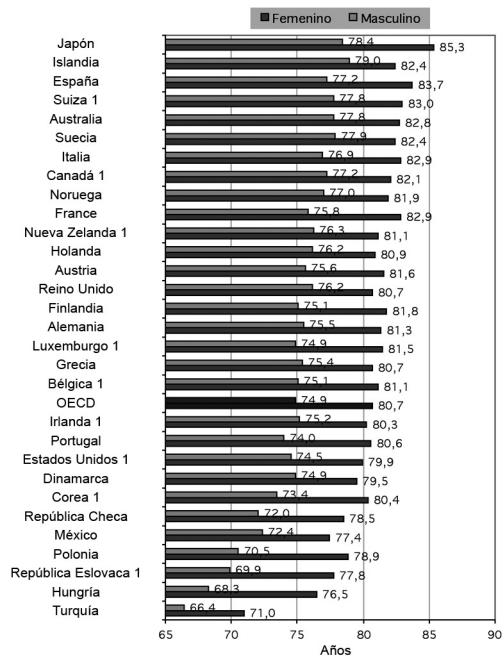
La prolongación de la vida media se debe a la disminución de la mortalidad en la infancia. Hasta 1960 fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias las que más declinaron, como consecuencia de las mejoras socioeconómicas; a partir de 1960 han sido las enfermedades del aparato circulatorio, las congénitas y perinatales las que más han contribuido a la mejora de la esperanza de vida (Nicolau, 2006), con cierto papel atribuible –por vez primera– a la actuación del sistema sanitario.

No en todos los indicadores sanitarios ocupa España la tercera posición mundial. Los buenos lugares que mantiene para importantes causas de muerte –cáncer de pulmón, ictus, infarto de miocardio– “forman parte” de la alta esperanza de vida. La buena situación en enfermedades isquémicas del corazón (casi triplicada en EE.UU. pero casi reducida a la mitad en Japón, el país con datos más favorables), forma parte de una cierta paradoja “francesa” –en honor del país donde se presenta de forma más acusada– pues las mortalidades esperables serían bastante mayores que las observadas atendiendo a la elevada prevalencia de factores de riesgo como tabaquismo, sobrepeso, sedentarismo, hipertensión, diabetes, dislipemia y alcoholismo.

**Gráfico 1**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER,**  
**1960 Y 2003**



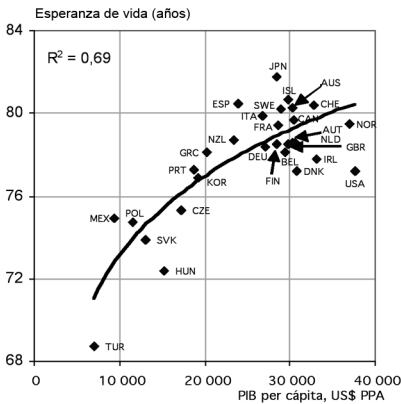
**Gráfico 2**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER,**  
**POR GÉNERO, 2003**



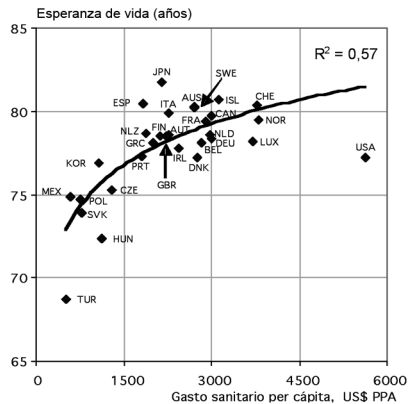
En general puede encontrarse un indicador para la posición en la ordenación internacional que se elija. ¿Liderazgo mundial? En trasplantes. ¿Farolillo rojo? En resistencias bacterianas o inversión en tecnologías de la información.

Japón y España tienen una esperanza de vida mayor de lo que hubiera podido deducirse simplemente de su PIB *per cápita*, tal como se aprecia en el gráfico 3, sin presentar por ello elevados gastos sanitarios, como se observa en el gráfico 4. No en vano, gasto sanitario y salud sólo recientemente han empezado a estar relacionados.

**Gráfico 3**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER, Y PIB PER CÁPITA, 2003**



**Gráfico 4**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER, Y GASTO SANITARIO PER CÁPITA, 2003**



Fuente: OECD Health Data 2005.

### 1.1. Crecimiento económico, salud pública y atención sanitaria

Tal como McKeown sospechó y Fogel probó, ha sido el *crecimiento económico y la mejora de la nutrición* el factor con mayor fuerza explicativa en la espectacular caída secular de la mortalidad<sup>1</sup>. Entre mediados del siglo XIX y del siglo XX son las *medidas de salud pública*, con fundamento científico a partir del descubrimiento de la etiología específica de las enfermedades infecciosas a finales del s. XIX, las que asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud: Implantadas primero en Europa Noroccidental y Norteamérica, después –y más rápidamente– en la Europa del Sur y Sureste, y finalmente, a partir de la Segun-

(1) Compatible con el deterioro de la salud en períodos de rápido crecimiento económico cuando una urbanización intensa fue más rápida que las mejoras en las condiciones de salubridad de las ciudades. A distinguir de los efectos secundarios del crecimiento económico sobre la salud analizados en profundidad, para España, por Luis Palomo *et. al.* (2006).

da Guerra Mundial en el Tercer Mundo, con velocidad aún mayor. La medida reina en salud pública –el saneamiento del suministro de aguas mediante filtrado y cloración así como la disposición segura de las residuales– explica, por ejemplo, la mitad de la reducción total en mortalidad de las principales ciudades de EE.UU. a principios del s. XX (Cutler y Miller, 2005).

Sólo en estas últimas cinco décadas ha adquirido un cierto protagonismo *la atención sanitaria*. Las sulfamidas y antibióticos se introducen en la década de los cuarenta y cincuenta, se consolidan servicios clínicos preventivos, como las vacunaciones, y muy secundariamente algunos cribajes. Entre los servicios clínicos curativos sobresalen los dirigidos a las enfermedades isquémicas del corazón, el tratamiento de la diabetes (la insulina fue descubierta en 1921), el tratamiento quirúrgico de la apendicitis, los tratamientos de la tuberculosis, la neumonía y la gripe, los servicios de traumatología y el tratamiento de la insuficiencia renal.

Con toda la importancia que la prolongación de la esperanza de vida atribuible a servicios sanitarios tiene (especialmente para quienes marca una diferencia entre vivir y morir), el impacto más importante de los servicios sanitarios en los países desarrollados se produce en el ámbito de la calidad de vida de la población, tratando la depresión, la angina de pecho, las articulaciones dolorosas e incapacitantes, el dolor en general, las indigestiones, las dificultades urinarias, las fracturas, las pérdidas de visión y audición u otras condiciones. Las intervenciones sobre estos motivos de morbilidad y discapacidad no alargan la vida pero mejoran su calidad. Entre las intervenciones clínicas más destacadas y efectivas para la mejora de la calidad de vida pueden citarse, de forma no exhaustiva, el tratamiento de la depresión unipolar, el tratamiento de la angina de pecho, las prótesis de articulaciones (cadera, rodilla), las intervenciones de cataratas, las prótesis de oído, el tratamiento del dolor (en terminales, operados, personas con migraña...), y la reducción de las fracturas.

### *1.2. El impacto de la atención sanitaria en la salud*

Donde mejor se ha documentado el impacto de la atención sanitaria en la salud ha sido en EE.UU., país que lidera la innovación tecnológica sanitaria. Están cuantificados unos beneficios en cantidad y calidad de vida, atribuibles a la atención sanitaria, claramente superiores a sus costes para varias condiciones importantes como enfermedades cardiovasculares, depresión y cataratas (Cutler, 2004).

Cuatro años y medio de aumento en la esperanza de vida a los 45 años, registrados desde 1950 en EE.UU., se deben al descenso de la mortalidad cardiovascular. Dos tercios de ese aumento, aproximadamente tres años, resultan de mejoras en los tratamientos –intensivos hospitalarios y control farmacológico de factores de riesgo– y el tercio restante proviene de modificaciones en los estilos de vida. A cambio, pues, de un aumento en los costes del tratamiento médico de las enfermedades cardiovasculares de 30.000 \$ se consigue un beneficio de 120.000 \$ en base a una valoración de

90.000 \$ por año de vida ajustado por calidad –AVAC– ganado<sup>2</sup>, actualizado todo al 3%. Esto supone un rendimiento de 4 \$ por cada 1 \$ gastado, entre los más altos que puede presentar la atención sanitaria, lo que no quita para que intervenciones sobre estilos de vida (tabaquismo, sedentarismo) sean todavía mucho más eficientes (Cutler, 2004). No todo son historias de éxito: en los últimos 20 años la esperanza de vida de los enfermos de cáncer de pulmón sólo se ha alargado en 2 meses, gracias sobre todo a que se diagnostica con mayor frecuencia en estados iniciales; en cáncer de pulmón será más difícil que los beneficios sociales superen a los costes sociales.

La aportación de los servicios sanitarios a la mejora de la salud no debe asumirse con carácter general sino estudiarse para cada caso concreto. Sin estos estudios es difícil aceptar o rechazar el valor social de una tecnología médica. Todos los indicios apuntan, no obstante, a que no son directamente trasladables a España los resultados de Estados Unidos. En España las mejoras en la atención sanitaria se registran más tarde que en EE.UU. iniciándose –a grandes rasgos– en 1970. Así, con un coste por infarto de 4.000 \$ y un valor del AVAC de 30.000 \$ se obtiene un balance favorable para la atención sanitaria siempre que en promedio se ganen tres meses de vida por paciente, lo cual resulta claramente factible visto que el uso de técnicas hospitalarias invasivas permite salvar 5 pacientes más de cada 100 infartados o que entre la década de los setenta y la década de los noventa la mortalidad por infarto a los 28 días en enfermos hospitalizados se redujo a la mitad (Meneu y Peiró, 2004).

La disposición a pagar por la cantidad y calidad de vida ganada constituye una buena medida de los beneficios de las intervenciones sobre el estado de salud. Dos familias de métodos predominan: preferencia revelada y preferencia declarada. Se trata de incorporar las preferencias sociales pese a que todavía se sabe muy poco acerca de la génesis y consistencia de tales preferencias.

Conviene aflorar los umbrales de eficiencia implícitos en las decisiones sociales y en las recomendaciones que se derivan de las evaluaciones de tecnologías sanitarias. La cifra de 30.000 euros por año de vida ajustado por calidad podría constituir un umbral de eficiencia para España (Sacristán, 2002), umbral que se deberá contextualizar y actualizar. El umbral de eficiencia constituye una mera guía para las decisiones públicas de asignación de recursos (y muy especialmente las decisiones sobre grado de financiación pública de los servicios sanitarios). La validez y utilidad del umbral de eficiencia dependerá más de legitimidad de los procesos decisorios que de las investigaciones aplicadas que sustenten una cifra u otra. No hay que temer al conocimiento precario de una cifra guía para el umbral de eficiencia: la ignorancia es peor.

---

(2) La disposición a pagar por un año de vida ajustado por calidad (un promedio que refleja una disposición social) supera la renta media como la de todos los bienes que se valoran mucho. Afortunadamente, como sociedad, no hemos de ser capaces de “comprar” muchos años de vida para todos: sólo partes y para quienes lo necesiten.

## 2. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Más allá de la actual disputa política sobre déficit e insuficiencias financieras de la sanidad, los resultados obtenidos indican que no es del todo cierto que la cifra total de gasto sanitario en España sea demasiado baja. Ello es así puesto que el gasto total hoy supone un nivel muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario. En lo que se refiere al gasto sanitario público por persona en el año 2001, éste sí resulta entre un 6 y un 12% inferior al que correspondería a España de acuerdo con el nivel de renta y características socio-económicas. Es decir, alrededor de 0,3 – 0,6 puntos del PIB, lo que equivale a una cuantía estimada entre 60 y 120 euros *per cápita* y año (Puig *et. al.*, 2004).

Con el crecimiento de la renta de los españoles, es previsible que tanto el gasto sanitario privado como el público tiendan a crecer por encima de lo que lo haga el PIB nominal. Sin embargo, que aumente el gasto sanitario público no implica que se financie exclusivamente con cargo al contribuyente; cabe el copago del usuario o la prima complementaria (principio del beneficio).

De hecho, en estudios comparados se observa que los países con coberturas sanitarias más amplias y de mejor calidad mantienen una proporción mayor de copagos (por ejemplo, los países nórdicos). Ello es lógico cuando los incrementos de cobertura pueden estar recogiendo prestaciones de menor efectividad terapéutica y más valoración o preferencia individual.

Es previsible también un incremento de la financiación privada de los servicios sanitarios. Si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, de ahí la importancia de huir del pago directo, a efectos de evitar la explotación de los usuarios.

Conviene destacar que desde el año 1990 hasta el año 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontando el efecto de la inflación, del 2,8%. La variación en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma es responsable de poco más de una tercera parte de este crecimiento real, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público.

Las proyecciones del gasto sanitario público para el período 2004-2013 realizadas indican un crecimiento promedio esperado que supera también el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB, o sea, no más de entre 0,24 y 0,53 puntos adicionales del PIB, por encima de la cifra del año 2003. En otros términos, de acuerdo con el escenario base, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013.

El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos diez años continuará siendo previsible-

mente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. De ahí la importancia de los estudios coste efectividad de todas las prestaciones sanitarias, incluidos los medicamentos.

En conclusión, el problema real no es tanto la factibilidad o *sostenibilidad* de los aumentos del gasto sanitario público como la *deseabilidad* social del mismo. Aún cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitar en tiempo y lugar, es si éstos valen lo que cuestan. Al margen de cuál sea la magnitud, resulta imprescindible tanto aumentar la financiación, pública y privada, como conseguir mejorar el *desempeño* del sistema sanitario (la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados).

La mejora de la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados tiene bastante de política de salud y mucho de decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, coste-efectiva. Sabido es que la eficiencia de un sistema sanitario depende de que los profesionales sanitarios, fundamentalmente clínicos que adoptan las decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan la información y los incentivos necesarios para actuar de forma coste-efectiva.

### 3. EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA SANITARIO

Se precisa un marco para evaluar el comportamiento de los sistemas sanitarios que cuidan tanto la salud pública como la personal. El marco se construye definiendo una serie de dimensiones de interés como accesibilidad, aceptabilidad, adecuación, capacidad resolutive, efectividad, eficiencia, equidad, longitudinalidad, orientación al paciente, rapidez, seguridad, etc.

#### 3.1. *Expresión de las múltiples dimensiones del desempeño en términos de eficiencia y equidad*

En Economía se tiende a resumir todos los mandamientos anteriores en dos: eficiencia y equidad. Más aún, a través de la estimación de parámetros que midan hasta qué punto la población está dispuesta a sacrificar eficiencia para conseguir algo más de equidad, pueden conseguirse funciones isoelásticas de bienestar social (Wagstaff, 1991) que consigan la integración entre eficiencia y equidad. Estas funciones de bienestar social permiten aproximar la *eficiencia asignativa*, la típicamente económica, en su punto de tangencia con la frontera de posibilidades de producción en un lugar intermedio entre el criterio eficientista (maximización de salud... lo que suele favorecer a las personas y grupos con mejor pronóstico) y el igualitarista.

La *eficiencia de gestión* se aproxima bien en la clínica a través de la capacidad resolutive (quien más síntomas palie o enfermedades cure con unos recursos determinados) y en la sanidad mediante criterios de coste-efectividad como el de euros por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado en diversas intervenciones. Queda la *eficiencia técnica*, la más ingenieril, expresada por las isocuantas.



Aunque el criterio de eficiencia sea muy querido conviene ser muy consciente de que se trata tanto de un término muy devaluado como de difícil consecución.

- La *eficiencia técnica*, aparentemente sencilla, definida por una iso-cuanta requiere dos condiciones que en España no se dan: primero, capacidad de gestión para moverse por la isocuanta combinando factores de producción al margen de lo que diga el “reglamento”; segundo, elasticidad de oferta suficiente, especialmente en recursos humanos, cuya planificación brilla por su ausencia: endogamia autonómica, déficit en algunas especialidades, ratio (1,16) enfermería/medicina inadecuado, *numerus clausus* en Facultades que obedece más a la tradición que a la razón, etc. (González, 2006). La eficiencia técnica y el corporativismo burocrático –que rige una mayoritaria producción pública de servicios sanitarios (porcentualmente la mayor entre los países de nuestro entorno)– se presentan como antitéticos.
- La *eficiencia de gestión*, como se verá más adelante, no constituye el objetivo de la gestión: ni la capacidad resolutoria en la clínica estructura la asistencia ni el menor coste por AVAC orienta la política de salud.
- La *eficiencia asignativa* queda, de momento, para investigadores. En la práctica cualquier sociedad establece sus particulares equilibrios entre eficiencia y equidad a través del establecimiento político de prioridades, y donde cuenta posiblemente más la legitimidad y transparencia del proceso que el resultado del mismo.

### 3.2. *Eficiencia estática y dinámica: ¿perjudica la regulación de precios a la innovación?*

Tampoco se escapa la sanidad a la contradicción entre eficiencia estática y dinámica pues también cabe pensar en que el poder de mercado de la industria suministradora o de algunos proveedores, siempre que fuera impugnable, podría justificar sus beneficios –conseguidos incluso a través del fomento del consumo de servicios inútiles e incluso perjudiciales– como un acicate a la innovación. Obviamente el acicate no desaparece si esos mismos beneficios se producen sin despilfarro (la sobre utilización puede compensar fácilmente la infrautilización) pero no es precisamente la necesidad el principal determinante de la utilización.

Por su importancia en la configuración de las políticas industriales y sanitarias en un país no estrictamente puntero como España conviene pararse un momento a examinar el argumento de que “la disminución de beneficios de la industria suministradora desincentiva la I+D+i”. Lo que globalmente es cierto –los beneficios proporcionan la capacidad y el estímulo para invertir en I+D– no tiene necesariamente una traducción país a país en el sentido de que se realizará más I+D en los lugares en los que se obtengan los mayores beneficios; la decisión de localizar las actividades de investigación y desarrollo en un país determinado depende más del

atractivo de una zona geográfica (calidad-precio de sus científicos y universidades) que de los beneficios que en la misma se obtengan. Al menos así debería ser: independencia entre nivel de precios (y beneficios) en una zona respecto a I+D localizado. Curiosamente, como ha analizado Ahlring (2004), la industria farmacéutica parece comprar capital político para las negociaciones sobre precios desde el momento que una regulación de precios más estricta lleva a mayor inversión en I+D, lo cual tampoco debería ser. Al fin y al cabo, la ausencia –en general– de favoritismos hacia la industria farmacéutica local, que Cabrales (2006) encuentra sobre una muestra amplia de países del mundo, puede explicarse por la protección que a los multinacionales les confiere la posibilidad de abandonar parcialmente un mercado, antes de comprometer el nivel de precios en otros países a través de un contagio en las regulaciones (el que se produce, por ejemplo, cuando los precios se fijan con referencia a los de otros países).

### *3.3. Una aproximación sensata al desempeño: reducir la brecha entre eficacia y efectividad*

¿Debe abandonarse el discurso de la eficiencia? En absoluto, pero conviene adaptarlo a cada ámbito: Cualquier clínico será receptivo a la capacidad resolutive y ningún profesional sanitario se resistirá ante los cantos de la calidad. Tampoco hay que inventar demasiado, aunque sí adaptar mucho de los países que en algún ámbito nos preceden: centrar el discurso en el abismo de la calidad, esa brecha entre lo que puede conseguirse con los actuales recursos y tecnología (eficacia) y lo que realmente se está consiguiendo (efectividad).

La capacidad de los productos y procedimientos sanitarios de alcanzar sus logros está en constante evolución. La eficacia de las alternativas disponibles traza una frontera de posibilidades de producción para cada situación tecnológica dada. Dicha frontera señala en cada momento el máximo que puede conseguirse si todo funciona de manera ideal. La efectividad mide la distancia a la frontera, el grado de consecución del máximo potencial en función de los datos de cada realidad (incentivos de las organizaciones y de los profesionales, cultura poblacional...). Al fin y al cabo, la calidad de un proveedor se mide a través de la diferencia entre eficacia y efectividad imputable al mismo.

Muchos cuidados están infraprovisos. Hasta el 50% de la atención recomendada –tipo administrar aspirina a pacientes con infarto de miocardio– deja de prestarse (Glynn, 2003). Otros servicios se utilizan en exceso y resultan perjudiciales. Finalmente, otra parte de la utilización deviene inadecuada: errores y actuaciones iatrogénicas.

La sobreutilización, la infrautilización y la mala utilización existen en cualquier sistema sanitario pero en grado variable. Su extensión repercute negativamente sobre la contribución de los servicios sanitarios a la salud de las poblaciones y su conocimiento constituye el complemento necesario para disponer del panorama completo en la relación entre servicios sanitarios y salud: por una parte cómo los avances se han traducido en mejoras de salud; por otra, identificación de aquellos factores que impiden la aplicación de aquello que ya sabemos (sea control de

hipertensión o de hipercolesterolemia sea diagnóstico de depresión mayor).

El conocimiento de las brechas entre efectividad y eficacia permite establecer las condiciones para que un mayor gasto sanitario no se disipe por los intersticios de la inadecuación deslegitimando el sistema en su conjunto.

La brecha entre eficacia o efectividad suele ser desconocida incluso en los ambientes profesionales. Estudiando la eficacia –de validez universal, diseño riguroso y publicación reputada– se consigue *currículum* y otros beneficios concurrentes. Preocuparse por la efectividad, necesariamente local, no requiere diseño tan riguroso ni merece publicación aclamada. Proporciona incluso algún enfrentamiento –se consigue *biografía*– el analizar lo que realmente importa a las poblaciones, los profesionales y los gestores. Que la efectividad se sitúe al 50% de la eficacia, muchas veces por debajo y alguna por encima, justifica que –desde un punto de vista formativo– la reducción de la brecha sea el principal objetivo de la gestión clínica y sanitaria (Ortún, 2003).

### *3.4. Desempeño: medidas nacionales y comparaciones internacionales*

Australia, Canadá, Holanda y Reino Unido son los países más avanzados en el uso de sistemas de medición del desempeño. La información pública y transparente del desempeño, que ajuste por las variables que los evaluados no controlan, permite guiar la asignación de recursos sanitarios hacia quienes mejor lo hacen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe del 2000, ordenó los sistemas de salud –todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud– del mundo de mayor a menor eficiencia. Medir la eficiencia de un sistema sanitario supuso establecer hasta qué punto el comportamiento de un país se acerca al máximo potencial (dado por el conjunto de países) ajustando por recursos disponibles y otras variables que influyen sobre el resultado y que no están comprendidas en el concepto de servicios sanitarios.

El Informe 2000 de la OMS usa el método del análisis de la frontera de producción para establecer la eficiencia del sistema sanitario. La eficiencia se aproxima por el porcentaje de lo realmente conseguido en relación a lo que potencialmente podría conseguirse con los *inputs* utilizados. Se calculan dos medidas de eficiencia: primera, la observada para transformar *inputs* en esperanza de vida ajustada por discapacidad. Segunda, la que se deriva de la capacidad de cada país para transformar *inputs* en la consecución de tres grandes objetivos de cualquier sistema sanitario expresados éstos como porcentaje de lo potencialmente alcanzable. Los tres objetivos considerados son: salud, capacidad de respuesta (a las expectativas no médicas de la gente) y equidad en las contribuciones financieras. Para medir el grado de satisfacción de los tres objetivos mencionados el Informe utiliza cinco variables de producto o desenlace: esperanza media de vida ajustada por discapacidad, distribución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad,

respuesta promedio a expectativas, distribución de la respuesta a expectativas y distribución de las aportaciones financieras en relación a la capacidad de pago.

La frontera, definida por la mejor práctica de los 191 países considerados, es una función de dos variables: gasto sanitario y promedio de años de escolarización en la población adulta. Los problemas de método resultan obvios:

- La educación difícilmente podrá ajustar por todo lo que no son servicios sanitarios (clima, estilos de vida, instituciones...) y aunque la ordenación de los países en cuanto a eficiencia fuera válida no nos informa de cuáles son los componentes de unos servicios sanitarios determinados que explican las diferencias de comportamiento entre países.
- Mucha heterogeneidad entre países se atribuyó erróneamente a eficiencia.

Pero lo que constituye una guía para producir ciencia y publicar en buenas revistas no puede convertirse en criterio único para intentar mejorar la realidad. La búsqueda del método más adecuado, del dato más refinado, de la variable más válida se convierte, con facilidad, en una condición suspensiva de la acción: en la parálisis por el análisis. Y pese a suscribir algunas de las fundadas críticas al Informe (Almeida, 2001) creemos que hay que perseverar en las comparaciones internacionales: mejorar datos, pulir métodos, ajustar mejor por los *inputs* no sanitarios, efectuar el análisis de frontera por grupos más homogéneos de países (escandinavos, subsaharianos...), y –sobre todo– centrarse en enfermedades específicas.

Precisamente éste ha sido el curso seguido por la organización originariamente creada para repartir el Plan Marshall en Europa, la OCDE (2003), que ha publicado ya algunas comparaciones internacionales de desempeño centradas en enfermedades específicas como las isquémicas del corazón o el ictus.

Las comparaciones específicas por enfermedad tienen la gran ventaja de estimular la mejora copiando de quien destaca, tanto a nivel internacional como nacional. Estas comparaciones permitirían contestar a la hipotética pregunta de un ciudadano conocedor, antes de nacer, de que va a ser, por ejemplo, diabético: estaría interesado en saber en qué país del mundo se controlan mejor las complicaciones graves de la diabetes. Curiosamente no acabaríamos siempre en el mismo país: nadie es mejor en todo; supervivencia de cáncer, control adecuado de enfermedades crónicas, reducción de mortalidad y morbilidad evitable. Así, según los resultados de Hussey (2004) para un ictus mejor Canadá, para un infarto Australia, para un cáncer de mama EE.UU., y para evitar la hepatitis B, el Reino Unido. No existe el sistema sanitario perfecto pero de todo el mundo se puede aprender.

Obviamente los países difieren entre sí en numerosas circunstancias que no son imputables a su política de salud, como la geografía, el clima, sus reglas de juego, su historia... como difieren los pacientes sin que ello impida medir la efectividad de las intervenciones o como difieren los cirujanos sin que deje de ser planteable medir su calidad ajustando por las variables que ellos no controlan.

La salud depende del desempeño del Sistema Sanitario y la comparación de desempeños entre países no deja de constituir un acicate para su mejora. Las ordenaciones de sistemas sanitarios según su eficiencia, los indicadores sumarios, promueven la transparencia y la mejora en datos y métodos, tienen impacto mediático, resultan fácilmente inteligibles y tienen un interés indudable como forma de estimular una competencia por comparación que permita aprender de aquellos países con mejores políticas de salud. Al fin y al cabo tanto si queremos valorar la situación de la mujer en el mundo o la mortalidad por cáncer siempre recurrimos a la comparación de tendencias internacionales. El *benchmarking* puede funcionar en políticas de salud, de la misma forma que ha funcionado en cirugía coronaria (Chassin, 1996).

#### 4. DESEABILIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

No hay problema alguno con la disposición individual a pagar por la mejora de la salud entre aquéllos que disponen de medios. Otra cosa es la disposición social a pagar, por ejemplo, la financiación pública, que se precisa para resolver los fallos de mercado, positivos y normativos, del sector sanitario. El principal fallo normativo resulta fácil de entender: sólo un acceso financiado públicamente –y no según disposición individual a pagar– garantizará una utilización según necesidad.

Entre los distintos fallos positivos (tipo información asimétrica) caben soluciones coasianas, a través de mecanismos de mercado (como la acreditación o la auditoría clínica ejercida por intermediarios, públicos o privados). El aseguramiento universal y obligatorio, en cambio, resulta insustituible para lidiar con la selección adversa por razones de eficiencia: la solución coasiana de aseguramiento por colectivos no tiene viabilidad para una prestación en la que el 5% de la población representa la mitad de la utilización en un año.

Los servicios sanitarios serán deseables si sus beneficios superan a sus costes sociales. El beneficio fundamental viene dado por el valor para la persona de una mejor salud, aunque también quepa considerar el impacto, positivo o negativo, de estos cambios tanto en las finanzas como la salud de otras personas. Hemos visto, en el epígrafe 1, que –en promedio– la atención sanitaria vale lo que cuesta, lo cual es totalmente compatible con: primero, que mayor gasto no siempre merece la pena; segundo, la existencia de una brecha enorme, un abismo, entre la eficacia y la efectividad; tercero, el que las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios pueden ofrecer un ratio de beneficios/costes claramente superior al de los servicios asistenciales.

#### 4.1. Mayor gasto no siempre merece la pena.

Existen actuaciones claramente perjudiciales. El 30% de los gastos de atención sanitaria (que representan el 15% del PIB de EE.UU.) podrían eliminarse sin afectar negativamente a los resultados en términos de salud (Fisher, 2003). En el año 2000, por ejemplo, el gasto sanitario *per capita* (Medicare) fue de \$10.550 en Manhattan pero sólo de \$4.823 en Portland, Oregón. Pese a semejante disparidad ni la calidad de la atención ni la satisfacción de los pacientes estuvo relacionada con los costes. La diferencia en el gasto se debe casi enteramente a la forma de practicar la Medicina en las zonas de alto coste. Los afiliados a Medicare en Manhattan, comparados con los de Portland, registran casi el doble de estancias hospitalarias y de visitas al especialista, pero no más tratamientos de efectividad probada.

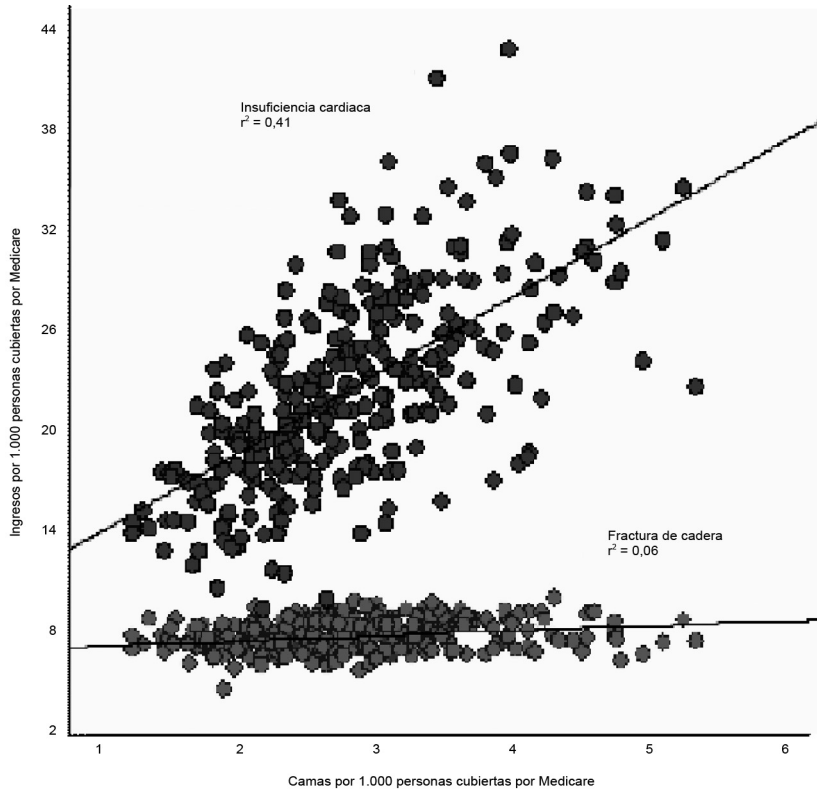
#### 4.2. Acortamiento de la brecha entre eficacia y efectividad indagando en las variaciones aparentemente arbitrarias

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 resultado y coste, 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 siempre guía la utilización, pero sí 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*". Existe un tipo de prestación sanitaria muy sensible a la oferta, como el ingreso por insuficiencia cardiaca del gráfico 5, frente a otro tipo de prestación claramente efectiva, como la reparación de la fractura de cadera del mismo gráfico 5. Entre ambas se encuentra la atención muy sensible a las preferencias de los pacientes.

En España, como en otros países, los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares, quebrando la creencia tradicional de que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud. El grupo español que estudia las variaciones en la práctica médica (VPM-IRYSS) ha comprobado que en el Sistema Nacional de Salud español (SNS) se dan tasas de intervenciones (en mayores de 65 años) menores que en EE.UU. (Medicare), que la oferta (camas/10.000 h) no muestra relación con la tasa de intervenciones, que existe una importante correlación entre las tasas poblacionales de diferentes intervenciones quirúrgicas, que existe relación inversa entre la tasa de intervenciones usuales y la disponibilidad de alta tecnología, y que, incluso en los ingresos por descompensación de procesos crónicos, de mayor asociación con la oferta de camas en EE.UU., las asociaciones encontradas en el SNS son muy moderadas.

**Gráfico 5**  
**RELACIÓN ENTRE TASAS DE INGRESOS Y CAPACIDAD INSTALADA**  
**EN ATENCIÓN “SENSIBLE A LA OFERTA”.**  
**MODIFICADO DE WENNBURG JE, 1998**

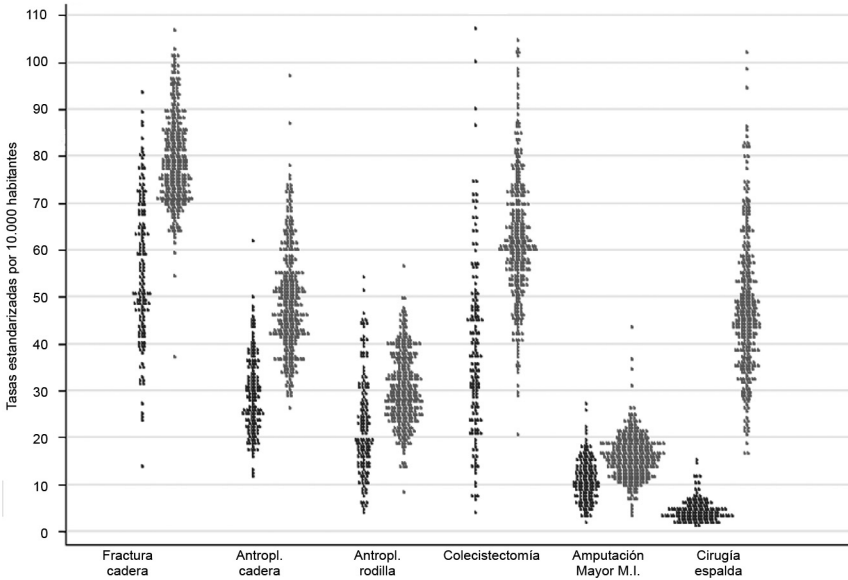


Fuente: Peiró y Bernal (2006), modificado de Wennberg (1998) con autorización. Repro-  
 ducido con permiso de los autores y la revista.

Peiró y Bernal (2006) aventuran la hipótesis de la *fascinación tecnológica* para explicar la posibilidad de que los incentivos de tipo profesional asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada jueguen un importante papel en las VPM de atención hospitalaria en el SNS; para ello se basan en que: a) las tasas de los procesos más comunes de las respectivas especialidades, siempre que no vayan asociados a alguna innovación, parecen estar por debajo de las tasas de otros países y bastante por debajo de las tasas en población Medicare como se aprecia en el gráfico 6; b) las tasas de los procesos que se asocian a innovaciones tecnológicas parecen aproximarse notoriamente a las tasas de la población Medicare, y c) los procesos "corrientes" pueden experimentar crecimientos en su utilización espectaculares y muy rápidos cuando cambia su tecnología operativa. Bajo esta hipótesis de *fascinación tecnológica*, los comportamientos esperables para las variaciones en la atención hospita-

laria prestada por el SNS serían: a) tasas comparativamente bajas de procesos “no complejos” y variabilidad menor por compresión de las tasas en los niveles de menor utilización, y b) tasas comparativamente altas de procesos complejos o realizados mediante tecnologías innovadoras.

**Gráfico 6**  
**TASAS ESTANDARIZADAS POR 10.000 HABITANTES MAYORES DE 65 AÑOS (España, izquierda) O ASEGURADOS POR MEDICARE (Estados Unidos, derecha)**



Fuente: Peiró y Bernal (2006), del grupo Variaciones en la Práctica Médica de la Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Grupo VPM-IRYSS). Reproducido con permiso de los autores y la revista.

Si la hipótesis de la *fascinación tecnológica* no fuera rechazada nos hallaríamos ante un SNS carente de orientación –política, gestora y clínica– hacia los pacientes, con su rumbo marcado por la agregación de preferencias de profesionales individuales muy sensibles al último *gadget*.

#### 4.3. No asociar automáticamente problema de salud con respuesta sanitaria

Las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios pueden ofrecer un ratio de beneficio/coste claramente superior al de los servicios asistenciales. Por ejemplo, el ejercicio compara favorablemente con el tratamiento farmacológico de la intolerancia a la glucosa e incluso la bicicleta estática ofrece mejores resultados que una malla (*stent*) para los pacientes con enfermedad coronaria estable.

El anterior resultado (Hambrecht, 2004) se refiere a EE.UU. donde suele darse mayor grado de intervencionismo. En España, comenta Paola



Beltrán, se adopta una actitud clínica más conservadora en la cardiopatía isquémica estable, constituyendo los eventos agudos sobrevenidos, o un claro empeoramiento de la clase funcional o de la prueba de esfuerzo, la indicación de intervención percutánea.

La naturaleza, local por definición, de la efectividad obliga a extremar el cuidado respecto a la validez externa de resultados publicados en las mejores revistas científicas del mundo. De ahí, la utilidad de publicaciones como *Gestión Clínica y Sanitaria* que selecciona y contextualiza las publicaciones más relevantes de su ámbito. Así, por ejemplo, Josep Martí (2003) señaló cómo unos resultados del *New England Journal of Medicine* –la artroscopia no superaba al placebo en pacientes varones de mediana edad afectados de artrosis moderada de rodilla– no eran en absoluto aplicables a España donde la población que se presenta con estos problemas tiene una edad de 70,4 ( $\pm 7$ ) años y género femenino en su 75% frente a un 93% de varones con edad media de 52 años en EE.UU.

## 5. COROLARIO

Se ha visto que lo importante no es cuánto se gasta sino cómo se gasta. El porcentaje de inversión en I+D sobre ventas no explica la ventaja competitiva de las empresas, pero sí lo hace el tipo de investigación; tampoco el porcentaje del gasto en educación explica el rendimiento escolar, pero sí la calidad y motivación de los maestros. También en atención sanitaria lo importante no es cuánto se gasta sino cómo se gasta. Y aquí las consideraciones clínicas y sanitarias son determinantes. Más no siempre es mejor; mejor (atención), en cambio, siempre es más (salud).

En España la política sanitaria sigue siendo un juego de suma cero (escaño que te pillo, escaño que me quedo) lo que dificulta la plasmación de un acuerdo, tipo Pacto de Toledo para pensiones, sobre cuáles deben ser los rasgos estables del sistema. Y aunque lo difícil suele ser ejecutar no deben dejarse de mencionar las implicaciones del análisis efectuado hasta el momento sobre la sostenibilidad, el desempeño y la deseabilidad de la atención sanitaria en España.

Implicaciones que aunque ampliamente compartidas (Repullo y Oteo, 2005) y fundamentadas en la escasa, pero potente investigación española sobre servicios sanitarios han de pasar todavía la prueba de fuego de la realidad. Estas implicaciones se centran en dos grupos: Incentivos a proveedores y reorientación del Estado del Bienestar.

### 5.1. Incentivos a proveedores

Ésta es la estrategia favorita en cualquier país. Un sistema sanitario funcionará si quienes asignan los recursos –los profesionales sanitarios– disponen de la información y motivos para tomar decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas coste-efectivas.

Los incentivos a proveedores requieren encajar la gestión clínica, lo que precisa de una autonomía responsable en la gestión de las organiza-

ciones sanitarias. Durante lustros ha existido un consenso acerca de la conveniencia de dotar de mayor autonomía y responsabilidad a los centros sanitarios, con la lógica oposición de quienes confunden el Estado del Bienestar con el bienestar de los que trabajan para el Estado, hasta que con la ministra Villalobos, y como consecuencia de compromisos previos, se lanza la mayor Oferta Pública de Empleo de la historia, contribuyendo así a la esclerosis que se pretendía superar.

Tanto la competencia por comparación como el pago por resultados estimularían:

- La conveniente orientación de los servicios sanitarios hacia el paciente lidiando con el poderío de la fascinación tecnológica,
- La evolución hacia formas de atención más integradas (no precisamente las gerencias únicas) entre diversos niveles asistenciales para un correcto abordaje de las enfermedades crónicas y de la interfaz socio-sanitaria,
- La inversión en tecnologías de información y comunicación –imprescindibles en un sector que gestiona fundamentalmente información– para disminuir errores, facilitar la coordinación, permitir programas de gestión de enfermedades y casos, así como apoyar algoritmos de decisión clínica e informar al paciente.

#### *Competencia por comparación*

Promover una cierta competencia por comparación, sin necesidad de establecer un mercado, que permita orientar la asignación de recursos –a través de presupuestos y contratos– hacia las organizaciones con mejor desempeño. Una competencia basada en medidas de desempeño públicas y transparentes refuerza la democracia. Se empieza colgando en las web públicas la información ya existente sobre presupuestos, contratos, plantillas, actividad, conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, etc.

#### *Pago por resultados*

Se sabe mucho acerca de que los incentivos financieros funcionan... demasiado, lo cual puede estimular la selección de pacientes o el centrarse estrictamente en aquello por lo que se paga.

Se aplica poco todavía la obviedad de que pagar por resultados en salud resulta más aconsejable que pagar por actividad (contraproducente incluso con enfermos crónicos) y que ésta resulta más sensata que pagar por ser vos quien sois.

Dado que en resultados cuesta incluso disponer de medidas de “producto intermedio”, tipo hemoglobina glicosilada, parece sensato acudir a medidas de calidad en proceso, plenamente arraigadas en la cultura clínica, y superiores a muchas alternativas al uso a la hora de premiar la mejor práctica clínica y estimular un rediseño organizativo que, de verdad, se centre en los pacientes.

No se trata de caer en la simpleza de que los incentivos financieros son los únicos relevantes; al fin y al cabo éstos forman parte de unos incentivos individuales (promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción) que la motivación intrínseca moviliza siempre que un segundo nivel de incentivos –los organizativos– lo permita (cuenta ajena inamovible e inmortal, cuenta ajena impugnable, cuenta propia...) y el tercer nivel superior –el social– los estimule: regulaciones correctas, relaciones con la industria transparentes, reglas de juego sanitario que hagan clínicamente atractivo lo que es sanitariamente conveniente.

En la España post-mayor-OPE de la historia, sin competencia por comparación, mucha garantía de inmortalidad y todavía escaso apoyo informático a los procesos clínicos, existe, no obstante, madurez suficiente para ensayar un pago por desempeño, especialmente en aquellos centros que han podido preservar una mínima autonomía.

La necesaria introducción de medidas de resultado y de calidad clínica contribuirá a reducir la brecha entre eficacia y efectividad y a obtener una base de evaluación del comportamiento sobre la que incentivar la calidad de los proveedores y la elección informada de los usuarios. El pago por desempeño –*pay for performance* o P4P– no requiere además recursos adicionales: un 5% puede ser detraído a priori de la bolsa presupuestaria para ser repartido a posteriori entre los mejores.

## 5.2. Reorientación del Estado del Bienestar

La auténtica sostenibilidad, pues, de la componente sanitaria del Estado del Bienestar pasa por garantizar la deseabilidad, expresada en disposición social a pagar, de aquellas innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualización de la sociedad conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social. Un Estado de Bienestar ha de controlar los desincentivos tanto por el lado de la financiación como de las prestaciones rehusando las tentaciones proteccionistas –aunque se disfracen de responsabilidad social corporativa o ecologismo– y acatando la disciplina que imponga la competencia internacional (economías abiertas). Por el lado de la financiación, los impuestos han de favorecer el crecimiento lo que puede introducir una suave regresividad. Por el lado de las prestaciones hay que evitar la pasividad del paciente e introducir el principio del beneficio –copago y primas complementarias controladas, ¿por qué no?, públicamente– allá donde lo relevante sea la preferencia individual y no la necesidad desde una perspectiva social.

En la economía sumergida (que incluye la criminal), estimada en más de un 20% del PIB, tiene el sistema fiscal español un margen importante de actuación. La lucha contra el fraude necesita reformas legales en las figuras impositivas y en los procedimientos tributarios para cerrar las vías de evasión fiscal, así como de una administración tributaria con el convencimiento necesario para aplicarlas. Este tipo de reformas precisan de un consenso parlamentario tanto más difícil de obtener cuanto más progresivo sea el planteamiento de las mismas.

Retrasar la edad efectiva de jubilación constituye la respuesta lógica al espectacular aumento de la esperanza de vida. Por otra parte, la atención a la dependencia se compeadece mal con la reducción o supresión del Impuesto sobre Sucesiones.

También convendría introducir incentivos a usuarios. España tiene un copago sobre medicamentos, pequeño y en disminución, en relación a otros países con Estados de Bienestar consolidados. Se trata de un sistema ni eficiente ni equitativo que puede reformarse con copagos de importe reducido que introduzcan conciencia de coste en el usuario y desincentiven el sobreconsumo (y las quejas sobre si las nuevas pastillas recetadas ya no flotan en el water). Cabe diseñar un copago fijo obligatorio por receta, con límite máximo mensual, neutral presupuestariamente. Podrían aplicarse de forma paralela dos copagos: el obligatorio de baja intensidad y un segundo nivel evitable relacionado con la efectividad de los medicamentos (Puig, 2004).

El primer nivel sería aportado por toda la población con dos exenciones: insuficiencia de ingresos y techo fijo. El segundo nivel de copago, independiente del primero, sería evitable según preferencias individuales y estaría en función de la efectividad de los tratamientos; su aplicación requiere un sistema de precios de referencia, diferente del actual, basado en la equivalencia farmacológica o terapéutica.

#### *Liderazgo planificador y regulador*

Recuperar la planificación para conseguir el legítimo control de la oferta que condiciona la práctica clínica (la utilización depende de los recursos) y propiciar políticas de salud más allá de las políticas de servicios sanitarias. Socialmente, no puede combatirse la obesidad con fármacos y allá donde sea preciso hacerlo convendrá utilizar contratos de riesgo compartido, esto es introducir el mismo pago por resultado (Kg. reducido de forma estable) que se reclama para la mayoría de los servicios sanitarios.

Si lo importante no es tanto lo que se gasta como establecer para qué sirve, parece razonable esperar un cierto traslado del énfasis de la política y la gestión sanitarias desde su miope preocupación dominante acerca de cómo contener el gasto sanitario, dentro de las restricciones presupuestarias, hacia una doble ocupación: primera, cómo financiar –sin dualizar la sociedad– aquellas innovaciones tecnológicas y organizativas cuyo impacto en el bienestar social sea mayor que su coste; segunda, cómo reducir las intervenciones de valor marginal escaso, inexistente o negativo, y cómo estimular las intervenciones beneficiosas que no se están produciendo.

El que la previsión del párrafo anterior sea cierta depende, en parte, de que la investigación aplicada sobre servicios sanitarios se plantee las preguntas correctas por incómodas de manejar que resulten. Difícilmente puede abordarse un debate sobre cuánto gastar en sanidad, cómo fomentar la innovación y mantener el Estado del Bienestar, sin poder establecer cuál es la contribución de los servicios sanitarios y de otros factores, parti-

cularmente los cambios en los estilos de vida, a la salud de las personas. Para que el conocimiento que se obtenga sea útil y aplicable en todos los niveles de la gestión sanitaria, desde la planificación a la clínica, esta caracterización debe descender al detalle de los problemas concretos de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlering, B. (2004): "The impact of regulatory stringency on the foreign direct investment of global pharmaceutical firms", *ESRC*, Centre for Business Research, Universidad de Cambridge, Working Paper n° 280.
- Almeida, C. *et. al.* (2001): "Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000", *The Lancet*, vol. 357, 26 de mayo, pp. 1692-1697.
- Cabrales, A. y Jiménez S. (2006): "The determinants of pricing in pharmaceuticals: Are U.S. prices really higher than those of Canada?", Universidad Pompeu Fabra, Working Paper, en prensa.
- Chassin, M. *et. al.* (1996): "Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly", *New England Journal of Medicine*, vol. 334, n° 6, pp. 394-398.
- Cutler, D. (2004): *Your money or your life*, Oxford University Press, Oxford.
- Cutler, D. y Miller, G. (2005): "The role of public health improvements in health advances: The 20<sup>th</sup> century United States", NBER, Working Paper n° 10511.
- Fisher, E. *et. al.* (2003): "The implications of regional variations in Medicare spending", *Annals of Internal Medicine*", vol. 138, n° 4, pp. 273-287 y 288-298.
- González López-Valcárcel, B. y Barber, P. (2006): "Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea", en Hidalgo, A.; Del Llano, J. y Corugedo, I. (coords.), *Recursos humanos para la salud. ¿Son suficientes y están bien cualificados?*, Editorial Masson-Elsevier, Barcelona.
- Grossbart, S. (2006): "What's the return? Assessing the effect of 'pay for performance' initiatives on the quality of care delivery", *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 1, pp. 29s-48s.
- Hussey, P. *et. al.* (2004): "How does the quality of care compare in five countries?", *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 89-99.
- Martí, J. (2003): "No toda la artroscopia es útil en la gonartrosis", *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 5, n° 3, p. 95. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>.
- McGlynn, E. *et. al.* (2003): "The quality of health care delivered to adults in the United States", *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, pp. 2635-2645.
- Meneu, R. y Peiró, S. (2004): "Eficiencia y despilfarro en la atención sanitaria. A propósito del infarto de miocardio", *Cuadernos Económicos de ICE*, n° 67, junio, pp. 9-25.

- Nicolau, R. (2006): "Población, salud y actividad", en Carreras, A. y Tafunell, X. (coords.), *Estadísticas históricas de España, siglo XIX y XX*, Fundación BBVA, Madrid, pp. 77-154.
- OECD (2003): *A disease-based comparison of health systems*, OECD, París.
- Ortún, V.; Rodríguez-Artalejo, F. y Peiró, S. et al. (2003): *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Masson-Elsevier, Barcelona.
- Palomo, L.; Ortún, V.; Benavides F. G. y Márquez, S. (2006): "Informe SES-PAS 2006. Los desajustes de la salud en el mundo desarrollado", *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, monográfico 1.
- Peiró, S. y Bernal, E. (2006): "¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, monográfico 1, pp. 110-116.
- Puig-Junoy, J.; López-Casasnovas, G. y Ortún, V. (2004): *¿Más recursos para la salud?*, Editorial Masson-Elsevier, Barcelona.
- Puig-Junoy, J. (2004): "La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)", *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 6, n° 4, pp. 133-140. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>.
- Repullo, J.R. y Oteo L.A. (2005): *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, Ariel, Barcelona.
- Sacristán, J.A.; Oliva, J.; Del Llano, J.; Prieto, L. y Pinto, J.L. (2002): "¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España?", *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, n° 4, pp. 334-43.
- Wagstaff, A. (1991): "QALYs and the equity-efficiency trade-off", *Journal of Health Economics*, vol. 10, n° 1, pp. 21-41.

#### ABSTRACT

On average, more health care spending seems to be worth it, especially for Spain in the last 30 years. We are rich enough to afford future increases in spending. The problem lies however with the social willingness to pay for publicly financed health services: the desirability of such services. Desirability would improve with more transparency and legitimate decision-making processes as well as by trying to reduce the huge difference between effectiveness (actual achievements) and efficacy (possibility frontiers): dealing with underprovision of care and waste. Rather than paying for the number of medical treatments provided, we should pay for the health improvements those services bring.

*Key words:* quality chasm, financial sustainability, medical productivity, technological change, health system performance.

