

¿CRISIS DE LA SANIDAD O CRISIS DE LA MEDICINA?

Julio López Bastida

M.Sc. Aston Business School. London School of Economics

Resumen

Se compara la existencia de una crisis de la medicina (caracterizada por la falta de mecanismos de evaluación de resultados de los tratamientos médicos y sus alternativas sanitarias) con una crisis de la sanidad (caracterizada por la existencia de determinantes en la salud fuera del campo de los servicios sanitarios y el aumento de la demanda sanitaria) y la necesidad de buscar soluciones adecuadas para resolverlas. Para ello se examinan diversos apartados. Primero, se buscan ideas en el libre mercado. Segundo, se realizan diversas consideraciones sobre las "Organizaciones de Mantenimiento de la Salud" (HMOs) en los EEUU, así como de sus limitaciones. Tercero, se estudian las propuestas radicales de cambio en España, Holanda y el Reino Unido, con los problemas que pueden traer consigo la competencia, haciendo especial énfasis en las dificultades existentes en la reforma británica y las lecciones a tomar en cuenta para el caso español. Finalmente, el autor extrae algunas conclusiones señalando la necesidad de utilizar más eficazmente los recursos y de escoger las prioridades en salud.

Palabras clave: Evaluación. Tecnología médica. Resultados. Mercado. Competencia. Prioridades

HEALTH CRISIS OR THE CRISIS OF MEDICINE?

Summary

The paper compares the existence of a crisis of medicine (characterised by a lack of assessment mechanisms of the medical treatment outcomes and their health alternatives) with a health crisis (characterised by the existence of health's determinants outside the health service area and the increase in the health demand) and the need to search for adequate solutions in order to solve them. We approach the problem from different standpoints. First, we search for ideas in the free market. Second, we propose several considerations on the "Health Maintenance Organisation" (HMOs) in the USA as well as on their limitations. Third, we study the radical proposals of change in Spain, Holland and the United Kingdom with the problems that competition can bring about, emphasizing the current difficulties in the British reforms and the lessons to consider from the Spanish case. Finally, the author concludes by pointing out the need for a more efficient use of resources and a better choice of priorities in Health.

Key words: Evaluation. Medical technology. Outcomes. Market. Competition. Priorities.

El objetivo del Sistema Nacional de Salud debe ser proporcionar asistencia sanitaria a toda la población en relación a sus necesidades, sin tener en cuenta su capacidad adquisitiva.

Comparando internacionalmente el SNS con otros países de la OCDE, vemos que España se encuentra bastante bien en términos de indicadores de salud (mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer), así como que el SNS tiene un coste sanitario bajo comparado con otros sistemas¹.

No resulta clara la relación entre el gasto *per capita* en servicios de salud y una mejor salud de la población medido en los indicadores de salud^{2,3}. Ni se puede

atribuir las mejoras de la salud sólo al SNS. Se podría afirmar que uno de los principales determinantes de la salud de la población en las sociedades avanzadas se sitúa fuera del campo de la asistencia sanitaria, posiblemente como consecuencia de mejoras en el medio económico y social⁴. De ahí que en cualquier planteamiento amplio de la salud debemos contar con sus determinantes como son: factores genéticos, medioambientales, estilos de vida saludables y mejores condiciones socioeconómicas, todo ello a través de una aproximación intersectorial.

En los últimos tiempos inciden nuevos factores como es el envejecimiento de la población, el con-

Correspondencia: Julio López Bastida. C/ Joaquín Ballester, 3-12. 46009 Valencia.

Este artículo fue recibido el 17 de febrero de 1993 y fue aceptado tras revisión el 2 de abril de 1994.

tinuo desarrollo de la tecnología médica y el interés de los médicos y los profesionales de la salud por dar solución a toda la demanda. Sin embargo, la eficacia de algunos tratamientos médicos no está clara y especialmente los beneficios añadidos que se obtienen de nuevas inversiones y nueva tecnología médica que no se siga de una evaluación apropiada^{5,6}.

Los profesionales sanitarios sólo tienen una información fragmentada sobre los verdaderos resultados. Esto se refleja en la gran cantidad de variaciones en la práctica terapéutica entre médicos y la gran cantidad de variaciones en la frecuencia con que los procedimientos terapéuticos se prescriben entre una población y otra^{7,8}. Esto sugiere que gran parte de los cuidados de la salud prestados posiblemente son innecesarios e inapropiados⁹⁻¹¹. De ahí que podamos afirmar que existe una crisis de la medicina al haber una necesidad acuciante de mecanismos que evalúen los resultados del tratamiento, así como para decidir sobre alternativas sanitarias. No obstante, estas críticas al modelo médico preparan el terreno para la entrada de las fuerzas del mercado en la distribución de recursos sanitarios, como método para incrementar la eficiencia, dar más poder de elección al consumidor y contener el gasto sanitario. Sin embargo, por la experiencia en los EEUU, único país conocido donde existe competencia en el mercado médico, no parece que éste genere los mecanismos más idóneos para enfrentarnos a esta crisis.

Buscando ideas en el libre mercado

Desde mediados de la década de los 80, algunos gobiernos han empezado a argumentar que el gasto del Seguro Público Sanitario se está haciendo insostenible y, en un período breve de tiempo, no se podrá proporcionar la financiación pública y gratuita de la asistencia sanitaria a toda la población.

Ante esta crisis de la Sanidad, las propuestas de algunos gobiernos tratan de introducir la competencia en el mercado médico como un mecanismo para contener el gasto sanitario y aumentar la eficiencia. No obstante, deberíamos recordar la experiencia de EEUU, donde funciona la competencia en el mercado de los cuidados de la salud y donde podemos ver los problemas con los que tendremos que enfrentarnos en el futuro.

Los EEUU no proporcionan financiación pública y gratuita de la sanidad a toda la población: 37 millones de estadounidenses (el 17,5% de la po-

blación menor de 65 años) se encuentran sin cobertura sanitaria pública o privada, además de millones de personas con una cobertura inadecuada, como nos recuerda el Profesor Enthoven⁹.

Los EEUU son el país con más problemas para contener el gasto sanitario¹²; gastaron el 13,2% del Producto Interior Bruto (PIB) para el año 1991¹. Además se calcula que el 25% del coste sanitario va a gastos administrativos¹³ y las más recientes estimaciones sitúan el despilfarro de los gastos administrativos entre 90 y 120 billones de dólares al año, a esto habría que añadir el ineficaz e inapropiado coste de los servicios clínicos¹⁴.

Algunas consideraciones sobre las primitivas organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs)

Algunos países están aplicando o tratan de aplicar, como el Reino Unido, Holanda y España, cambios radicales en sus Servicios de Salud. Cambios dirigidos al "mercado interno" o a la competencia en el mercado de los cuidados de salud. El término "mercado interno" fue introducido por el Profesor Enthoven de la Universidad de Stanford en EEUU; desde entonces la expresión "mercado interno" va unida al papel de la competencia en la provisión de los servicios de salud¹⁵. Algunos de estos cambios se inspiran en las experiencias de las "Organizaciones de Mantenimiento de la Salud" (HMOs) de EEUU, así como en las HMOs que ya existían en el siglo pasado y a principios de este siglo en Europa¹⁶⁻¹⁸.

Algunos autores las han considerado novedosas y capaces de ofrecer soluciones para los problemas del mercado médico actual¹⁹. Creen que pueden generar mayor eficiencia y controlar costes. El hecho de que no sobrevivieran en Europa y que en EEUU no estén más extendidas (sólo cubren el 15% de la población) no parece demostrar dicha capacidad.

La idea principal de las HMOs es que debe haber diferentes agentes actuando como aseguradores o compradores y como proveedores. Cada uno de los proveedores compite por los consumidores en relación al precio y calidad de los servicios prestados.

Las HMOs funcionaron al final del siglo pasado y principios de este siglo bajo los seguros de salud en Europa²⁰; pero tan pronto como el sistema creció, empezaron las disputas con los proveedores por el bajo nivel de pago que la competencia les forzó a aceptar y por el sistema de contratar sólo a un

número limitado de proveedores²¹. Esto animó a los proveedores a organizarse y tratar de negociar colectivamente²². En todos los países donde se desarrollaron, la asociación médica, de una manera o de otra, eliminó virtualmente la competencia de precios¹⁶.

Cuando las HMOs cubrieron el 20% de la población, tanto en Europa como en otros países, la profesión médica tomó una postura de militancia acerca de la libre entrada, sobre los términos de negociación de servicios que cubrían todos los fondos de enfermedad y la exclusión de los grupos de altos ingresos económicos. En Australia la profesión médica incluso llegó a organizar una huelga¹⁶.

Si las HMOs continuaran incrementándose en EEUU y se acumulara una gran cantidad de médicos parados en los años futuros, conllevaría a que las HMOs operaran con los mismos principios de las HMOs europeas de principios de siglo, ofreciendo trabajo a los médicos a bajos sueldos y despidiendo médicos que no controlaran costes. Puede ser que en un futuro no muy lejano aparecieran sindicatos médicos en las HMOs y en algún momento intentarían una huelga o amenazarían con una huelga nacional. El mercado competitivo de Enthoven se destruyó en Europa y Australia tan pronto como cubrió el 20% de la población por ser un problema para la profesión médica¹⁶.

Lecciones y limitaciones de las HMOs en los EEUU

Algunos autores bien informados se asombran de que el Reino Unido y otros países quieran adoptar la desacreditada panacea de EEUU: crear competencia en el mercado médico^{20,23-35}. Algunos comentaristas han puntualizado que el SNS es una gran HMO^{26,27} y no hay evidencias reales para pensar que la competencia en las HMOs hayan contenido los costes totales¹⁷.

La competencia no conduce a costes más bajos; algunos autores nos demuestran que hospitales localizados en altos mercados competitivos se caracterizan por un mayor coste que aquéllos concentrados en un mercado con menor competencia²⁸.

Los ciudadanos en EEUU tienen una media de dos o tres veces más probabilidades de recibir tratamiento quirúrgico que en Europa; así pues, aunque tuviéramos una reducción en EEUU del 40% aún dejaría el tanto por ciento de admisiones en EEUU más alto que en Reino Unido. Ya que las HMOs pueden reducir costes a través del menor número de admisiones, el alcance del ahorro en el

Reino Unido sería mínimo²⁹. Las HMOs también tienen un alto coste administrativo principalmente por su sistema de facturación³.

El éxito obtenido de las HMOs en bajar el tanto por ciento de hospitalización y reducir el gasto hospitalario está en relación a seleccionar los pacientes con menos riesgos, así como en las decisiones de los médicos de tratar a los pacientes de menor complejidad en vez de los tratamientos con mayor coste-eficiencia³⁰.

Vicente Navarro, como buen conocedor de la experiencia de EEUU, nos sugiere que la cultura del negocio en medicina y las actividades orientadas al negocio de los médicos van en detrimento del paciente y que comparando el SNS del Reino Unido y las HMOs la persona, por término medio, paga más en la HMOs y obtiene mucho menos a cambio. El nivel de cobertura en el SNS es casi total, mientras las HMOs no cubren la atención a enfermedades crónicas¹³.

Las HMOs tienen grandes problemas. Tratan de limitar sus miembros y aquellos que están enfermos y con bajos ingresos tienden a tener menos éxito en las HMOs que con los seguros tradicionales³. Una anécdota que se cuenta de las HMOs en EEUU es que para seleccionar a sus miembros se les invita a un baile en un tercer piso sin ascensor.

Podemos afirmar que la competencia en EEUU conduce a competencia por prestigio: los hospitales compran equipos más costosos que luego utilizan a bajo rendimiento para atraer los mejores médicos¹³.

Vemos que, en un mercado competitivo, los resultados de los cuidados no se incorporan en el análisis ni parece que la calidad realmente se mida^{17,23}. Asimismo, hay evidencias que sugieren que en los mercados de los cuidados de salud en EEUU el tanto por ciento de mortalidad es mayor en áreas donde la competencia es muy alta³⁰.

Podemos afirmar, por la gran cantidad de investigaciones hasta ahora llevadas a cabo, que los efectos de pago a los hospitales por los grupos relacionados con el diagnóstico (GDRs) nos demuestran que, aunque ha llevado a tratar a los pacientes con una estancia más corta y un coste por caso menor, también ha llevado a trasladar los costes fuera del hospital y los ha trasladado al paciente (altas hospitalarias con una inestable mejoría) o a otras agencias como consultas externas, el bien conocido GDR-creep (clasificación de pacientes en los grupos con más alto coste), así como a gran cantidad de readmisiones^{17,28-30}.

Un claro efecto de las HMOs en los EEUU ha sido un aumento de los costes, una disminución de la calidad y una selección de los pacientes con menor riesgo de enfermedad.

tencia trae consigo a corto plazo modificación de los costes. El sistema incurrirá en mayores gastos administrativos ya que tendrá que negociar y controlar contratos. Los costes de transición serán elevados; d) el concepto de hospital general de distrito integrado se pierde; e) la organización de los cuidados post-hospitalarios puede ser costosa y compleja; f) la competencia puede que no sea efectiva. Si separamos financiación de provisión de los cuidados de la salud, puede ser que unamos el dinero al tratamiento, en vez del tratamiento a las necesidades médicas. Aquí, cualquier noción de eficiencia se pierde, la gente puede comprar tratamiento necesitando o no²⁶.

Otra de las cuestiones es qué va a pasar entre cirugía programada y urgencias. A lo mejor habrá colas en urgencias dado que todas las camas hospitalarias estarían ocupadas. También es posible que en vez de haber listas de espera en los hospitales pase a haberlas en los médicos generales³⁵, que se traten más a pacientes de los necesarios (es bien sabido que la oferta crea demanda^{24,36}, aumentando la capacidad del sistema por encima de las necesidades de los pacientes²³.

Una de las grandes dudas sobre la reforma (competencia en el mercado médico) es suponer que la provisión de los cuidados de la salud, con un mayor conocimiento sobre costes y competencia en la oferta, afecta principalmente a los enfermos hospitalizados. Sin embargo, gran cantidad de los cuidados de salud se relacionan aparentemente con cuestiones fundamentales como son los cambios demográficos, el futuro de la salud pública y servicios basados en la comunidad. Así pues, en las reformas de España y Reino Unido parece haber recibido poco o ningún reconocimiento todo lo concerniente a los enfermos crónicos y enfermos terminales. Ninguna de las estructuras de incentivos en la competencia tienen que ver con estos servicios³.

Si los compradores de servicios de salud quieren trabajar con un mayor coste-eficiencia necesitarán información sobre los resultados del tratamiento para comparar entre hospitales y entre diferentes modelos de tratamiento (incluido el no tratamiento). Esta información no sólo es imposible sino que actualmente no se sabe qué es lo beneficioso y lo que no lo es^{3,5}. Así pues, es una falacia pensar que al aumentar el número de casos tratados (aunque el mercado de provisión propuesto lo haga) se aumentarán los resultados en salud. Las intervenciones identificadas como mejores para la competencia (como un incentivo para la eficiencia) se eligen de forma selectiva y no porque potencia la relación coste-efectividad³⁷.

Dificultades en la implantación de la reforma británica y lecciones para la reforma española

Lo que se ha podido comprobar en el período 1991-92 del mercado interno competitivo en el Reino Unido es que la mayor parte de los contratos con los hospitales han sido contratos en bloque (el comprador está de acuerdo en pagar una suma de dinero por el acceso a un servicio particular del hospital sin tener en cuenta el número de pacientes), por tanto, presupuestos con un nuevo nombre, con pocas condiciones añadidas, como reducción en el tiempo de espera para consultas externas o mejora en la notificación al paciente que espera para ser admitido al hospital²³. En el período 1992-93 de la reforma, los contratos por volumen (el comprador especifica el número de casos que van a ser tratados, así como que hay que pagar cada caso adicional) han aumentado, pero el precio se basa en el coste por especialidad y no es real, ya que una especialidad tiene diferentes combinaciones de pacientes en diferentes hospitales²³.

A los médicos generales se les han proporcionado presupuestos basados en el gasto del año anterior, así pues, los compradores han utilizado los mismos hospitales que en los años anteriores, pero ahora lo hacen con un modelo de contrato. Sin tener un sistema de costes por diagnósticos y tan sólo de costes por especialidad, los cambios son más aparentes que otra cosa y sólo se ha notado en el lenguaje empleado.

Según un estudio realizado a los médicos generales el poder ha cambiado de manos; ahora ellos son los líderes de la reforma y no están dispuestos a seguir la línea juiciosa trazada por el Ministerio ya que han estado esperando largo tiempo para este momento; esto está haciendo que las cosas vayan a peor en vez de ir hacia un mejor comportamiento, los médicos generales ahora están en una posición de poder utilizar la fuerza del comprador y los hospitales tienen que reconocer el cambio de relación de poder³⁸. Algunos de estos médicos generales con presupuestos insisten en basar sus contratos en coste por paciente. Todo esto está llevando a que los hospitales tengan que hacer costes estimativos dando resultados totalmente irreales.

Este estudio demuestra que los médicos generales con presupuestos pueden alcanzar mejoras en los servicios para sus pacientes a través de mandarlos a otros lugares, en vez de hacerlo en las especialidades locales, y consiguiendo resultados más favorables (por ejemplo tiempo de espera). También los pueden mandar a un hospital privado o clínica privada para pruebas complementarias³⁸.

No obstante, parece que las mayores dificultades están aún por resolver: primero, la valoración y protección de la calidad es muy difícil de lograr en un país con ninguna experiencia en acreditación, auditorías médicas y resultados; revisión de la práctica médica (peer review) no es lo mismo que auditorías médicas y resultados (outcomes). Además, la competencia por "calidad" puede ser inflacionaria³⁹.

Segundo, en un futuro no muy lejano, como ya hemos empezado a vislumbrar (informe Tomlinson), algunos hospitales puede que tengan que cerrar por el fracaso ante la fuerte competencia⁴⁰. Esto llevará consigo grandes problemas políticos ya que nadie estará dispuesto a cerrar un hospital con el consiguiente descrédito para la fuerza política que lo realice.

Tercero, ¿se alterará la relación médico-paciente con los médicos generales con asignación presupuestaria?, ¿creerá el paciente que se le ha mandado a otro distrito para hacerle un favor o para ahorrar costes? Hasta ahora los médicos generales no han explicado a los pacientes lo que significa la cumplimentación de los presupuestos.

Cuarto, va a ser extremadamente difícil encontrar una fórmula para distribuir el dinero para los médicos generales con presupuestos que reflejen totalmente las características de los pacientes. Investigaciones en Holanda nos demuestran que edad, sexo y región son predicciones pobres de la utilización de los servicios⁴¹. Factores como el consumo anterior de servicios médicos, conocimientos sobre el entorno socio-económico y estado de salud mejoran las predicciones considerablemente, pero estas variables no están dentro de la fórmula para la distribución de recursos. Por tanto, ya que los médicos generales pueden escoger a sus pacientes, algunos sólo escogerán los pacientes de menos riesgo como podemos ver en las HMOs de EEUU. Lo más probable es que los ancianos, los pacientes crónicos y los pobres sean los perdedores de esta reforma²³.

Quinto, hasta el momento los médicos generales con asignación presupuestaria han dudado en mandar a sus enfermos al sector privado tratando de utilizar sólo el sector público, pero cuando la competencia sea más fuerte puede ser que haya dos clases de pacientes: los pacientes privilegiados con asignación presupuestaria y los pacientes en desventaja sin presupuestos que posiblemente serán los más vulnerables (ancianos, crónicos y pobres)¹⁸.

Sexto, algunos hospitales rehusarán tener pacientes de los médicos generales de áreas pobres o con gran cantidad de pacientes crónicos ya que estos pacientes necesitan estancias más largas que la media sobre la que el coste hospitalario se basa. Será posible que esta aproximación al modelo de

negocios (business) vaya en detrimento de los más vulnerables.

Séptimo, algunos autores han argumentado, sobre la experiencia de EEUU, que una población de 7.000 pacientes para un grupo de médicos generales es demasiado pequeña para incluir todos los pacientes con grandes problemas de salud, ya que el médico general puede estar inclinado a la selección adversa de pacientes, tratando de excluir aquellos que tengan una gran incidencia sobre el presupuesto^{43,44}.

Octavo, la reforma no hace nada para resolver el vacío entre los cuidados en el hospital y la asistencia en la comunidad. La asistencia en la comunidad está más lejos de su correcta financiación que la de los hospitales. Actualmente los pacientes están demasiado tiempo en el hospital porque no hay una adecuada provisión para ellos en la comunidad.

Así pues, parece que el experimento del Reino Unido, mayor calidad en los cuidados a un coste menor, queda muy lejos de la realidad. Sólo con ver lo que pasa con los médicos generales con asignación presupuestaria limitada, no permitiendo los cuidados necesarios a sus pacientes (como pasa en algunas HMOs en EEUU) o los hospitales dando de alta a pacientes demasiado pronto (sin un adecuado seguimiento) conducen a muertes evitables con el consiguiente descrédito del sistema.

En relación al poder del consumidor en la reforma del Reino Unido, algunos autores puntualizan que los gerentes, dentro de las autoridades del distrito, o los médicos generales con asignación de presupuestos tendrán todo el poder; ellos podrán conducir a los pacientes hacia los proveedores que les faciliten una mejor oferta de precios. Con estos nuevos acuerdos basados en contratos, los pacientes tendrán una menor influencia que en el anterior sistema⁴⁴. La suposición de que el paciente al seleccionar a su médico general ejerce su libertad no es real, pues el paciente no tiene influencia sobre el tratamiento o la especialidad, así como el médico se enfrenta a la incertidumbre de los resultados médicos¹⁷.

El gobierno británico, después del tiempo transcurrido, ha rehusado evaluar el coste y el resultado de las reformas introducidas en el Servicio Nacional de Salud para comprobar si la competencia en los cuidados de la salud ha sido eficiente²³.

Otro tipo de reforma

La idea fundamental de estas reformas es cambiar los incentivos a los proveedores e involucrarlos

en ella. ¿Es posible que estas medidas resuelvan el problema en el futuro? Cuáles son las fuerzas que hacen que el gasto sanitario aumente considerablemente; el aumento del envejecimiento de la población sería una de ellas, no obstante en el pasado, el efecto ha sido demasiado pequeño para justificar el aumento de los costes en la asistencia sanitaria en los países desarrollados. Sin embargo, un factor común en todo el mundo es el aumento del coste en nuevas tecnologías, sobre todo en EEUU²⁴. Puede ser que algunas nuevas tecnologías ahorren costes, pero el resto posiblemente no lo hagan. No deberíamos estar tan preocupados en este tema si las nuevas tecnologías fueran cuidadosamente evaluadas, pero en realidad no lo están y cuando hablamos de evaluación queremos saber si las nuevas tecnologías mejoran los resultados en los pacientes, no si hacen lo que se supone deben hacer.

La razón por la que parece que no medimos y evaluamos los resultados clínicos en los servicios de salud es que nadie lo ha encontrado útil ya que no encaja en el sistema presente de gestión. Tan pronto como empezamos a tomar decisiones para cambiar la filosofía del SNS, de una orientación financiera a una orientación basada en la evaluación de los resultados clínicos, tendremos estos resultados posiblemente más pronto de lo esperado y sin grandes problemas para obtenerlos²⁶.

Un reciente comité establecido por el gobierno de Holanda ha desarrollado un informe sobre las elecciones y prioridades en los cuidados de la salud. Sus conclusiones son que la tecnología médica, principalmente aparatos y sus aplicaciones, deben estar sujetos a los mismos requerimientos de eficacia y seguridad que los medicamentos antes de ser aprobados para los cuidados de salud, y esta tarea debe hacerla una agencia independiente y se debería crear para toda la CEE⁴⁵.

Hay una gran cantidad de tecnología que se ha adoptado en tratamientos estándares y luego ha sido abandonada cuando se han descubierto los riesgos^{6,46}. Esto eleva la cuestión de si casi todo lo que se hace por el paciente, como un tratamiento aceptado, es beneficioso o no lo es.

De ahí que dos temas centrales deberían ser revisados para establecer una mayor eficacia y efectividad para la utilización de los recursos.

Primero, los médicos tienen toda la libertad para utilizar los recursos. Pero esta libertad clínica, con ausencia de responsabilidad, no es conveniente en interés del paciente individual y los servicios de salud en general.

Segundo, el sistema se tiene que diseñar para proporcionar al gobierno, autoridades sanitarias, gerentes, médicos y profesionales de la salud un

coste real de los tratamientos y procedimientos que se realizan y un modo de evaluar los resultados clínicos.

La implicación de los costes y beneficios de las discrepancias profesionales justifica una inversión sustancial para clarificar las ventajas y desventajas de las diferentes aproximaciones a los problemas médicos comunes. Hay una creencia generalizada en todos los servicios de salud sobre la necesidad de una sustancial inversión pública en la valoración de los resultados de la tecnología médica, esta necesidad se debería traducir en motivar a los gobiernos a trabajar en programas para evaluar el beneficio de la tecnología de los cuidados de la salud. Parece ser que hay una falta de interés por parte de los gobiernos para evaluar la tecnología médica y sus aplicaciones, comparando con el énfasis utilizado para la evaluación de los medicamentos. Y esto se puede medir por la cantidad de dinero asignado para las diferentes valoraciones. Cerca de 1,5 billones de dólares se gastaron en los EEUU en 1987 para ensayos con medicamentos, mientras que el programa de investigación en resultados del Centro Nacional de Investigación de Servicios de Salud y Valoración de la Tecnología por la Salud, el único programa de valoración formal en los EEUU dedicado a evaluar todas las teorías de tratamientos relevantes para condiciones particulares clínicas, recibió una asignación de sólo seis millones de dólares en 1989⁵.

¿Cómo podemos controlar los costes de los cuidados de la salud en el futuro? Si los cuidados de la salud deben ser racionados ¿hay otro camino que no sea a través del precio que sería limitado, así como injusto?

El estado de Oregón en EEUU ha atraído mucho interés en establecer prioridades en las prestaciones sanitarias para los pacientes de Medicaid. Una comisión ha tratado de elaborar una lista de aproximadamente 700 emparejamientos de diagnósticos-tratamientos clasificados numéricamente desde el servicio médico más valorado y efectivo económicamente al menor, con el beneficio neto añadido para tratar o no a los pacientes, calculado por la posibilidad de supervivencia, cura e incapacidad. La comisión ha corregido la lista sobre la base de juicios influenciados por la salud pública, el número de casos, la eficacia del tratamiento y el coste social de tratar o no un paciente^{48,49}.

Además, los profesionales de la salud, políticos, asociaciones de consumidores y usuarios han participado en la racionalización de los servicios de salud en el estado de Oregón⁴⁹⁻⁵¹. Daniel Fox y H. Leichter han destacado como muy positivo y novedoso la participación de los diferentes agentes sociales en la racionalización de los servicios de

salud, ya que hasta ahora los profesionales de la salud los han repartido en base a sus juicios, pero ellos raramente (algunos dirían nunca) toman decisiones en público, raramente toman decisiones acerca de poblaciones en vez de individuos y nunca lo hacen en colaboración con otros destacados grupos (políticos, usuarios, consumidores, etc.)⁴⁹.

Este tema también ha sido desarrollado en el informe del Comité Holandés, ya mencionado anteriormente. El Comité Holandés se pregunta si la libertad y obligación del médico para asistir al paciente, cuando él/ella se encuentra con buena salud, debe restringirse de alguna forma⁴⁵. La respuesta debe ser sí.

Deberá haber un acuerdo sobre los cuidados a los cuales todo el mundo tendrá derecho y los cuidados con baja prioridad deberán ser excluidos del acuerdo. Los criterios para el acuerdo de los cuidados de la salud para ser financiados por la comunidad deberán ser los siguientes: ¿son necesarios desde el punto de vista de la comunidad? ¿se

han demostrado que son eficaces? ¿son eficientes?⁴⁵.

En el mismo informe una encuesta manifiesta que dos tercios de los médicos holandeses tienen la sensación que muchos de los recursos en los cuidados de la salud se gastan en lo que denominamos medicina con pocas posibilidades, esto es, en pruebas y tratamientos en donde los resultados médicos son insignificantes y dudosos⁴⁵. De ahí que los médicos debieran estar de acuerdo en participar en el desarrollo de protocolos, seguir guías y listas para cuidados apropiados, que serían utilizados para definir por ley qué es lo que el Sistema Nacional de Salud debe proporcionar, como es sugerido en el informe holandés. Este camino parece el más apropiado para el futuro del Sistema Nacional de Salud, así como conduce al centro del problema de la eficiencia y de la crisis que viven los Servicios de Salud y no pone a los grupos con más riesgo, ancianos, crónicos y pobres, en peligro.

Bibliografía

1. Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health spending, delivery, and outcomes in OECD countries. *Health Affairs* 1993;120:3-.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. *Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries*. Paris: OECD, 1987.
3. Barr N, Glennerster H, Le Grand J. *Reform and the National Health Service*. Welfare State Programme Discussion Paper. WSP/32, 1988.
4. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1986.
5. Wennberg J. On the need for outcomes research and the prospects for the evaluative clinical sciences. En: Andersen TF, Mooney G (dirs). *The Challenge of Medical Practice Variations*. London: Macmillan, 1990:158-73.
6. Anónimo. Las innovaciones quirúrgicas a examen [editorial]. *Lancet (ed esp)* 1993; 23: 340-1.
7. McPherson K. Why do variations occur? En: Andersen TF, Mooney G (dirs). *The Challenge of Medical Practice Variations*. London: Macmillan, 1990:16-35.
8. McPherson K. International differences in medical care practices. En: OECD (dir). *Health care systems in transitions. The search for efficiency*. Paris: OECD, 1990: 17-28.
9. Enthoven AC. What can Europeans learn from Americans? En: OECD (dir). *Health care systems in transitions. The search for efficiency*. Paris: OECD, 1990: 57-71.
10. Evans RG. The dog in the night-time: medical practice variations and health policy. En: Andersen TF, Mooney G (dirs). *The Challenge of Medical Practice Variations*. London: Macmillan, 1990:117-52.
11. Roos LL, Brazauskas R, Cohen MM, Sharp SM. Variations in outcomes research. En: Andersen TF, Mooney G (dirs). *The Challenge of Medical Practice Variations*. London: Macmillan, 1990:36-58.
12. Abel-Smith B. Who is the odd man out? The experience of Western Europe in containing the costs of health care. *Health and Society* 1985; 63: 1-17.
13. Navarro V. La relevancia de la experiencia norteamericana en la reforma del Sistema Nacional de Salud Británica. El caso del GP Budget Holding. *Gac Sanit* 1991; 5: 276-83.
14. Woolhandler S, Himmelstein DV. The deterioration of administrative efficiency of the US Health Care System. *N Engl J Med* 1991; 324: 1253-8.
15. Enthoven AC. Reflections on the management of the National Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
16. Abel-Smith B. The rise and decline of the early HMOs: some international experiences. *The Milbank Quarterly* 1988; 4: 695-719.
17. Barr N. Economic theory and the Welfare State: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature* 1992; XXX: 741-803.
18. Hurst J. Reformas sanitarias en Europa. *Libro de ponencias de las XII Jornadas de Economía de la Salud*. Madrid: Asociación de Economía de la Salud, 1992: 67-87.
19. Weiner JP, Ferriss DM. *GP Budget Holding in the UK: lessons from America*. London: King's Fund Institute, 1990.
20. Abel-Smith B. *Cost containment and new priorities in health care*. London: Avebury, 1992.
21. Abel-Smith B, Creese A. *Recurrent costs in the health sector*. Geneva: WHO, 1989.
22. Abel-Smith B. Health insurance in developing countries: lessons from experience. *Health Policy and Planning* 1992; 7: 215-26.
23. Maynard A. Competition in the UK National Health Service: mission impossible? *Health Policy* 1993; 23: 193-204.
24. Evans RG. Reflections on the revolution in Sweden. En: Culyer AJ, Evans RG, von der Schulenburg J-MG, van de Ven WPM, Weisbrod BA (dirs). *International review of the Swedish Health care system*. Stockholm: SNS, 1991: 118-57.
25. Williams A. *Creating a health care market: ideology, efficiency, ethics and clinical freedom*. York: Centre for Health Economics, 1989.
26. Social Services Committee. Fifth report: The future of the National Health Service (House of Commons Paper 613). London: HMSO, 1988.

27. Abel-Smith B. *Cost containment in health care*. London: Bedford Square Press, 1984.
28. Culyer AJ, Posnett J. Hospital behaviour and competition. En: Culyer AJ, Maynard AK, Posnett J (dirs). *Competition in health care. Reforming the NHS*. London: Macmillan, 1990:12-47.
29. Brazier JE, Normand CH. An economic review of the NHS White Paper. *Scottish Journal of Political Economy* 1991; 38: 96-105.
30. Shiell A. Competing hospitals: assessing the impact of self-governing status in the United Kingdom. *Health Policy* 1991; 19: 141-58.
31. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio, 1991.
32. Hurst JW. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs* 1991; 7-21.
33. Secretaries of State for Health. *Working for Patients*. London: HMSO, 1989.
34. Van de Ven WPMM, van Vliet RCJA. *How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?* Zurich: Second World Congress on Health Economics, 1990.
35. Bevan G, Holland W, Mays N. Working for which patients and at what cost? *Lancet* 1989: 947-9.
36. Wennberg JE, Goodman DC, Nease RF, Keller RB. Finding equilibrium in US. Physician supply. *Health Affairs* 1993: 89-104.
37. Prowse M. Why Britain's doctors are up in arms. *Financial Times* 1989: 22 marzo.
38. Glennerster H, Matsaganis M, Owens P. *A foothold for fundholding*. London: King's Fund Institute, 1992.
39. McLachlan G, Maynard A (dirs). *The Public/Private mix in Health Care: the emerging lessons*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982: 513-58.
40. Tomlinson B. Report of the inquiry into London's Health Service. London: HMSO, 1992.
41. van Vliet RCJA, van de Ven WPMM. *Towards a budget formula for competing health insurers*. Zurich: Second World Congress on Health Economics, 1990.
42. Scheffler R. Adverse selection: the Achilles heel of the NHS reforms. *Lancet* 1989: 950-952.
43. Glennerster H, Matsaganis M. The UK health reforms: the fundholding experiment. *Health Policy* 1993; 23: 179-91.
44. Saltman RB, Van Otter C. Planned markets and public competition. Strategic reform in Northern European Health Systems. London: Open University Press, 1992.
45. Government Committee on Choices in Health Care. *Choices in Health Care*. The Netherlands: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.
46. Oliva MP. Expertos en evaluación alertan del uso de técnicas médicas nuevas sin saber su impacto en la salud. *El País* 16 agosto 1993: 17.
47. Welch HG, Fisher ES. Cost-containment efforts in the public sector: Oregon's priority list. En: Gelijns AC (dir). *Medical innovation at the crossroads*, volumen III: *Technology and health care in an era of limits*. Washington, DC: National Academy Press, 1992: 63-75.
48. Garland MJ. Rationing in public: Oregon's priority setting methodology. En: Strosberg MA, Wiener JM, Baker R, Fein IA (dirs). *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and beyond*. Washington, DC: The Brookings Institution, 1992:37-59.
49. Fox DM, Leichter HM. Rationing Care in Oregon: The new accountability. *Health Affairs* 1991: 7-27.
50. Brown LD. The National Politics of Oregon's Rationing Plan. *Health Affairs* 1991: 28-51.
51. Fox DM, Leichter HM. State model: Oregon. The ups and downs of Oregon's Rationing Plan. *Health Affairs* 1993: 66-70.

