



¿Es posible que tengamos un exceso de atención sanitaria?

Can we have too much health care?

■ John N. Lavis y Gregory L. Stoddart

Resumen

La provisión de la atención sanitaria consume una enorme cantidad de recursos en los países industrializados. Sin embargo, la atención sanitaria es solo un factor contribuyente a la salud de las poblaciones, y ésta es uno más entre los factores que determinan el bienestar de las naciones. La posibilidad de reorientar los recursos sanitarios, por ejemplo, hacia la educación, el empleo o unas mejores infraestructuras puede tener un efecto más profundo en la salud y el bienestar de los individuos.

Palabras clave

Atención sanitaria. Salud. Bienestar. Determinantes de la salud.

Abstract

The health care consumes a huge amount of resources in industrialized nations. But health care is only one of several determinants of health; and health is only one of many determinants of wellbeing of nations. The possibility of redirecting resources, e.g., from the health care sector to education, employment or better infrastructures may have a more profound impact on the health and wellbeing of individuals.

Key words

Health care. Health. Wellbeing. Determinants of health.

John N. Lavis trabaja como investigador en el Centre for Health Economics and Policy Analysis y en el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad McMaster, Canadá, y es investigador colaborador del Institute for Clinical Evaluative Sciences en Toronto, Canadá. Gregory L. Stoddart es catedrático de Economía de la Salud en el Centre for Health Economics and Policy Analysis y en el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad McMaster, Canadá. El presente texto es una traducción autorizada del artículo: Lavis JM, Stoddart GL. Can we have too much health care? *Daedalus*, 1994;123(4):43-60. © 1994, American Academy of Arts and Sciences. La traducción es de Assumpta Mauri Mas.

■ La atención sanitaria utiliza recursos. En la mayor parte de las naciones industrializadas tal uso es de gran magnitud y, en muchas naciones, los gastos debidos a la atención sanitaria han aumentado a una velocidad superior a las tasas de crecimiento económico en los últimos tiempos. Ello ha propiciado tensiones económicas y políticas en los gobiernos, preocupados por mantener sus sistemas sanitarios, independientemente de la relación pública/privada en la financiación y provisión de atención sanitaria [1].

Estas tensiones han ido empeorando debido a la importante expansión interna, una característica universal de la “industria” de la atención sanitaria. Esta expansión, a su vez, es sustentada por varios factores, incluyendo la actitud de sus proveedores, quienes con frecuencia “dan por sentado que su trabajo es más importante que cualquier otra actividad a la que la sociedad pueda dedicar sus recursos” [2].

Otro factor importante, pese a las evidencias acumuladas —y que se siguen acumulando— en sentido contrario, es el punto de vista de que la atención sanitaria juega un papel fundamental en la salud [3]. La figura 1 representa un esquema simplificado de este popular punto de vista. En este modelo, denominado *sistema de calefacción*, los individuos enferman o se lesionan por diversas razones externas y no especificadas. Entonces acuden al sistema sanitario, el cual interpreta sus necesidades de asistencia desde un punto de vista profesional y responde suministrando los servicios “necesarios” dentro de las vías institucionales de acceso y pago existentes, quedando así, merced a los programas o servicios sanitarios, reducida la carga de la enfermedad en estos individuos. El sistema de atención sanitaria puede ser considerado como un sistema compuesto por un termostato y un calentador: la respuesta a las temperaturas más frías (más enfermedad) sería aumentar la producción de calor (proporcionar más atención sanitaria), de modo que la política sanitaria se convierte en la realidad en política de *atención* sanitaria.

Un marco conceptual más adecuado para tener en cuenta los determinantes de la salud resulta, a la vez, más complejo y más sutil. En la figura 2 se presenta un marco de este tipo, en el que se considera que tanto el ambiente social y físico, la dotación ge-

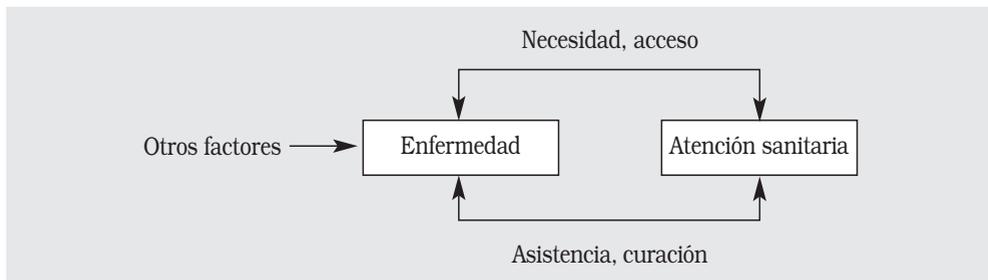


Figura 1. Una visión (demasiado) simple de los determinantes de la salud. De Evans RG, Stoddart GL. *Producing health, consuming health care. Social Science & Medicine* 1990;31(12):1350.

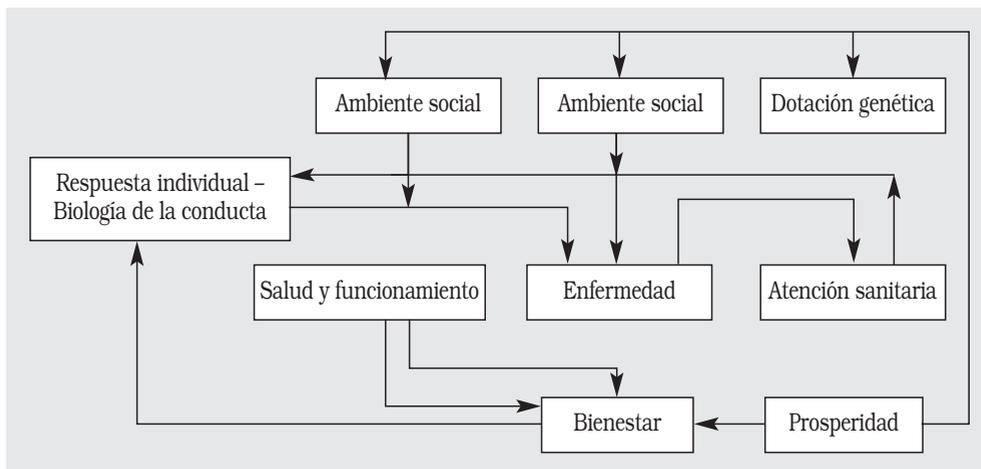


Figura 2. Un marco conceptual más amplio de los determinantes de la salud. De Evans RG, Stoddart GL. *Producing health, consuming health care. Social Science & Medicine* 1990;31(12):1359.

nética de un individuo y la atención sanitaria constituyen determinantes generales de la salud. Los efectos de estos determinantes, sean positivos o negativos, tienen lugar gracias a las respuestas biológicas y conductuales de los individuos. Por ejemplo, la red social de un individuo (familia, amigos y colaboradores) puede tener un efecto positivo sobre la salud a través de mecanismos biológicos que hoy sólo son comprendidos en parte por los científicos. Esta misma red social puede tener también un efecto negativo sobre la salud si contribuye a la aparición o persistencia del hábito de fumar. En este modelo se distingue entre la enfermedad, tal como el sistema de atención sanitaria la reconoce y responde a ella; y entre salud y funcionamiento, tal como son experimentados por el individuo. Frecuentemente, la salud y el funcionamiento percibidos por uno mismo pueden ser más importantes para la actividad social y el bienestar del propio individuo. El modelo también asume la existencia de un orden objetivo superior, a saber, el bienestar, a su vez influenciado por muchos factores.

En este marco hay que señalar dos características importantes. En primer lugar, la *atención sanitaria* es tan sólo uno de los diversos determinantes de la salud. Y, en segundo lugar, la *salud* es únicamente uno de los numerosos determinantes del bienestar. Cuando la atención sanitaria y la salud se contemplan en este contexto más amplio, queda claro que las políticas, programas o servicios dirigidos a grupos sociales o a toda una población pueden ser tan importantes como los dirigidos a individuos, que son el objetivo habitual de los programas o de los servicios de atención sanitaria. Además, las políticas, programas o servicios en sectores distintos al de la sanidad pueden tener efectos sobre la salud y el bienestar (bien como objetivo o bien como consecuencia).

Los programas de seguridad industrial y las regulaciones en política ambiental constituyen dos ejemplos de líneas de actuación pública que tienen objetivos específicos en cuanto a la salud. Estas políticas están claramente dirigidas a los trabajadores de la industria y el público en general, respectivamente. Los subsidios para vivienda y guarderías constituyen ejemplos de líneas de actuación pública elaboradas por razones distintas a la salud y que, sin embargo, pueden tener importantes consecuencias sobre la misma. Estas líneas o programas compiten con la atención sanitaria en cuanto a los recursos. Así, por ejemplo, con el aumento presupuestario de 350 millones de dólares canadienses para los hospitales de la provincia de Ontario en el año fiscal 1990-1991 se podrían haber creado 70.000 viviendas más con un alquiler proporcionado a los ingresos, o subvencionar guarderías para 547.000 niños [4].

La figura 2 se elaboró “con el fin de proporcionar categorías significativas en las cuales introducir los diversos tipos de fenómenos que están surgiendo como diferentes determinantes de la salud” [5]. La forma de encuadrar el problema es importante porque determina qué tipos de certezas se consideran relevantes y cuáles se ignoran o descartan, y también el elenco de temas digno —o que probablemente lo sea— de ser discutido. A este respecto, la progresión desde el punto de vista del *sistema de calefacción* de los determinantes de salud en la figura 1, hasta el punto de vista más amplio de la figura 2, con sus complejas interacciones e intercambios, plantea una cuestión de creciente importancia: *¿Es posible que tengamos un exceso de atención sanitaria?*

Resulta fácil tildar esta pregunta de revolucionaria. Sin embargo, este ensayo no trata de negar la significativa contribución de la atención sanitaria a la salud ni menospreciar la entrega de sus proveedores. La discusión que aquí se plantea trata más bien de proporcionar equilibrio y perspectiva —una pequeña “voz del otro lado”— sobre el afán insaciable que aparentemente tienen los sistemas sanitarios por conseguir más recursos, lo que nos recuerda que la atención sanitaria, como todas las actividades que utilizan recursos, tiene costes de oportunidad.

La forma en que se ha planteado este posible problema constituye un campo minado para ulteriores cuestiones, definiciones y juicios de valor. Entre las más importantes se pueden señalar: ¿Qué es lo que se está produciendo (atención sanitaria, salud o bienestar)?; y, ¿con qué vara de medir se juzga que hay un exceso, y quién lo juzga así?

La “atención sanitaria” es interpretada, de forma bastante tradicional (y puede que algunos consideren que con estrechez de miras), como el conjunto de servicios proporcionados con el objetivo principal de restablecer, mantener o mejorar la salud. Ésta se define como la ausencia de circunstancias biológicas adversas asociadas a la enfermedad o a la incapacidad. La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” es tan amplia como para hacer que toda actividad humana esté en relación con la salud y que toda política sea de naturaleza sanitaria. Por consiguiente, en este artículo, en lugar de utilizar la definición de salud de la OMS, utilizaremos el término *bienestar (well-being)*.

La vara de medir con que se va a juzgar la producción en este escrito es la de la eficiencia (*efficiency*), incluyendo el valor o precio. Los tres criterios a utilizar corresponden a los tres niveles de eficiencia de la teoría económica: la eficiencia técnica (*technical efficiency*), el coste-efectividad (*cost-effectiveness*) y la eficiencia de la distribución (*allocative efficiency*). La producción es técnicamente ineficiente o con una baja relación coste-efectividad si puede conseguirse el mismo *output* con menos *inputs*¹, o con insumos que resulten menos caros, respectivamente. La producción es ineficiente en relación a la asignación económica si es posible conseguir un mismo nivel de servicios, o una combinación de los mismos con el mismo valor, pero utilizando menos recursos.

En la figura 3 se esquematiza una posible clasificación de los distintos modos de tener demasiada atención sanitaria. La clasificación se define (horizontalmente) por lo que se está produciendo (atención sanitaria, salud o bienestar) y (verticalmente) por la eficien-

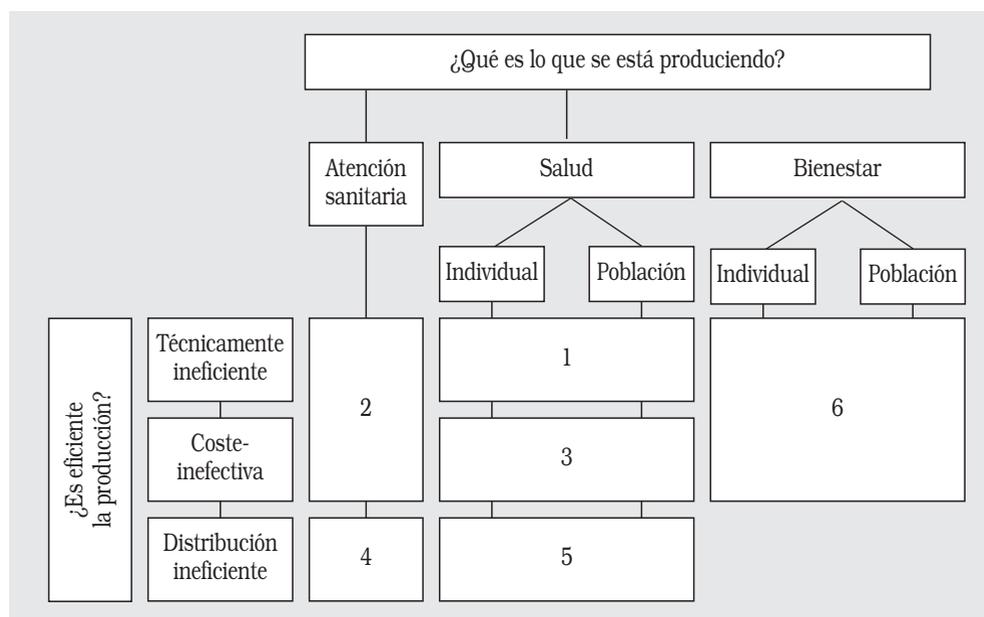


Figura 3. Clasificación de posibilidades de dedicar demasiados recursos a la atención sanitaria. 1, una atención sanitaria que no resulta efectiva; 2, una atención sanitaria efectiva que resulta más costosa de lo necesario; 3, la salud es más costosa de lo necesario; 4, la atención sanitaria se valora menos que su coste; 5, la salud se valora menos que su coste; 6, el bienestar es más costoso de lo necesario.

¹N. de la T. La palabra inglesa *output*, aunque muy empleada en la literatura económica en español, se ha traducido, según el contexto, como “producto”, “bien” o “servicio”; e *input* como “insumo”.

cia de la producción. Dado que la producción de salud o bienestar puede recibir distintos enfoques según que el acento se ponga en el individuo o en el grupo, las columnas se subdividen de acuerdo con este criterio.

Aunque la clasificación pueda resultar muy útil como mecanismo conceptual, hay que tener cuidado de no hacer distinciones excesivamente finas. Según cambia la naturaleza del “producto” (atención sanitaria, salud o bienestar), puede cambiar la denominación de la celdilla, pero el problema económico fundamental (cómo distribuir los recursos escasos) no va a verse afectado. Además, muchas de estas celdillas pueden evaluarse mejor cuando se consideran en conjunto. Ello nos deja seis modos de tener demasiada atención sanitaria (es decir, de dedicarle demasiados recursos) si nuestro objetivo primario es el de la salud o el bienestar.

I. *Una atención sanitaria que no resulta efectiva.* Si la atención sanitaria no está cumpliendo la función que se le supone (es decir, restablecer, mantener o mejorar la salud de un individuo o de una población), los recursos dedicados a ella se están malgastando [6]. En términos económicos, no se ha elaborado un “producto final” (la salud) aunque se haya originado un “producto intermedio” (la atención sanitaria). El fracaso de los programas o los servicios de atención sanitaria en la consecución de sus tareas puede aparecer de diferentes formas y por distintas razones. En realidad, algunos programas o servicios pueden poner en peligro a los pacientes, o hacer más mal que bien, y otros pueden resultar inefectivos. También puede darse el caso de que una prestación por lo demás efectiva deje de serlo porque es aplicada en circunstancias clínicas “inadecuadas” (es decir, cuando no esté médicamente justificada).

En el estudio de Harvard sobre efectos adversos, donde se definen como lesiones causadas por el tratamiento médico, aparecieron efectos “yatrogénicos” en el 3,7% de las hospitalizaciones; efectos que dieron lugar a lesiones permanentes en un 2,6% de los casos y ocasionaron la muerte en el 13,6% de los afectados [7]. Iván Illich ha llevado la discusión sobre estos efectos más allá de la yatrogenia clínica al entender que los efectos perjudiciales de la atención sanitaria repercuten sobre la sociedad. Este autor describe la yatrogenia social como el efecto de expropiación de salud por la organización social de la medicina. Y ve en la medicalización de la prevención un síntoma de la yatrogenia, pues la responsabilidad que tiene un individuo en relación a su futuro es asumida por una agencia. Asimismo, Illich describió la yatrogenia cultural, a la que definió como la transformación de lo que el dolor, la decrepitud y la muerte tienen de desafío personal, en un problema técnico que requiere soluciones técnicas por parte del sistema sanitario [8]. El punto de vista de Illich, aunque no es ampliamente aceptado, subraya la necesidad de comprender de una manera más amplia los efectos potencialmente perjudiciales de la asistencia sanitaria.

Al igual que sucede con la yatrogenia clínica, la provisión de una atención sanitaria inefectiva rara vez es intencional. Con frecuencia falta la información relativa a la efectividad, o bien los proveedores de la misma no pueden acceder a dicha información fácilmente (o, en los casos en que se dispone de ella, no es interpretada adecuadamente).

Un compendio sobre asistencia en el embarazo y en el parto publicado recientemente sugiere que, de las 282 formas de asistencia evaluadas, 125 precisan de ulterior evaluación y 60 han de ser abandonadas a la vista de las pruebas de que se dispone [9]. No se han emprendido revisiones sistemáticas sobre la certidumbre existente en relación a la efectividad de las prestaciones clínicas (o bien no han sido completadas en el caso de que se hayan emprendido) para otras especialidades clínicas. Sin embargo, incluso en los casos en que se dispone de la información, la forma en que ésta es presentada a los médicos puede afectar a la toma de decisiones terapéuticas. Por ejemplo, se ha demostrado que es más probable que los médicos traten a los pacientes con hipertensión cuando los beneficios se expresan como un cambio “relativo” del riesgo de muerte (20,3%), en lugar de como un cambio absoluto “equivalente” (desde el 7,8% hasta el 6,3%) [10]. También pueden tener influencia sobre las decisiones relativas al tratamiento factores distintos a la información sobre la efectividad (como el miedo a una denuncia o el método de reembolso). Por ejemplo, los investigadores han demostrado que hay una asociación positiva entre el riesgo de que se produzca una reclamación por mala práctica y la tasa de partos por cesárea [11]. También puede considerarse la efectividad de la atención sanitaria a nivel de toda una población. Los estudios que asocian los servicios de atención sanitaria y sus resultados sobre la salud arrojan pocas dudas acerca de la efectividad de los servicios de atención sanitaria en su conjunto [12].

Resulta inadecuado proporcionar asistencia sanitaria a un paciente que no satisfaga las indicaciones para las que una intervención específica ha demostrado ser eficaz. Lo que se ha podido constatar, por ejemplo, entre el 4 y el 27% de las angiografías coronarias realizadas; entre el 2 y el 16% de los *bypass* coronarios; entre el 13 y el 32% de las endarterectomías carotídeas, y entre el 11 y el 24% de las endoscopias digestivas [13]. De ahí que pueda afirmarse que se proporciona una cantidad no despreciable de servicios que, aunque son eficaces, van dirigidos a pacientes que no van a beneficiarse de ellos.

II. *Una atención sanitaria efectiva que resulta más costosa de lo necesario.* La atención sanitaria resulta “costosa” cuando es posible obtener la misma cantidad de servicios consumiendo menos insumos, ya sea mediante otros recursos técnicos o menos recursos físicos (personal, servicios, instalaciones, o conocimientos y habilidades). Por la misma razón, una forma de utilización distinta, o una combinación de los recursos que ya se hayan destinado a la atención sanitaria, podría proporcionar un producto superior (es decir, más servicios) con la misma cantidad de insumos. Por ejemplo, debido a la duplicación de departamentos administrativos y de personal, los costes administrativos en EE UU equivalen a más del doble de los de Canadá [14]. Además, los hospitales pueden tener una baja tasa de ocupación y los laboratorios pueden tener prolongados períodos de escasa actividad. Las reformas de la política sanitaria que reducen los costes de la burocracia o que recortan el exceso de capacidad pueden significar un ahorro importante (o bien permitir un mayor nivel de servicios).

Lo “costoso” puede definirse también en términos monetarios, teniendo en cuenta los precios de los insumos dedicados a atención sanitaria. En este caso, la salud es consi-

derada costosa si puede obtenerse la misma cantidad de servicios con un menor gasto. En otras palabras, aunque los servicios puedan ser efectivos, no son coste-efectivos. Así, la provisión de atención sanitaria es más costosa de lo que debiera ser si los mismos servicios pueden ser proporcionados por un proveedor menos caro pero igualmente eficaz. Se ha calculado que si se aprovechara todo el potencial de las enfermeras en el sistema de salud canadiense (dada la certidumbre que hay sobre lo seguro y efectivo que es su trabajo), se produciría un ahorro del 10 al 15% en los servicios médicos en general y del 16 al 24% en los servicios ambulatorios [15]. La provisión de atención sanitaria también puede ser más costosa de lo necesario si es proporcionada en un contexto que absorba más capital del necesario. Los cálculos relativos al número de días de hospitalización innecesarios para cuidados no agudos oscilan entre el 20-48% para los adultos y el 5-21% para los niños [16]. Los cuidados asistenciales durante ese superávit de jornadas de hospitalización podrían haberse proporcionado en residencias geriátricas, ambulatorios u otras instancias que consuman menos recursos.

III. *La salud es más costosa de lo necesario.* La atención sanitaria es únicamente un producto intermedio. La razón por la que se le dedican recursos es por su capacidad de contribuir a otro proceso de producción: un bien que es la salud. Al igual que puede proporcionarse una atención sanitaria más o menos costosa (tanto en sentido técnico como en sentido monetario), también es posible producir salud de forma más costosa de lo necesario. Una vez que se acepta que la atención sanitaria es uno de los determinantes de la salud, resulta evidente que el concepto “demasiados recursos dedicados a la atención sanitaria” también puede referirse al hecho de que es posible alcanzar un nivel específico de salud reduciendo gastos en ciertos tipos de atención sanitaria frente a otros, o bien gastando menos en asistencia sanitaria y más en otros factores contribuyentes a la salud. Consideremos, por ejemplo, que disponemos de un presupuesto fijo de un millón de dólares y los años de vida que pueden comprarse con ese dinero. Gastándolo en controlar a pacientes de bajo riesgo en unidades de asistencia coronaria podrían comprarse tres años; prescribiendo propranolol a los que tengan una tensión arterial media o alta podrían comprarse 73 años; y llevando a cabo intervenciones de *bypass* en varones de mediana edad con afectación de la arteria coronaria izquierda podrían ganarse 134 años [17]. Es posible realizar una práctica similar mediante medidas de salud, como la mejora del estado funcional o la de la calidad de vida. Sin embargo, es importante tener en cuenta quién recibe estos años o a quién va dirigida la mejora del estado funcional y de la calidad de vida porque este tipo de análisis no tiene en cuenta este aspecto [18].

Incluso en los casos en que la atención sanitaria tiene una buena relación coste-efectividad puede considerarse que compite por recursos que podrían dedicarse a otras actividades que también contribuyen a la salud [19]. Entre los pocos ejemplos que pueden aportarse de investigaciones empíricas que comparan la asistencia sanitaria con otras estrategias encaminadas a producir salud fuera del sistema de atención sanitaria, uno llamativo es el de comparar el índice coste-eficacia de seis métodos para reducir la

mortalidad infantil: la planificación familiar en adolescentes; un programa de suplementos nutritivos para mujeres, lactantes y niños; la existencia de centros de salud en la comunidad que tengan proyectos de atención materno-infantil; el aborto; los cuidados prenatales, y los cuidados intensivos neonatales. Así, se vio que iniciar precozmente los cuidados prenatales era el método que tenía un mayor índice coste-efectividad; que los cuidados neonatales eran de los que poseían un menor índice coste-efectividad; y que los programas de suplementos nutritivos entraban sistemáticamente entre los de mayor coste-efectividad [20].

La necesidad de seguir desarrollando estrategias que produzcan salud más allá del sistema formal de atención sanitaria viene dada por comparaciones internacionales sobre el desembolso total en salud y los indicadores de salud de la población. Por ejemplo, en 1991, Japón, Canadá y EE UU dedicaron el 6,8, 10,0 y 13,2%, respectivamente, de su producto interior bruto (PIB) al sector sanitario [21], con un patrón de tasas de mortalidad inverso a lo que cabría esperar a tenor de sus desembolsos: la mortalidad fue, respectivamente, de 4,6, 6,8 y 9,1 por cada 1.000 nacidos vivos en Japón, Canadá y EE UU. Si bien estos indicios distan de tener un carácter definitivo, algunos países (como Japón) parecen producir “más” salud aportando menos recursos al sistema sanitario.

IV. *La atención sanitaria se valora menos que su coste.* Hasta ahora, las interpretaciones que se han hecho a la posibilidad de tener “demasiada” atención sanitaria se han basado únicamente en consideraciones relativas a la producción (desde la perspectiva de la oferta). Por una u otra razón, la producción de atención sanitaria, o la salud obtenida en conjunción con otros determinantes, ha sido más costosa de lo necesario. Pero tanto el coste como la oferta tan sólo constituyen un aspecto de una visión económica más global. El que algo se consiga o pueda conseguirse con una buena relación coste-efectividad, no significa que deba ser producido de manera absoluta o con un determinado nivel de producción. El enjuiciamiento sobre su conveniencia depende de una evaluación de los beneficios, así como de los costes (es decir, del “valor”) y las oportunas consideraciones relativas al consumo (por parte de la demanda). En otras palabras, los beneficios relativos a la atención sanitaria han de ser evaluados en relación a sus costes.

Este proceso de evaluación resulta mucho más difícil en el caso de la atención sanitaria que en el de otros bienes o servicios. Es característico el hecho de que los precios, que normalmente relacionan el coste de los recursos utilizados en producir un bien o servicio con su valor para los consumidores, no existen en los mercados de la atención sanitaria debido a los seguros o a una amplia financiación pública. Además, los criterios utilizados para juzgar si distintas asignaciones de recursos para la atención sanitaria son “mejores” o “peores” son complejos y resultan controvertidos [22]. Pese a estas dificultades de índole práctica, no parece errado pensar que si los que la reciben o la pagan perciben que los beneficios de tales asignaciones son inferiores a sus costes [23] (dejando a un lado otras cuestiones), se está produciendo y consumiendo “demasiada”

asistencia. Lo que puede significar que se dedican demasiados recursos a la sanidad en su conjunto; o bien —con mayor probabilidad— que se dedican demasiados recursos a ciertos servicios médicos, o que el *mix* de bienes producidos en la atención sanitaria es incorrecto.

A nivel individual, las evaluaciones acerca de los beneficios con relación a los costes varían según se mire desde la óptica de los pacientes o los proveedores. Además, las valoraciones de los propios pacientes pueden cambiar de acuerdo con la forma en la que se les presente la información. Por ejemplo, la percepción que tienen los varones acerca de las molestias provocadas por la hipertrofia prostática benigna y su inclinación a someterse al riesgo de una intervención parecen diferir de las de sus médicos. Los resultados preliminares han mostrado que, entre los pacientes que utilizaron vídeos interactivos que explican las opciones de tratamiento y los riesgos asociados, un 25% de los que preferían la extirpación quirúrgica de la próstata, tras tratar el tema con su médico cambiaron de opinión y optaron por “esperar y ver” [24]. Los estudios llevados a cabo acerca de las preferencias de los pacientes sobre las terapéuticas para el cáncer de pulmón han demostrado que el atractivo de la cirugía frente a la radioterapia era claramente superior, cuando el problema se planteaba en términos de cuál era la probabilidad de sobrevivir frente a la de fallecer [25].

Los beneficios de la atención sanitaria también pueden considerarse inferiores a su coste cuando hay distintos grupos afectados. El esfuerzo que hizo el estado de Oregón de ampliar la cobertura sanitaria, en el marco de un presupuesto limitado, es un ejemplo de cómo se solicita a los ciudadanos que expresen cuáles son sus valores y, consecuentemente, asignar prioridades [26]. El resultado de este proceso fue recomendar la supresión de algunos servicios sanitarios incluidos en la cobertura que proporcionaba el seguro.

V. *La salud se valora menos que su coste.* Tanto el beneficio primario de la atención sanitaria como la razón por la que ésta se valora descansan en su contribución a la salud. Aunque la percepción de ésta también está sujeta al “valor” que se le dé. Es posible que la salud producida por la atención sanitaria y por otros determinantes de ella —que consumen recursos— no se valore tanto como otros bienes que podrían haberse conseguido con dichos recursos. En otras palabras, sería posible mejorar el *mix* de las prestaciones sanitarias frente a otros servicios (como bienes de consumo, educación, seguridad y justicia), o bien el *mix* de los distintos servicios de salud.

Las voluntades anticipadas constituyen un destacado ejemplo de la evaluación de la salud en relación a su coste. Tales voluntades especifican la asistencia médica que desea recibir (o que no desea recibir) un individuo cuando ya no es capaz de decidir por sí mismo. Una revisión sobre pacientes ambulatorios de las consultas de médicos de atención primaria demostró que la mayor parte de los pacientes deseaba tomar tales decisiones, y que rechazarían tratamientos de soporte vital si se encontraran en estado vegetativo permanente o con una demencia en el seno de una enfermedad terminal [27]. Estas situaciones son menos valoradas que los costes (no monetarios) del tratamiento de soporte vital.

Podemos ver otros ejemplos habitualmente menos llamativos sobre el valor de la salud a la hora de tomar decisiones en el sector público. Así, cuando los gobiernos locales, regionales o nacionales deciden, por ejemplo, mejorar la calidad de la educación aumentando el índice de profesores por alumno en lugar de reducir la carga que llevan consigo las enfermedades contagiosas mediante un programa de inmunización universal, implícitamente —y también explícitamente— están valorando más la mejora de la educación que la de la salud.

VI. El *bienestar es más costoso de lo necesario*. Al igual que puede decirse que la atención sanitaria no es más que un determinante de la salud, también puede afirmarse que ésta es únicamente un determinante del bienestar [28]. Por consiguiente, en principio es posible producir bienestar con más o menos coste, dependiendo del nivel de salud y de otros insumos utilizados, y los costes asociados a cada cosa. Puede considerarse que se dedican demasiados recursos a la atención sanitaria si el nivel de salud resultante es excesivamente elevado; en otras palabras, si un menor nivel de salud o un mayor nivel de otros factores contribuyentes pudieran aumentar el bienestar. Este último es el objetivo hacia el que finalmente contribuyen tanto la salud como aquellos factores que compiten con ella por los recursos. Y frente a este bienestar se juzga el valor de aquello que contribuye a su consecución. En realidad, esta máxima jerarquía es la “meta final” porque probablemente: ¡no es posible disponer de un bienestar excesivo!

Además, hay que tener en cuenta que en los debates sobre política sanitaria que han tenido lugar en las últimas décadas en los países industrializados, la “meta final” ha sido la atención sanitaria; de ahí que el debate se haya centrado en los medios y el coste de su producción.

El amplio espectro de determinantes de la salud presentado en la figura 2 permite estudiar en este escrito una cuestión muy distinta. Se definió que la meta final era la salud (como insumo para lograr el bienestar) o el propio bienestar; de ahí que nuestras pesquisas vayan orientadas a los medios y al coste de su producción.

Evidentemente, la cuestión de si es “posible” que dediquemos demasiados recursos a la atención sanitaria es completamente distinta de la de si “realmente” se los dedicamos. La clasificación y los ejemplos utilizados en este ensayo han demostrado que es posible llegar a tener un exceso de atención sanitaria. Pero si “realmente” le dedicamos o no demasiados recursos de hecho depende de la valoración social acerca de qué es el bienestar, de la equidad de las redistribuciones de recursos que comportaría un menor nivel de atención sanitaria, y del peso de las pruebas relevantes que existen con relación a cualquier celdilla concreta representada en la figura 3.

Ciertas medidas de la “salud” como la esperanza de vida son bien conocidas y podemos utilizarlas rutinariamente. La medida del bienestar depende del enjuiciamiento social acerca de cuáles son sus componentes. Así, con frecuencia, los economistas consideran el PIB *per cápita* de un país como medida de “satisfacción”, un concepto análogo al de bienestar. Pero un índice de producción es una medida muy pobre, ya que existen otras características claramente prominentes en relación al bienestar social: la esperanza de vida

[29], la alfabetización, la igualdad en cuanto a los ingresos y la seguridad personal, por nombrar solo algunos. La relativa contribución de estos determinantes del bienestar puede variar a lo largo del tiempo y entre los grupos sociales. Sin embargo, es necesario emitir un juicio social acerca de qué es lo que constituye el bienestar si éste es uno de los objetivos frente a los que se pondera el desembolso en atención sanitaria.

La justicia —denominada con frecuencia “equidad” por los analistas políticos— de las distribuciones de recursos alternativos también precisa de la valoración social. La clasificación de la figura 3 enmascara estas cuestiones complejas respecto a la equidad de la distribución de los beneficios y de los costes vinculados a la atención sanitaria, y a otras iniciativas. No es fácil referirse a una población en su conjunto, ni en la teoría ni en la práctica, porque los individuos no tienen los mismos recursos, necesidades o preferencias. Las políticas que pueden “mejorar” el rendimiento, en el sentido de eliminar las ineficiencias en algunas de las celdillas de la figura 3 o en todas ellas, no son inequívocamente “mejores”, pues tal juicio está en manos de la sociedad.

Incluso disponiendo de juicios sociales acerca de los elementos constituyentes del bienestar y la equidad de las distribuciones de la atención sanitaria, las respuestas a la cuestión de si “realmente” dedicamos demasiados recursos a la atención sanitaria se ven limitadas por la falta de información con relación a la producción de salud y de bienestar. La disponibilidad de pruebas necesarias para documentar este debate y el peso de las mismas varía ampliamente entre las celdillas de la figura 3. Una bibliografía empírica razonablemente amplia, indica que realmente dedicamos demasiados recursos a ciertos aspectos de la atención sanitaria (como en el caso de una asistencia sanitaria inefectiva o de una que, aunque sea efectiva, resulte más costosa de lo necesario). Pero existen pocos estudios empíricos sobre los complejos intercambios entre distintas combinaciones de insumos que comportan menos cantidad de atención sanitaria y más de “otros factores” que también contribuyen a la salud; o menos cantidad de salud y más de “otros factores” contribuyentes al bienestar.

El coste de oportunidad asociado al gasto en atención sanitaria equivale al valor de las “otras cosas” que podrían haberse adquirido con los recursos disponibles. Las oportunidades perdidas debido al gasto en atención sanitaria incluyen iniciativas en otros sectores que (ya sea como objetivo o como consecuencia) pueden tener efectos sobre la salud y el bienestar. Tal vez la oportunidad perdida que resulta más chocante es la de haber dedicado más recursos a actividades que favorezcan el crecimiento económico, el cual, a su vez, aumentaría la capacidad de la economía para mantener los gastos sanitarios en el futuro y aumentaría la salud y el bienestar (actuando directa o indirectamente sobre ambos al mejorar la salud). La cuestión sobre *cómo* los gastos en atención sanitaria afectan al crecimiento económico tiene más preguntas que respuestas.

Puede aducirse que el gasto en atención sanitaria representa una “inversión” en salud que aumenta la capacidad de los individuos para producir bienes y servicios. No obstante, la concentración cada vez mayor de atención sanitaria en personas que ya no son trabajadores, como los enfermos crónicos o las personas de edad muy avanzada, hace

que éste sea un argumento débil [30]. A veces se afirma que otro efecto positivo del gasto en asistencia sanitaria es que crea empleo. Pero muchos afirmarían que si los empleos que se crean son los que tradicionalmente van asociados al sector de la atención sanitaria —como los proveedores de la misma y su personal de apoyo—, tal gasto representa más bien una redistribución que un crecimiento.

Sin embargo, también puede afirmarse que “otras iniciativas”, tales como el ahorro y la inversión, que pueden haberse visto reducidas debido al gasto en atención sanitaria, podrían haber desembocado en el sistema de I+D o en otras acciones que contribuyeran al crecimiento económico. Además, el sector de la atención sanitaria emplea a muchos individuos con talento que podrían haber hecho importantes contribuciones a estas actividades. Desde este punto de vista, el gasto en atención sanitaria tiene un elevado coste de oportunidad porque amenaza el mecanismo de crecimiento que en el futuro proporcionará la capacidad de sostener la infraestructura social (incluyendo el sistema de asistencia sanitaria) esencial para la salud y el bienestar.

Incluso el *World Competitiveness Report*², elaborado por el *World Economic Forum*, ha ido cambiando de opinión en respuesta a la cuestión de si los gastos en salud tienen un efecto neto positivo o negativo sobre la competitividad (y, por consiguiente, sobre el crecimiento económico). Ésta es una publicación muy citada que trata de determinar anualmente hasta qué punto “el entorno nacional beneficioso o perjudicial para la competitividad doméstica y global de las empresas que operan en un determinado país”. En 1991, Canadá fue el país mejor puntuado en cuanto a la atención sanitaria por su calidad y disponibilidad para los trabajadores por cuenta ajena y sus familias. El punto de vista adoptado por el informe fue que “un gran gasto conduce a la competitividad mientras mantenga sanos y productivos al conjunto de trabajadores” [31]. Sin embargo, en 1992, Canadá ocupó el decimotercero puesto en cuanto a los siguientes criterios relacionados con la salud: desembolso en salud por parte del gobierno central, población por médico y población por enfermera [32]. No se dio ninguna explicación para esta repentina reevaluación, pero sí puede afirmarse que el punto de vista del *Forum* relativo al gasto en asistencia sanitaria había cambiado.

La relación entre el gasto en asistencia sanitaria y el crecimiento económico tan solo constituye un ejemplo de intercambio que conlleva una menor cantidad de atención sanitaria y una mayor cantidad de “otros factores” contribuyentes a la salud o el bienestar. Para evaluar las estrategias productoras de salud más allá del sistema formal de atención sanitaria hay que desarrollar y aplicar métodos de evaluación económica intersectorial. Ello permitiría comparar los costes de las estrategias alternativas

²N. del T. Informe anual que evalúa la eficiencia de los gobiernos en función de varios indicadores económicos y financieros nacionales, y elabora un ranking de los mismos. En el último informe disponible (2008-2009), España ocupaba el puesto número 29 en competitividad mundial, precedida, además de los consabidos, por países como Malasia, Corea, Chile o Arabia Saudita (véase: www.weforum.org).

(como el de volver a formar a los parados para que consigan un empleo frente al coste del tratamiento farmacológico para la depresión) con una medida común de los efectos (como las mejoras conseguidas en cuanto a la calidad y la esperanza de vida en relación con la salud).

Estos intercambios o equilibrios raramente explicitan si la asistencia sanitaria constituye el objetivo principal y si la política sanitaria sigue siendo fundamentalmente una política de atención sanitaria. Por ejemplo, se presta poco interés a la posibilidad de re-dirigir los recursos desde el sector de la atención sanitaria al de las guarderías subvencionadas o a inversiones destinadas a lograr crecimiento económico; sin embargo, estos cambios pueden tener un efecto más profundo sobre la salud y el bienestar de los individuos de lo que es posible conseguir gracias al sistema de atención sanitaria. La sabiduría popular yerra cuando enjuicia la importancia de los sistemas de salud con estrechez de miras. De modo que podemos afirmar que es posible llegar a tener algo bueno en exceso.

Agradecimientos

Queremos agradecer a Jeremiah Hurley, Jonathan Lomas, el *Polinomics Group* de la Universidad y a los participantes en el *Honda Foundation Discoveries Symposium* sus estimulantes comentarios a una versión anterior de este artículo, y asumimos la responsabilidad por los errores u omisiones que pudieran persistir en la versión publicada.

Bibliografía y notas

1. No existe en ninguna parte del mundo industrializado un sistema de atención sanitaria exclusivamente privado, aunque sí hay modelos con financiación pública y —en gran parte— privada (como el sistema canadiense). El porcentaje de financiación pública presenta considerables variaciones: desde el 36% y el 42% de Turquía y Estados Unidos, respectivamente, hasta el 90% o más de Suecia, Luxemburgo y Noruega en 1990. Canadá y Japón, con el 73% y 72%, respectivamente, se encuentran en la parte media de las mediciones realizadas por la OCDE. Véase: Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. U.S. Health Expenditure Performance: An International Comparison and Data Update. *Health Care Financ Rev.* 1992 Summer;13(4):1.
2. Evans RG. Health Care Reform: 'The Issue from Hell'. *Policy Options.* 1993, Jul-Aug;38.
3. Evans RG, Stoddart GL. Producing Health, Consuming Health Care. *Soc Sci Med.* 1990;31(12):1347-1363.
4. Labonte R. Health Care Spending as a Risk to Health. *Can J Public Health.* 1992;81:251-252.
5. Evans RG, Stoddart GL. Producing Health, Consuming Health Care. *Soc Sci Med.* 1990;31(12):1349.
6. Véase una tipificación del despilfarro que incorpora algunos elementos de la clasificación desarrollada en este artículo en: Blustein J, Marmor TR. Cutting Waste by Making Rules: Promises, Pitfalls, and Realistic Prospects. *Univ PA Law Review.* 1992 May; 140(5):1543-1572.

7. Brennan et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med.* 1991;324:370-376.
8. Illich I. *Limits to Medicine.* London: Penguin Books. 1976.
9. Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds.). 1st ed. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Oxford: Oxford University Press. 1989.
10. Forrow L, Taylor WC, Arnold RM. Absolutely Relative: How Research Results Are Summarized Can Affect Treatment Decisions. *Am J Med.* 1992; 92:121-124.
11. Localio AR et al. Relationship Between Malpractice Claims and Cesarean Delivery. *JAMA.* 1993;269:366-373.
12. Véanse como ejemplos de estudios sobre la efectividad de la atención sanitaria a la población: McKinlay JB, McKinlay SM, Beaglehole R. A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States. *Int J Health Serv.* 1989;19(2):181-208; y Neutze JM, White HD. What Contribution Has Cardiac Surgery Made to the Decline in Mortality from Coronary Heart Disease? *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;294:405-409.
13. Véase un resumen de la literatura respecto a este tema en: Lavis JN, Anderson GN. *Inappropriate Hospital Use in Canada: Definition, Measurement, Determinants and Policy Implications.* Ottawa: University of Ottawa; 1993.
14. Woolhandler S, Himmelstein DU, Lewontin JP. Administrative Costs in U.S. Hospitals. *N Engl J Med.* 1993;329:400-403.
15. Denton FT, Gafni A, Spencer BG, Stoddard GL. Potential Savings from the Adoption of Nurse Practitioner Technology in the Canadian Health Care System. *Socioecon Plann Sci.* 1983;17(4):199-209.
16. Lavis JN, Anderson GN. o.c.
17. Russell LB. Opportunity Costs in Modern Medicine. *Health Aff (Millwood).* 1992 Summer;11(2):164.
18. Véase una discusión sobre algunas de las dificultades asociadas al empleo de "tablas de clasificación" del coste-efectividad de intervenciones alternativas en: Drummond M, Torrance G, Mason J. Cost-Effectiveness League Tables: More Harm Than Good? *Soc Sci Med.* 1993 Jul;37(1):33-40.
19. Obviamente, si –como se ha visto anteriormente- la atención sanitaria no es efectiva, tampoco puede ser coste-efectiva, y el coste-efectividad en la producción de la atención sanitaria no es más que un paso en el camino de la producción coste-efectiva de salud.
20. Joyce T, Corman H, Grossman M. A Cost-Effectiveness Analysis of Strategies to Reduce Infant Mortality. *Med Care.* 1988 Apr;26(4):348-360.
21. Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health Spending, Delivery, and Outcomes in OECD Countries. *Health Aff (Millwood).* 1993 Summer;12(2):120-129.
22. Véanse: Anthony J. Culyer, *The Normative Economics of Health Care Finance and Provision.* *Oxford Rev Econ Policy* 5(1):34-58 y Reinhardt UE. Reflections on the Meaning of Efficiency: Can Efficiency Be Separated from Equity. *Yale Law Policy Rev.* 1992;10(2):302-315.
23. Podría tenerse esta percepción si los receptores/pagadores hubieran recibido una información completa. Otra forma de contemplar esta "eficiencia en la asignación de los recursos" sería imaginar lo que individuos o sociedades completamente informados pudieran desear "gastar" en atención sanitaria y compararlo con el modelo actual.
24. Wennberg JE. Better Policy to Promote the Evaluative Clinical Sciences. *Qual Assur Health Care.* 1990;2(1):21-9. Brooke J. Educational Videodiscs Give Patients Information to Make the Right Choice. *Medical Post,* 16 Mar 1993. Si bien distintos estudios indican que pacientes que han re-

- cibido una información completa escogerían recibir menos atención sanitaria, no queda claro si el hecho dar mayor relevancia al papel de los pacientes en la toma de decisiones tendría como resultado una menor atención sanitaria en todos los casos. Véase, por ejemplo, el artículo de: Levine MN, Gafni A, Markham B, MacFarlane D. A Bedside Decision Instrument to Elicit a Patient's Preference Concerning Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *Ann Intern Med.* 1992;117:53-58.
25. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC Jr, Tversky A. On the Elicitation of Preferences for Alternative Therapies. *N Engl J Med.* 1982 May 27;306(21):1259-62. Se ha demostrado que la participación de los pacientes en la toma de decisiones relativas a su atención sanitaria, además de asegurar que los beneficios de ésta son percibidos por los que la reciben como superiores a los costes, mejora su pronóstico. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding Patient Involvement in Care: Effects on Patient Outcomes. *Ann Intern Med.* 1985;102:520-528.
 26. Para una descripción del proceso utilizado, véase: Fox DM, Leichter HM. Rationing Care in Oregon: The New Accountability. *Health Aff (Millwood).* 1991 Summer;10(2):21.
 27. Emanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance Directives for Medical Care-A Case for Greater Use. *N Engl J Med.* 1991;324:889-895.
 28. Jonathan Lomas, en sus aportaciones como ponente en el Honda Foundation Discoveries Symposium, observó que la atención sanitaria puede constituir un determinante del bienestar sin que afecte a la salud. "A nivel individual... el efecto placebo se basa en producir una percepción de beneficio en ausencia de una mejora demostrable de la salud...". A nivel de un grupo social más amplio, como es una comunidad, "los intentos de cerrar un hospital [comunitario] al considerarlo "innecesario" para mantener la salud tropiezan con una fuerte resistencia por parte de la propia comunidad, que lo considera importante y necesario para la cohesión social, la identidad local y, curiosamente, para su capacidad de crecimiento económico al tener la capacidad de atraer nuevas empresas. Es probable que estos últimos factores constituyan importantes aportaciones al bienestar.
 29. Sen A. The Economics of Life and Death. *Sci Am.* 1993 May;268(5):40-47.
 30. Evans RG, Stoddart GL. o.c, 1359. No obstante, ello no significa que no haya que proporcionar atención sanitaria a estos grupos. Lo que en realidad sucede, tal como destacan los autores, es que "hay que buscar sus beneficios en la mejoría resultante de la salud, y no en algún tipo de mejora adicional de la productividad".
 31. World Economic Forum 1991, World Competitiveness Report 1991. Genève: World Economic Forum; 1991. pp. 8, 39 y 206.
 32. World Economic Forum 1992, World Competitiveness Report 1992. Genève: World Economic Forum 1992. pp. 45, 652-654.