

# ¿Recibimos demasiada asistencia? ¿Innecesaria? Algunos elementos para no perderse en el debate de la reasignación

Hernansanz Iglesias F

Centro de Atención Primaria Nord Sabadell. Barcelona

Uno de los principales problemas de nuestra sociedad del bienestar, en lo que a salud concierne, es la excesiva dependencia de nuestro sistema sanitario como principal determinante de salud y en consecuencia el consumo en demasía de servicios sanitarios; se trata de una preocupación mundial explicitada en diversos foros<sup>1,2,3</sup>, que reclaman menor medicalización de la vida, un menor uso de tecnologías sanitarias y cautela con su rápida generalización a falta de estudios. Es el resultado de las expectativas y actitudes en relación con la salud de nuestra sociedad actual y la medicina moderna, que se expande cada día más y ahora abarca problemas no considerados como entidades médicas años atrás.

Mayor esperanza de vida con el consecuente aumento de comorbilidad, contacto más temprano con el mundo sanitario, la salud como nueva forma de hacer negocio ("colesterol", "calcio"...), convertir en enfermedades los problemas personales, son algunas de las causas de incremento del consumo de servicios de salud. La salud viene condicionada por nuestra genética, nuestros hábitos de vida, nuestro medioambiente, con lo que más que derecho a la salud lo que tenemos es derecho a una asistencia sanitaria que intente mejorar en ocasiones, aliviar más veces y consolar casi siempre ante la presencia de enfermedad o sufrimiento. La consecuencia de más servicios, conocida la alta correlación entre utilización y disponibilidad de recursos, da lugar a una espiral interminable de gasto de dudosa efectividad que además no admite críticas ni rendición de cuentas dada la vigencia de la sentencia, y más dada la crítica situación económica actual, de que la salud no tiene precio. Es el problema de una política sanitaria poco orientada a desmitificar tecnología, que no promueve el autocuidado y que no pone freno a expectativas de la población en materia de salud y de sinergias entre profesionales de la salud e industria. Sirva este texto como contrapunto a la predisposición hacia el consumismo en salud, la medicalización de la vida

y una obsesión ya *enfermiza* por tener una salud perfecta como factor patógeno predominante<sup>4</sup>; y por otro lado, reflexiones sobre la deriva del gasto sanitario y la utilización de servicios. Menos, en bastantes ocasiones, y mejor utilización casi siempre, deberían ser las metas a conquistar en la era de la medicalización.

## DE LOS REMEDIOS DE LA ABUELA A LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

Las costumbres populares y los refraneros han acompañado a la salud de nuestros padres y abuelos que, por diferentes motivos, entre ellos la ausencia de un sistema nacional de salud como el actual, no tenían fácil acceso a un profesional sanitario. La simple espera y la puesta en marcha de algunas recetas caseras eran suficientes para resolver o hacer más llevaderas infinidad de dolencias hasta el desenlace final: resolución espontánea en la mayoría de casos. Ni lo de entonces (el cólico miserere significaba el final) ni lo de ahora: la siguiente parada después del colegio y antes de ir al parque es el centro de salud. Sabemos que una mayor oferta de salud, junto a una accesibilidad desbocada, hace aflorar problemas, necesidades y enfermedades: de todos conocida es la expresión "ya que estoy...". Curiosamente multitud de médicos de atención primaria (AP) creen que a veces los pacientes reciben atención innecesaria. En su conjunto, sin embargo, los resultados sugieren una cierta pasividad por muchos médicos que piensan que las causas de la atención excesiva están fuera de su control<sup>5</sup>. Nada más lejos de la realidad, ya que considerar la frecuentación como exógena es un argumento carente de demostración<sup>6</sup>, a desterrar si nuestro deseo es reconvertir nuestro primer nivel asistencial en una institución solvente. Es más, es nuestra obligación evitar que el paciente acuda al médico cuando no lo necesita y evitar así expectativas desmedidas del sistema de salud y sus efectos iatrogénicos.

La medicalización, entendida como el proceso

por el que problemas no médicos se convierten y pueden ser tratados como médicos y adquirir el apellido de enfermedad o patología, también repercute sobre el gasto sanitario. Las pocas estimaciones empíricas atribuyen a la medicalización el 3,9 % del gasto sanitario total de Estados Unidos en 2005, mayor que lo gastado en salud pública ese mismo año<sup>7</sup>, algo fácilmente entendible si, como dice Marc Jamouille, el médico está omnipresente, desde la cuna hasta la tumba, medicalizando toda nuestra existencia<sup>8</sup>. Sin ánimo de ser exhaustivo, algunos ejemplos de tendencias actuales: tratamientos de calvicie, impotencia sexual, trastorno por déficit de atención extrapolado a adultos, niños bajo el percentil 25 de estatura diagnosticados de baja estatura idiopática y tratados con hormona de crecimiento...<sup>9</sup>.

Parece lógico que en unos servicios financiados públicamente se preste la atención más efectiva y eficiente posible, a ser posible avalada por la investigación, desmitificar posibilidades de la innovación tecnológica e intentar siempre mejorar la salud individual si es en la consulta y la poblacional si es mediante políticas sanitarias.

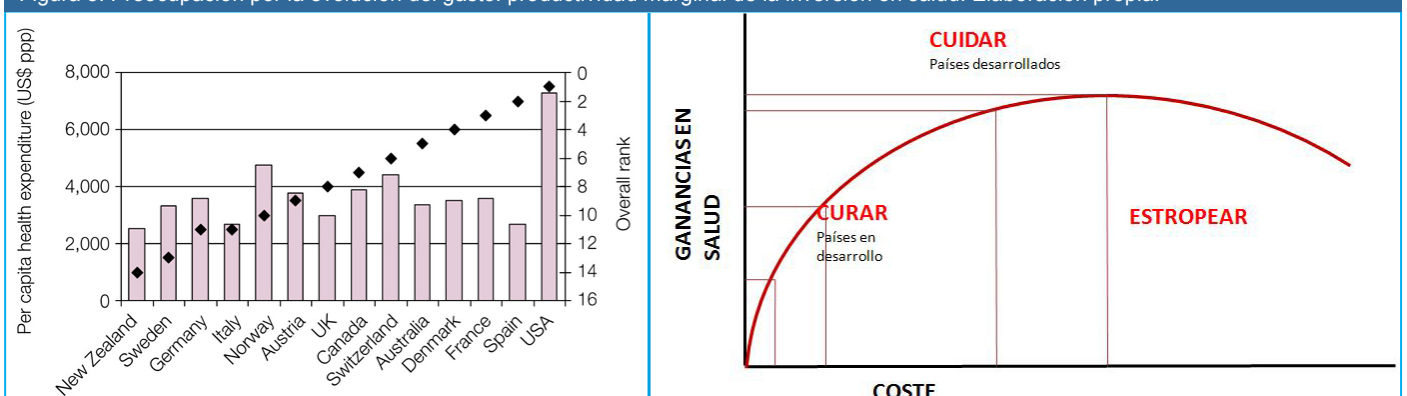
## NI SOMOS TAN RICOS NI ESTAMOS TAN ENFERMOS. A PROPOSITO DEL GASTO FARMACÉUTICO

Se mire por donde se mire, no hay lugar a dudas (figura 1 y tabla 1). Los datos en lo referente a gasto farmacéutico y recetas nos sitúan en las primeras posiciones.

Sin tener en cuenta recetas privadas, recetas de las mutualidades de funcionarios públicos y productos de receta hospitalaria, el Sistema Nacional de Salud (SNS) facturó 958 millones de recetas en 2010<sup>11</sup>. Consulta médica y prescripción (receta)

parecen estar unidos por un vínculo indisoluble, con un sobredimensionamiento social de los beneficios de los medicamentos y, a su vez, nula atención a sus riesgos; por ejemplo, es la variable "contacto con los servicios sanitarios" la que mejor explica en ancianos el mayor consumo de fármacos<sup>12</sup>. Traslada un incremento de factores de riesgo que conllevan incremento de medicaciones preventivas y favorecen regímenes terapéuticos de extraordinaria dificultad en su manejo e impredecibles consecuencias iatrogénicas. Y lo más preocupante es que el consumo de medicamentos ha pasado a ser un problema de salud: la carga de enfermedad asociada al uso y abuso de medicamentos queda tan solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sólo en Estados Unidos se calculan unas 225.000 muertes anuales atribuidas a efectos iatrogénicos<sup>13</sup>. Sabiendo que el gasto se descompone en precio por cantidades, y a la vista de las reiteradas políticas de recortes en precios con nulo o muy modesto efecto sobre el gasto<sup>14</sup>, el producto tiene claros tintes de sobremedicación. Efectivamente, las recetas per cápita aumentan una vez más, año tras año, incluso ante descensos de población. Mientras tanto Ministerio y Comunidades Autónomas se congratulan del descenso actual del gasto que estas políticas de precios han conseguido y obvian otros parámetros de la ecuación: los costes del fracaso terapéutico (infrautilización y sobreutilización) y de las reacciones adversas. Es tan simple como decir que la prescripción en nuestro país es correcta y el problema radica en que los medicamentos son demasiado caros<sup>15</sup>.

Figura 1. Gasto total en salud per cápita (US\$ paridad de poder de compra) en 14 países (2007) y ranking (puntos) según consumo de fármacos (medido de DDD) en 14 áreas terapéuticas. Fuente: Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. London, UK: Central Office of Information; 2010.  
Figura 3. Preocupación por la evolución del gasto: productividad marginal de la inversión en salud. Elaboración propia.



## ¿EXISTEN RIESGOS POR CONSUMIR SERVICIOS SANITARIOS? ¿PUEDE SER DAÑINA LA ACTIVIDAD SANITARIA?

Toda actividad sanitaria implica un cierto riesgo, hasta una recomendación tan inocente y en ocasiones no desinteresada pero falta de toda experiencia como la de que beber un litro y medio a dos de agua al día puede producir daños<sup>16</sup>. La prevención sin límites y la extensión de tecnologías a grupos para los cuales no fue diseñada son dos claros ejemplos. El exceso de prevención y su aura de beneficio han sido los responsables de enfermar y de muertes de los afectados por *causa preventiva*<sup>17</sup>. La extensión de tecnologías que desborda su indicación principal, disminuye su valor predictivo positivo y amenta alarmantemente los falsos positivos y sus cascadas diagnóstico terapéuticas, llega a producir en nuestro SNS, sólo en el caso de los tratamientos inadecuados, cerca de 19 millones de efectos adversos atribuidos a medicamentos, de ellos más de un millón graves y casi la mitad potencialmente evitables<sup>18</sup>.

La literatura está plagada de ejemplos de cómo se reduce la salud cuando recibimos demasiada asistencia, la llamada "productividad marginal decreciente de la inversión en salud", plasmada, por ejemplo, en la polifarmacia en ancianos, la detección de hiperlipidemia y su tratamiento con clofibrato (que se estima condujo a la muerte de más de 5.000 norteamericanos asintomáticos), la

prevención primaria de enfermedad cardiovascular con terapia hormonal sustitutiva y la epidemia mundial de cánceres de mama. Estos son ejemplos de cómo se pasa vertiginosamente de la parte plana de la curva de producción de salud (cuidar) a estropear (figura 2). Replantear determinados indicadores o introducir nuevos que tengan en cuenta la calidad de vida nos puede volver a colocar en productividades crecientes.

Nada desdeñable es la existencia de diferentes sociedades científicas, con diferentes "consensos" y un paciente confuso que por lo general sobreestima el riesgo. La mezcla de buena intención, ignorancia y prevención es un cóctel peligroso. La dificultad añadida en tiempos de crisis recae en saber explicar a la población que no son recortes al estado del bienestar sino revisiones de utilización de procedimientos no efectivos e incluso dañinos para la salud, y esto conlleva reconocer que la efectividad de nuestras actuaciones está muy alejada de la eficacia. Tal y como comenta Richard Smith, "cuando estoy enfermo quiero ser atendido por doctores que duden cada día del valor y la sensatez de lo que hacen"<sup>19</sup>. No debemos olvidar que la calidad de la asistencia también depende de la seguridad.

**Tabla 1. Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total. Periodo 1995-2008. Fuente: Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica <sup>1</sup>.**

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Canadá	13,8	14,0	14,8	15,3	15,6	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,2	17,4	17,7	18,1
Dinamarca	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6	-
Finlandia	12,7	13,2	13,6	14,0	14,8	14,7	15,0	15,2	15,3	15,5	15,5	14,3	14,1	-
Francia	15,0	14,8	15,0	15,5	16,0	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,3	16,3	-
Alemania	12,9	13,0	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,5	13,9	15,1	14,8	15,1	-
Islandia	13,4	14,0	15,1	14,1	13,6	14,5	14,1	14,0	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	-
Italia	20,7	21,1	21,2	21,5	22,1	22,0	22,5	22,5	21,8	21,2	20,2	19,9	19,3	18,2
Noruega	9,0	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,7	8,0	7,6
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4	-	22,4	23,0	23,3	21,4	21,8	21,6	21,8	-	-
España	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,1	21,8	23,2	22,7	22,4	21,7	21,0	-
Suecia	113	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,9	14,0	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	-
Suiza	10,1	10,2	10,5	10,4	10,6	10,8	10,7	10,4	10,6	10,5	10,6	10,4	10,3	-
Estados Unidos	8,7	9,0	9,5	10,0	10,8	11,3	11,7	12,0	12,1	12,2	12,00	12,2	12,0	-

## SANIDAD U OTRAS FORMAS DE CONSEGUIR SALUD. DESMITIFICANDO LOS SERVICIOS SANITARIOS

Es erróneo buscar la salud exclusivamente en los servicios sanitarios. No hay una correlación entre número de hospitales y centros de AP y salud. Sería obviar aspectos como la vivienda, el trabajo, las condiciones de vida, la educación, la calidad del agua y el saneamiento, los hábitos, todos ellos determinantes de salud. Saneamiento y vivienda han sido para muchos países en desarrollo una inversión de bajo coste y de grandes logros en indicadores sanitarios. Convendría recordar que en ocasiones la salud de las poblaciones aumenta mucho antes de la aparición de tratamiento efectivo. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuye varias décadas antes de la introducción de la estreptomycin y la vacuna.

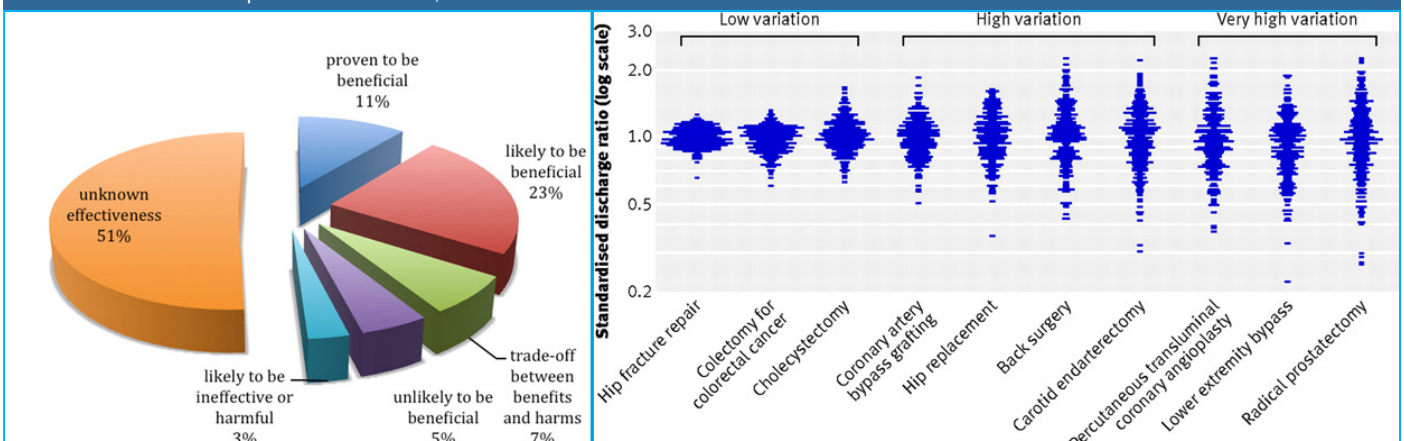
La revolución agrícola y la industrial han sido las responsables del incremento poblacional y de la transición desde las enfermedades infecciosas a los procesos crónicos. Dos ejemplos claves para entender la contribución de la medicina en las ganancias en salud de la población son Archibald Cochrane (empeñado en demostrar la rápida incorporación de intervenciones médicas sin evaluación de su eficacia, efectividad y eficiencia gracias a la epidemiología aplicada a la práctica clínica) y Thomas McKeown (empeñado también en evidenciar el limitado papel de la medicina en el pasado y la importancia del trabajo intersectorial, que establece las bases teóricas para el renacimiento de la nueva salud pública en Europa y del desarrollo de la estrategia "Salud para todos" por la OMS)<sup>20</sup>. Curiosamente, cuarenta años después

contrasta la amplia difusión de sus ideas con la falta de impacto en la práctica y en la política sanitaria. ¿Qué sabemos del impacto de los servicios sanitarios modernos (1950) en la salud? A falta de datos en nuestro país, los trabajos de David Cutler pueden servir de aproximación, con las cautelas y peculiaridades de un sistema sanitario como el estadounidense. Para el conjunto de servicios sanitarios, las intervenciones sanitarias en este país han representado un retorno de 4 dólares por dólar gastado; los cambios de vida, un retorno de 30 dólares por cada dólar gastado<sup>21</sup>.

Atribuyendo a nuestro sistema sanitario los buenos resultados en salud sin tener en cuenta otros aspectos de salubridad, se corre el riesgo de alentar el consumo injustificado de asistencia sanitaria. Convendría también medir el estado de salud fuera de los clásicos índices de mortalidad y comenzar a tener en cuenta la calidad de vida percibida, no sea que nos encontremos con peor salud percibida aun con mejores indicadores sanitarios<sup>22</sup>. Hace ya 32 años del libro "Good Health at Low Cost", en el que ya se explicaba cómo políticas de equidad en salud, educación (especialmente de mujeres) podían colocar a países poco desarrollados de entonces (China, Costa Rica, Sri Lanka y el estado hindú de Kerala) con indicadores sanitarios similares a los de países desarrollados. "Salud en todas las políticas", lema del informe SESPAS 2010<sup>23</sup> trata de desmitificar el excesivo énfasis en la actividad sanitaria y es buen ejemplo de cómo se puede conseguir salud desde fuera de los servicios sanitarios: las auténticas políticas de salud. El mayor éxito de un sistema sanitario para la sociedad sería que se pudiera prescindir de él<sup>24</sup>.

Figura 4. Efectividad de las intervenciones o tratamientos de la medicina moderna. Fuente: BMJ Clinical Evidence. <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>

Figura 5. Fuente: The Dartmouth Atlas. [www.dartmouthatlas.org](http://www.dartmouthatlas.org). Mulley AG. Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice. BMJ 2009;339:b4073.



## DE LIBERTAD A LIBERTINAJE, CONSENTIDO POR TODOS LOS ACTORES

Conviene recordar cuáles han sido nuestros orígenes para reconocer los éxitos y excesos actuales:

- En la década de los 40, sistemas privados y de beneficencia hasta la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) al amparo del Instituto Nacional de Previsión.
- Posteriormente, sistema de Seguridad Social hasta la Ley General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad con competencias en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas.

Llegamos así al SNS financiado mediante impuestos, en el que existe un seguro obligatorio financiado públicamente que cubre a toda la población, y que no permite la salida (exclusión de responsabilidad fiscal) de ningún usuario por el hecho de poder permitirse el acceso a un seguro adicional. Consiste este último en una póliza que proporciona satisfacción (evita colas) y comodidad (evita el necesario filtro de la AP) curiosamente para los más sanos pero sin razón de desgravación fiscal actual<sup>25</sup>. Siguiendo con los logros de nuestro SNS, a partir de la Ley General de Sanidad, y acuñado el término "descentralización" para otorgar el poder decisorio allá donde mejor es la información, se produce paulatinamente la transferencia de los servicios de salud a las correspondientes Autonomías, que, bajo la bandera de la equidad y en contra de la eficiencia, otorgan prioridad a las políticas de una accesibilidad mal entendida y de diferenciación en cartera de servicios. Una fiesta consentida por todos los actores.

No es casualidad que a partir de 2002, tras las últimas transferencias sanitarias, las Comunidades Autónomas todavía gestionadas por INSALUD (con tasas de crecimiento del gasto estables pero ávidas de autonomía) y las transferidas (con un cambio en el sistema de financiación) den un salto cuantitativo en gasto sanitario.

Ahora toca desinvertir, reasignar. Ya no podemos seguir financiando públicamente cualquier innovación. No hemos sido los únicos: en la Europa de los 15 el gasto sanitario público de todos los países ha crecido por encima del producto interior bruto (PIB), pero nuestra carrera hacia el "más es mejor"

ha sido vertiginosa: entre 1999 y 2009, el gasto público real por persona ha crecido algo más de 49 %, cuatro veces más deprisa que nuestro PIB<sup>26</sup>.

Y todo esto reconociendo que desconocemos la efectividad de multitud de intervenciones de la medicina moderna; este desconocimiento además parece mantenerse con el paso de los años (figura 4). Ahora, más necesarias que nunca, precisamos de iniciativas que se pregunten por el valor de las cosas que hacemos rutinariamente, como, por ejemplo, la ausencia de base científica de 60 % de determinados tratamientos de rehabilitación, o el sobrediagnóstico y el consecuente sobretratamiento de, por ejemplo, hasta de 60 % en el cáncer de próstata<sup>27</sup>. Es una burbuja sanitaria promovida al convertir toda la demanda en necesidad: en un país como el nuestro, con coste cero en el momento de prestar asistencia, la demanda tiende a infinito, y más allá.

## ENTENDER EL CRECIMIENTO DEL GASTO Y ACTUAR EN CONSECUENCIA

Renta, como variable más predictiva, progreso tecnológico, cercanía a la muerte y descentralización territorial sanitaria se postulan como las variables más importantes en el desarrollo de modelos explicativos del gasto. El gasto sanitario, tanto en términos per cápita como en porcentaje del PIB, muestra una tendencia creciente a lo largo del tiempo y está relacionado con la riqueza del país, de manera que a más renta más gasto sanitario; la variable "renta" es la que mejor explica este comportamiento. Con estos datos se puede predecir con cierto error cuál es el gasto sanitario que le corresponde a un país, con las cautelas de la interpretación de cifras<sup>28</sup>.

Se reclama alcanzar gastar en sanidad lo que nos corresponde por renta pero se guarda silencio con el exceso en la parte privada ambulatoria de nuestro gasto sanitario, que representa 26,3 % (octavo puesto y casi 3 puntos porcentuales superior al promedio de los 30 países europeos de la OCDE), hecho este que parece revelar deficiencias en la calidad o en la cobertura de las prestaciones del sector ambulatorio público<sup>29</sup>. Contra la renta nada podemos hacer ni interesa, siempre y cuando crezca; intentamos que la correlación positiva renta-gasto hospitalario no sea tan fuerte y en cuanto a la muerte se puede retrasar pero es

un final inevitable. Convendría, eso sí, abrir el debate sobre la prolongación de la agonía y la ética de la negativa en estos casos: por ejemplo, ayudar a morir en casa como expresión de máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología adecuada y tan cerca de paciente y su familia como sea posible, más aún cuando hay una clara preferencia del paciente por los cuidados a domicilio. El mayor uso de servicios médicos, incluyendo su tecnología, que se expande a todos los estratos etarios independientemente de su efectividad, debiera ser uno de los puntos a atacar; y el mito de la "vejez gastadora" algo a reconsiderar a la vista de las comparativas internacionales. Se debe reconsiderar pronto, ya que este mito proporciona "ilusión de necesidad"<sup>30</sup>, que desemboca en exigir cada vez más y más recursos y anular la responsabilidad, clave en un sistema público que requiere de transparencia y rendición de cuentas para su buen funcionamiento. Sirva de ejemplo la última publicación de J. Simó, según la cual a más renta más hospital, con un gasto hospitalario que no se correlaciona con el envejecimiento (ni entre 1995 y 2002, cuando el envejecimiento poblacional no regía como criterio explícito de reparto, ni a partir de 2002, cuando sí rige), aunque ha sido el argumento para reclamar más una y otra vez<sup>31</sup>.

## GASTAR MÁS O GASTAR MEJOR

Si el discurso sigue siendo que destinamos un porcentaje de PIB a sanidad inferior al de nuestros colegas, que hay más demanda que oferta, plasmada por ejemplo en listas de espera, y que tenemos una población cada vez más envejecida, volveremos a cometer los mismos errores y caminaremos por la senda equivocada. Sobre la vejez gastadora, me remito al apartado anterior; sobre la escasez en un SNS como el nuestro, en que el precio en el momento de consumo es cero, es fácil entrever que la demanda puede no tener fin, hecho este preocupante si se mezcla con una generación proclive al consumismo, hedonista y escasa en responsabilidad. En ausencia de demanda poblacional, pero existiendo altas posibilidades de negocio bajo la bandera del alarmismo (colesterol elevado en celebridades), esta se genera. Los médicos intentan también resguardarse de las reivindicaciones de los pacientes practicando en ocasiones más de lo que se consideraría adecuado si el paciente tuviera los mismos conocimientos, la llamada *medicina defensiva*, con el consiguiente vuelco de la balanza beneficio-daños hacia estos

últimos; aunque en ocasiones más no es sinónimo de medicina defensiva, sino el efecto secundario de un sistema de pago que premia el acto médico, fomenta la actividad autogenerada y estimula la demanda para beneficio de una de las partes en la relación de agencia.

Desgraciadamente, la competencia por comparación tras la descentralización ha servido, entre otras, para aumentar prestaciones, diferenciarse en cartera de servicios y dotar de autonomía de gestión del gasto sanitario autonómico en ausencia de responsabilidad sobre este. La teoría nos dice que descentralizar permite que unos servicios públicos sean más eficientes tanto en la asignación de recursos como en su producción local. Los datos empíricos, la mayoría obtenidos en países de renta media-baja, con indicadores que miden mortalidad sin medir incremento de comorbilidad y discapacidad, con descentralización fiscal pero controlada por el gobierno central, hace difícil la extrapolación de resultados a nuestro SNS<sup>32</sup>. La actual situación económica y las recientes "fronteras" entre servicios regionales de salud, la pasividad del Consejo Interterritorial, encargado de promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio español, pueden ser el detonante para que la ciudadanía pueda plantearse reclamar la vuelta a una sanidad centralizada.

A la vista de estas secuelas se antoja necesario optar por gastar mejor. Y gastar mejor lleva implícito reconocer que no estamos haciendo lo correcto y que desconocemos la efectividad de más de la mitad de nuestras actuaciones. Juzgar la calidad de cualquier sistema sanitario requiere de datos sobre actividad: utilización, morbilidad, mortalidad, complicaciones, entre otros, para su comparación; proporcionar estos datos es un ejercicio de transparencia poco desarrollado. Pero una vez que contamos con ellos constatamos variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica (figura 5).

Diferentes tasas de utilización para un mismo proceso nos alertan sobre la veracidad de la afirmación "la geografía es el destino". Alarmantes son también los patrones territoriales de mortalidad evitable<sup>33</sup>, que evidencian las diferencias norte-sur, no ya entre continentes o países, sino dentro de un mismo territorio, y que no genera ningún tipo de intranquilidad entre los que colaboran mediante impuestos a este seguro universal: los propios

usuarios. Cabe, pues, tirar en estos momentos de crisis no de demagogia sino de profesionalismo, que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera o frecuentaciones<sup>34</sup>. Aviso para navegantes: el arte de cortar y el copago (como instrumento racionalizador) son cosa de médicos: el médico, como mejor posicionado para visualizar consumos poco o nada efectivos.

## ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN DEMOSTRADA ENTRE CRISIS ECONÓMICA, SUPRESIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS Y ESTADO DE SALUD?

Atender a demandas más que a necesidades da lugar a servicios de dudosa efectividad y nula eficiencia. ¿Cuál es el coste de oportunidad de tomar la tensión reiteradamente en el centro de salud, además de hacer dependientes a determinados colectivos? El difícil equilibrio entre eficiencia y equidad ha sido roto gracias a unas arcas llenas que han apostado por una falsa accesibilidad en detrimento de la eficiencia. Ahora, en épocas de crisis, es uno de los objetivos a enmendar. Es importante también saber cómo influyen las dificultades económicas sobre la salud de las poblaciones, y afortunadamente no vamos a ciegas gracias a algunos análisis empíricos de algunas crisis del pasado. Sin querer ser exhaustivo, y remitiendo al lector al magnífico artículo de Carmen Delia Dávila y Beatriz González<sup>35</sup>, exponemos algunos ejemplos: empeoramientos en estilos de vida en épocas de rentas alcistas, disminución del tabaquismo y exceso de peso, aumento de ejercicio físico en el tiempo libre en población desempleada, aumentos de mortalidad en épocas de expansión económica y caídas del desempleo. Por otro lado, casos de incremento de mortalidad en épocas de crisis, como en 1996 en México, y la caída en la esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres entre 1990 y 1994 en Rusia. Siendo todavía pronto para ofrecer resultados, es cierto que los datos en nuestro país no son nada alentadores, con más de 20 % de desempleo. Específicamente en hábitos dietéticos ya se objetiva un aumento en el consumo de bollería junto a una disminución de consumo de frutas y pescado<sup>36</sup>.

Parece claro que las políticas de protección social, estado de bienestar y redes sociales y familiares contribuyen de manera determinante en los efectos de la crisis. Así, Austria, con una red social

formal e informal potente, pudo disminuir la tasa de suicidios entre 2007 y 2009; curiosamente la de Finlandia aumentó un 5 % y, sin embargo, Grecia, muy distante de las políticas sociales de los países nórdicos, la aumentó en 17 %<sup>37</sup>. Como efecto secundario, la disminución de muertes por accidente de tráfico en nuestro país (no sabemos si como consecuencia de la crisis y un menor uso de vehículos o como consecuencia del endurecimiento de sanciones y mejora de tramos de circulación) ha reducido la disponibilidad de órganos para trasplantes<sup>38</sup>.

Algunos estudios parecen sugerir que la probabilidad de morir-sufrir algún acontecimiento adverso es inversamente proporcional a la gravedad del proceso por el que se consulta, y que la ausencia de provisión sanitaria durante algunos días, manteniendo la asistencia de urgencias, puede tener un efecto diferente al esperado<sup>39</sup>.

En el ámbito local, y remarcando que se produce fuera de épocas de epidemia estacional, el cierre de determinados servicios en temporada estival parece no dar lugar a sobrecarga de otros proveedores<sup>40</sup>. Sin intención de inferir causalidad, y quedando demostrado que la demanda es muy sensible a la oferta, o lo que es lo mismo, la alta correlación entre utilización y disponibilidad de recursos, renunciar a algo de equidad puede resultar más eficiente e incluso más sano. Quedamos a la espera de algún estudio ecológico que señale cambios en el estado de salud durante los cierres estivales.

## DAVID CONTRA GOLIAT

Y, una vez tenemos pruebas de la falta de efectividad de algunas prácticas, ¿es fácil pasar a la acción o es imposible luchar contra las recomendaciones realizadas desde los gobiernos o desde organizaciones mundiales con conflictos de intereses no declarados<sup>41</sup>. Así lo explicita Tom Jefferson, en referencia a la experiencia clínica de la *Cochrane Collaboration* al hablar de la falta de efectividad de la vacuna antigripal: a pesar de su recomendación en contra, sigue prescribiéndose por los ministerios de sanidad y otras instituciones. Similar caso lo encontramos aquí con la vacuna del virus del papiloma humano y la Comisión Mixta Congreso-Senado sobre Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades, que al inicio de 2007 instó por unanimidad al Gobierno en favor de la vacuna y de su comercialización aun sin tener datos que avalaran

su efectividad y a pesar de la moratoria solicitada. Hay que empezar a acostumbrarse a que no todo vale cuando se tratan temas de salud, que no vale escudarse en el por si acaso o en el más vale prevenir sin tener en cuenta consecuencias de las decisiones tomadas, que en sanidad suelen ser por exceso (92 millones de euros invertidos en vacunas para la gripe A para terminar quemando 4 millones de dosis). La ética de la negativa (decir "no" educada y firmemente a las exigencias de pacientes y autoridades) y de la ignorancia (compartir con pacientes y autoridades los límites curativos y preventivos de la Medicina)<sup>42</sup> no sólo deben formar parte de la ética clínica de nuestros profesionales sanitarios sino también de aquellos en quienes se delega la responsabilidad en materia de política sanitaria. Los paternalismos faltos de efectividad son perdonados por una población que precisa de mayor alfabetización sanitaria. Una alfabetización que, por ejemplo, puede ofrecerse por parte del profesional al informar de los mejores cursos de acción en los múltiples ejemplos de toma de decisiones compartidas, que logran disminuir el porcentaje de usuarios pasivos, de pacientes indecisos, que con información correcta tienden a usar tecnologías menos invasivas y a tomar decisiones de mayor calidad<sup>43</sup>.

## CUANDO "MÁS ES MEJOR", SI ES ATENCIÓN PRIMARIA

Puestos a desinvertir y reasignar, una opción a considerar es optar por profesionales de AP. La aportación de este nivel a la salud está ampliamente documentada: reducciones de desigualdades en salud entre los grupos de población con mayores diferencias sociales, demográficas o territoriales, mayor número de médicos de AP per cápita con diagnóstico precoz de determinadas neoplasias, mayor número de médicos de AP y decremento de mortalidad<sup>44</sup>. Para ello, el discurso en nuestro país debe dejar de ser tan retórico y volverse más efectivo. Pero un mayor presupuesto (reasignación) tendrá que venir acompañado de una AP obligada a demostrar su solvencia y deseabilidad social, obligada a recuperar todos los colectivos de los que se ha ido desprendiendo a lo largo de los años y que han sido acogidos por sucedáneos de otros niveles asistenciales, obligada a dar servicios sanitarios necesarios, de calidad y cercanos al paciente. Esto en sí ya es una solución a la crisis que padece nuestro SNS. Si no, la senda del deterioro será inevitable.

## REFERENCIAS

1. Smith R. In search of non disease. *BMJ* 2002;324:883-5.
2. Seminarios de Innovación en Atención Primaria. Prevención cuaternaria. Barcelona, 2 de octubre de 2011.
3. Special Issue on Medicalization. *British Medical Journal* 2002;324:859-926.
4. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique*, 1999 mars; pág 28 y ss. (acceso el 12/05/2010) Disponible en <http://www.mondediplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
5. Sirovich BE et al. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: A brief report. *Arch Intern Med* 2011;171:158.



6. Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria* 2006;38:293–8.
7. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med* 2010;70:1943–7.
8. Jamoulle M. Quaternary prevention: First, do not harm. 11º Congreso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Brazilia 2011 June 23–26.
9. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 2007.
10. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. *FundeSalud*, Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedición y salud. Plasencia 2011.
11. Ortún V (dir). *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare 2011.
12. Gavilán E, Villafaina A. Concepto y factores determinantes de la polimedición. En: Gavilán E, Villafaina A (eds). *Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica*. *FundeSalud*, Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedición y salud. Plasencia 2011; pág 23–33.
13. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483–5.
14. Moreno–Torres I, Puig–Junoy J, Raya JM. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. *Eur J Health Econ* 2010;12:563–73.
15. Peiró S, Meneu R, Sanfélix–Gimeno G, Catalá–López F. Mejorar la prescripción y, de paso, el gasto farmacéutico. Elementos para las políticas prácticas. En: Ortún V (dir). *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare 2011; pág 71–88.
16. McCartney M. Waterlogged? *BMJ* 2011;343:d4280 DOI: 10.1136/bmj.d4280
17. Gervas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. *Rev Innovación Sanit Aten Integrada* 2009;1:6. <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss4/6>
18. Sanfélix–Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto. En Ortún V (dir). *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare 2011; pág 53–70.
19. Smith R. Limits to Medicine. *Medical Nemesis: The expropriation of Health* (book review). *BMJ* 2002;24:923.
20. Álvarez–Dardet C, Ruiz MT. Thomas McKeown and Archibald Cochrane: a journey through the diffusion of their ideas. *BMJ* 1993;306:1252–5.
21. Ortún V, Meneu R, Peiró S. Impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. En: Puig J, López G, Ortún V (dir). *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson 2004; pág 173–204.
22. García–Altés A, Pinilla J, Ortún V. The evolution of health status and chronic conditions in Catalonia, 1994–2006: the paradox of health revisited using the Blinder – Oaxaca decomposition. *BMC Health Services Research* 2011;11:116.
23. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* 2010; 24(supl 1).
24. López Casanovas G, Ortún V. *Economía y salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Encuentro 1998.
25. Ortún V. En torno al aseguramiento sanitario privado. *Atención Primaria* 2011;43:457–8.
26. Puig–Junoy J. ¿Recortar o desinvertir? *Economía y salud. Boletín Informativo* 2011;72.

27. Gérvas J, Pérez Fernández M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. *FMC* 2011;18:615-23.
28. López Casasnovas G. Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2010;12:27-9.
29. Simó Miñana J. El techo de cristal de la atención primaria española. *Aten Primaria* 2009;41:572-7.
30. Costas Lombardía E. Gasto sanitario: no es la vez. *El País*, 27 sep 2010. Sociedad.
31. Simó J, Gérvas J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012;26(supl 1):36-40. doi:10.1016/j.gaceta.2011.05.017
32. Jiménez Rubio D. La evaluación de las políticas de descentralización sanitaria: retos para la investigación futura. En: Cabasés Hita JM (dir). *La financiación del gasto sanitario en España*. Madrid: Fundación BBVA 2010; pág 269-77.
33. Vergara Duarte M, y cols. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gac Sanit* 2009;23:16-22.
34. Ortún V. Atención Primaria y gestión: pleonismo conceptual y oxímoron práctico. *Medicina General* 2011;140:516-25.
35. Dávila Quintana CD, González-López Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit* 2009;23:261-65.
36. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Datos sobre el consumo alimentario en España. 2009. Disponible en: <http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/consumo/ultimdatos.htm>
37. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011;378:124-5.
38. De Lago M. Organ donors and transplantations decrease in Spain, the leading country in both. *BMJ* 2011;342:d242.
39. Argeseanu S, Mitchell K, Venkat KM, Yusuf S. Doctors' strike and mortality: a review. *Social Science & Medicine* 2008;67:1784-8.
40. <http://www.lavanguardia.com/salud/20110915/54216309794/el-cierre-nocturno-de-50-centros-de-salud-apenas-aumenta-la-demanda-de-otros-servicios.html#TnNighOAabU.twitter>
41. Godlee F. Conflicts of interest and pandemic flu. *BMJ* 2010;340:c2947.
42. Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Texto resumen de la presentación el 24 de junio de 2011 en el 11º Congreso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Brazilia* 2011 June 23-26. Disponible en: <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>
43. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(supl 1):158-61. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.005
44. Barber P, López-Valcárcel B. Dotación de médicos en Atención Primaria: más es mejor. En: Palomo L (coord). *Expectativas y realidades de la atención primaria española*. Madrid: Fundación Primero de Mayo 2010; pág 107-23.