

Evaluación de Servicios Sanitarios: La Alta Tecnología Médica en España.

Ed. Fondo de Investigación Sanitaria. Madrid, 1990. (Libro, 247 páginas). Incluye un prefacio de David Banta.

Pablo Lázaro y de Mercado*

Abstract

Los costes sanitarios aumentan en los países industrializados. Como primera causa se invoca el incremento del número de personas ancianas. En general se atribuye a la alta tecnología médica (ATM) un importante papel en el incremento del gasto sanitario. A pesar de ello hay pocos estudios que analicen los costes, los beneficios y los patrones de distribución de la ATM. Los organismos internacionales y de países avanzados que pretenden evaluar tales aspectos consideran a la falta de información como el problema fundamental.

La presente obra, basada en la tesis doctoral del autor, analiza como trabajo original la difusión, el coste y la equidad de la ATM en España. En este trabajo se ha considerado como ATM las siguientes tecnologías: Acelerador Lineal (ALI), Angiografía por Sustracción Digital (ASD), Bomba de Cobalto (BCO), Tomografía Axial Computerizada (TAC), Gammacámara (GAM), Sala de Hemodinámica (HEM), Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC), Resonancia Magnética (RM), y Radiología Vasculat Convencional (RVC).

Para ello se ha analizado la historia de la ATM desde que en 1956 se introduce la primera BCO. Se han calculado los costes de inversión en estos 32 años, los costes totales de cada año (inversión+explotación), se han comparado los costes con el gasto sanitario, se ha analizado el patrón distributivo en términos de equidad y los factores de los que depende, y se ha realizado una comparación con otros países.

Los **resultados** fundamentales son:

- La inversión acumulada en 32 años ha sido de 1.578 Pts. por habitante. La inversión en el año en que fue máxima ascendió a 268 Pts. por habitante.
- Los costes totales anuales de la ATM suponen el 1% del gasto sanitario nacional. A la Seguridad Social la supone el 0,78% de sus costes, o el 3,9% de su gasto en recetas.
- La distribución de los recursos de ATM por Comunidades Autónomas (CCAA) no es equitativa. Los recursos disponibles en cada CCAA se correlacionan con su renta per cápita en los siguientes casos: inversión realizada por habitante, número de instalaciones por millón de habitantes de TAC, LEOC, GAM y BCO. La correlación la determina el modelo inversor del sector privado.
- El sector público tiene la mayoría de las instalaciones de RVC, ASD, HEM, GAM, BCO y ALI. El sector privado es predominante en RM y LEOC. El sector público y privado están equilibrados en el número de CT.
- Comparativamente con países de nuestro entorno la situación es heterogénea. Mientras que en Unidades de Megavoltaje nuestra situación es de clara inferioridad, en LEOC somos el país que más unidades tiene por millón de habitantes.

* Dirección actual: Pablo Lázaro y de Mercado. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Cambrils 41-2, 28034, Madrid. E-mail: plazaro@taiss.com.

Prefacio

Nos encontramos en una época de cambios tecnológicos extremadamente rápidos en los servicios de salud. En las últimas décadas ha aparecido un virtual aluvión de avanzados aparatos electrónicos y mecánicos por parte de la industria y de laboratorios de investigación. Gran parte de esta tecnología ha mejorado la calidad de la atención sanitaria y ha contribuido a mejorar los resultados para los pacientes. Sin embargo, también ha sido costoso.

El creciente coste de la atención a la salud se ha convertido en el tema más importante de política sanitaria en la mayor parte de los países del mundo desde que emergió como asunto político hace más de 25 años. El porcentaje del producto interior bruto (PIB) dedicado a la prestación de servicios sanitarios en los países industrializados ha crecido desde menos del 5 por ciento a más del 10 por ciento en algunos países. Tal aumento en los costes ha conducido a reducciones en otros sectores de la sociedad, particularmente en lo concerniente a las inversiones del sector público. En la actualidad es ampliamente reconocido que los recursos para la atención de la salud son inherentemente limitados. No es posible hacer todo para todos.

Este problema de la limitación en los recursos quiere decir que deben hacerse elecciones sobre distintas alternativas. ¿Pero cómo se hacen estas elecciones? ¿Deben hacerse principalmente en base a quién tiene el poder en la sociedad? ¿Deben hacerse dependiendo de la riqueza disponible? ¿Deberían basarse en las impresiones de unos pocos médicos especialistas? ¿O deberían estar basadas en un análisis más científico de los servicios de salud? En otras palabras, ¿no debería ser recogida información sobre los beneficios, riesgos, costes e implicaciones sociales de la tecnología sanitaria antes de decidir las inversiones?

Algunos países han establecido mecanismos formales para detectar los cambios en la tecnología médica y para llevar a cabo evaluaciones de avances potencialmente importantes. Suecia, quizás tiene el sistema mejor desarrollado para la evaluación de la tecnología sanitaria con un Consejo Nacional de Evaluación de Tecnología Médica, instituciones independientes de investigación y un número de analistas expertos que trabajan sobre problemas importantes. En los Estados Unidos, las actividades de evaluación de tecnología han proliferado en el gobierno, en la industria y en otras partes del sector privado, incluyendo sociedades profesionales. En 1989, el gobierno francés decidió establecer un programa nacional para la evaluación de la tecnología de la salud. Probablemente dichos programas serán establecidos de forma gradual en la mayor parte de los países, al menos en los más industrializados. Los países menos desarrollados también necesitan evaluación de tecnología. Brasil, Argentina, y Méjico han sido particularmente activos en analizar la situación en su propio contexto y tratar de modificar la distribución y uso de la tecnología en la prestación en los servicios de salud.

Para comenzar una acción hay que comprender la situación presente. En España, uno de los primeros esfuerzos ha sido llevado a cabo por el Dr. Pablo Lázaro y de Mercado. Los resultados son presentados en este libro. El Dr. Lázaro ha estudiado ciertas altas tecnologías, incluyendo la tomografía axial computerizada (TAC) de cráneo y de cuerpo entero, la resonancia magnética (RM), la litotricia, la radiología vascular convencional, angiografía digital, laboratorios de cateterismo, gammacámaras, unidades de cobaltoterapia, y aceleradores lineales.

En 1984, España dedicó el 6,6 por ciento de su producto interior bruto (PIB) en gastos de servicios de atención a la salud, proporción similar a la de Finlandia, Japón, Noruega, Dinamarca y Bélgica. El gasto público fue el 4,8 por ciento del PIB, que es menor que en los países mencionados, indicando que proporcionalmente el gasto sanitario español tiene una mayor participación del sector privado. Este

hecho, naturalmente suscita cuestiones sobre la equidad. ¿Tiene la población general un acceso razonable a los servicios sanitarios de alta calidad?

En conjunto el 75 por ciento del gasto sanitario español es público. Sin embargo, para las 10 tecnologías estudiadas, sólo el 59 por ciento del gasto fue público. Esto indica que las tecnologías son más accesibles a los grupos de más poder adquisitivo del país.

La distribución de las tecnologías no es uniforme en España. Por ejemplo, en julio de 1988, el promedio nacional fue de 4,4 equipos de CT por millón de habitantes. Entre las 17 comunidades autónomas (CCAA) y sectores estudiados, el número de TAC por millón de habitantes varió de un mínimo de 3 en Castilla la Mancha, a un máximo de 10,4 en Baleares. En el caso de la RM, sólo en 8 CCAA se disponía de instalaciones. Madrid tenía 7 unidades de RM, y Cataluña 5 en julio de 1988. Además, 21 de las 26 RM funcionantes en julio de 1988 pertenecían al sector privado. El sector privado también es predominante en litotricia. La radiología vascular convencional mostró grandes diferencias con un índice de 0 instalaciones por millón de habitantes en 5 de las regiones a 5,3 en Asturias. Por su parte, los laboratorios de cateterismo cardíaco variaron de un mínimo de 0 en 5 regiones a un máximo de 7,6 por millón de habitantes en Cantabria. Este tipo de diferencias se encontró prácticamente en todas las tecnologías analizadas.

El Dr. Lázaro también presenta comparaciones internacionales, las cuales indican que, en general para las tecnologías estudiadas, España dispone de menor número por población que los Estados Unidos y los países norteamericanos.

Una de las más importantes conclusiones del libro es que España no ha logrado desarrollar un sistema sanitario equitativo en el sentido de que altas tecnologías importantes estén igualmente disponibles a todos los segmentos de la población.

También he tenido oportunidad de leer un trabajo del Dr. Lázaro sobre trasplantes de riñón en España y otros países. En 1988, en Europa en su conjunto, se hicieron 25,9 trasplantes renales por millón de habitantes. España estaba alrededor de la media europea, mientras que Portugal, Italia, y Grecia estuvieron por debajo de la media. En Europa se realizó una media de 46,7 trasplantes por centro en 1988, comparada con 26,1 por centro en España. Dado que mayores volúmenes se asocian con mejores resultados, este hecho indica que aparentemente España ha fallado en la regionalización de los trasplantes renales para optimizar los resultados. Quizá la parte más interesante de la información del Dr. Lázaro muestra que Madrid y Cantabria son las CCAA que trasplantan más órganos obtenidos en otras regiones de España, mientras que otras áreas, particularmente Castilla-León y la Comunidad Valenciana son las regiones que más riñones ofrecen a otras CCAA del país. Aunque hay diferencias regionales en el número de trasplantes de riñón por millón de habitantes, no se apreció correlación estadística con la renta per cápita de la región. El estudio del Dr. Lázaro también demuestra que el índice de trasplantes de riñón por millón de habitantes en los diferentes países de Europa se correlacionó con el PIB per cápita del país.

Cada país tiene problemas en asegurar el acceso a servicios sanitarios de alta calidad a su población. Criticar los servicios sanitarios de España significa, indudablemente no ignorar el hecho de que cada país necesita enfrentar problemas similares. La esperanza es contribuir a un diálogo internacional que pueda conducirnos a mejorar. Las comparaciones internacionales son útiles para demostrar las fortalezas y debilidades de nuestro propio sistema.

El libro del Dr. Lázaro es sólo un comienzo. La investigación sobre la tecnología sanitaria y sobre la calidad de la prestación en los servicios de la salud en España ha sido estimulada por unos encuentros organizados por el Dr. Lázaro que tuvieron lugar en Madrid en noviembre de 1989, para discutir las

implicaciones de la tecnología médica y su evaluación en España. Deberán seguirse acciones concretas según la situación en España vaya siendo mejor comprendida.

Los lectores españoles encontrarán este libro de gran interés. Éste forma ahora también parte de una creciente literatura sobre la situación de la tecnología sanitaria en diferentes países. La tecnología en los servicios de salud es un asunto internacional. El conocimiento científico cruza fácilmente las fronteras a través de publicaciones, congresos internacionales, e intercambios profesionales. La industria multi-nacional vende sus productos en todas partes. Aquellas personas involucradas en políticas sobre la tecnología sanitaria y su evaluación también necesitan pensar en términos internacionales. Por estas razones, es un gran placer para mí presentar este libro.

** H. David Banta, M.D.

Profesor de Evaluación de Tecnología
Universidad de Limburg, Maastricht, Holanda

y

Consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
TNO/OMS Programa sobre Evaluación de Tecnología Sanitaria
Leiden, Holanda.