Valga lo que valga, salva vidas

- AUTOR: **Carlos Alberto Arenas**
- MEDIO: **Redacción Médica**
- FECHA DE PUBLICACIÓN: **21/10/2013**

Si yo fuera presidente o primer ministro de un gobierno, lo cual es hartamente improbable, nombraría de ministro de Salud a un experto en economía de salud. No estoy diciendo que nombraría un médico, un enfermero o un economista: digo un experto en economía de la salud o al menos buen conocedor de la misma, independientemente de su titulación.

La sanidad supone casi el 40% del gasto autonómico (la mayor partida presupuestaria) y aporta unos 15.000 millones de euros anuales al déficit público. Además es la partida de gasto público más alta tras las pensiones. Es el gasto público que tradicionalmente más ha aumentado año a año; y es previsible que siga haciéndolo por las nuevas terapias y pruebas cada más sofisticadas y caras, además del envejecimiento de nuestra población y el aumento de la prevalencia de patologías crónicas.

Cuando no se conocen los fundamentos de la economía de la salud y la ley de rendimientos decrecientes en salud, (llegado un punto por más que invirtamos en sanidad no mejora la salud) se tenderá a pensar que en sanidad cuanto más se gasta mejor. Una gran falacia puesto que EEUU es la nación que más gasta en sanidad del mundo y tiene unos indicadores de salud peores que países que gastan mucho menos por habitante. Los expertos en salud pública que realmente estudian los determinantes de las mejoras de la salud llevan años diciendo que medicalizar a la sociedad, entendido como hacer una sociedad excesivamente dependiente y muy consumidora del sistema de cuidados de salud y de fármacos y otras terapias y pruebas, no aporta mejoras significativas a la salud de las poblaciones.

Siendo muy generoso entre el 20 y el 25% de la salud global de una población depende de su sistema de cuidados de salud, otro porcentaje similar depende de la genética y la biología, y el resto (la mayor parte de la salud global de la población) depende del ambiente, situación social y los estilos de vida. Lo contrario a la medicalización pasiva de la sociedad que la hace dependiente del sistema es fomentar la autorresponsabilidad en salud y la educación para estar sanos. El empoderamiento del ciudadano en el mantenimiento de su salud, pero también en el manejo de su enfermedad sobre todo si es crónica.

Siguiendo ese pensamiento de que la salud no tiene precio, también se puede llegar a creer que salvar una vida es necesario cueste lo que cueste. Parece el planteamiento más humanista si no fuera porque lleva implícito otra falacia: no salvamos vidas, en todo caso las alargamos. Y nuestra guía debería ser alargarlas el mayor tiempo posible pero con calidad: con capacidad de vivir una vida digna. La gente normalmente usa salvar una vida cuando tras la intervención médica se espera que la persona viva bastantes años de vida con calidad que no se hubieran vivido sin esa intervención. Sin embargo no todas las intervenciones médicas tienen ese efecto.

Hay casos de alargar muchos años la vida de una persona en coma; es decir con calidad de vida cercana a cero; y casos de alargar la vida sólo dos meses en un cáncer pero con mejor calidad de la misma (efecto clínico que hacen la mayoría de las novedades terapéuticas en cáncer que salen en la actualidad). Comparativamente puede suponer más beneficio alargar esos dos meses a una persona consciente y que se vale por sí misma, que se está despidiendo del mundo y sus seres queridos, que mantener 10 años a otro vivo pero en coma profundo.

Una de las más importantes misiones de la economía de la salud es dilucidar cuál es el coste de una intervención médica y qué beneficio se obtiene a cambio tanto en salud como socialmente. Se dice que una intervención médica es coste efectiva cuando tras los estudios de coste se comprueba que la opción de esa intervención es rentable a la sociedad y al paciente. También nos da una idea de si haciendo esa intervención, aunque ahora tenga un coste, podemos estar incluso ahorrando dinero a futuro. En el lado de los beneficios también hay que valorar los intangibles derivados de la felicidad de estar mejor y las ventajas sociales y laborales de no tener enfermedad. En el lado de los costes hay que valorar muchos aspectos, no sólo el coste de la intervención en sí, sino también los derivados de los posibles efectos adversos (que siempre los hay en un porcentaje) de cualquier intervención médica. Antes de introducir cualquier nueva prestación en la cartera de servicios del SNS deberían tenerse en cuenta estos aspectos.

Aún así, si es útil y puede alargar vidas con buena calidad merece la pena priorizar estas intervenciones, pero teniendo en cuenta que el gasto total va a aumentar a corto plazo con seguridad, y es importante cuantificarlo, porque en un escenario de recursos económicos limitados es fundamental y entra en juego otro concepto económico poco conocido y menos entendido por los que no saben economía: el coste de oportunidad. Ante una cantidad de recursos limitados, y en el caso de dinero que puede gastar la administración pública lo es, el decidir gastarlos en algo supone detraerlos de otra posible inversión distinta y quizá más eficaz para mejorar la salud de la población. El concepto de coste de oportunidad nos indica qué hubiéramos hecho y con qué resultados, con el mejor uso posible de ese dinero que vamos a destinar a ese nuevo programa: así sabremos si realmente merece la pena social y sanitariamente iniciarlo.

Cuando se presenta un nuevo programa sanitario que supone gasto público es inexcusable presentar los estudios o aproximaciones en base a estudios del coste que va a suponer el programa por año de vida ganado con calidad (AVAC) y el coste de oportunidad que supone. Por ello ante la pregunta del coste de un nuevo programa como el cribado de cáncer colorrectal que quiere implantar el Ministerio de Sanidad no es adecuado responder que cueste lo que cueste se pondrá pues salva vidas, ya que sigue incidiendo en ese pensamiento falaz implantado en la población de que en sanidad cuanto más se gaste mejor. Sobre todo si antes de decidir hacer el programa hay un informe de un grupo de expertos publicado por el Ministerio de Sanidad en junio de 2013 titulado: Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer. Y que este informe dice textualmente: "Respecto al coste-efectividad del programa; el informe Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer colorrectal en la población general (Servicio Canario de la Salud, 2010) concluye que para el grupo de edad a partir de los 50 años, el cribado del Cribado de Cáncer Colorectal (CCR) con detección de sangre oculta en heces (SOH) mediante el test inmunológico es coste-efectivo. La prueba de SOH con el método inmunológico y periodicidad bienal comparada con no cribado tiene una ratio coste-efectividad incremental de 2.265 € por AVAC. Este coste incremental es bajo para los umbrales normalmente aceptados de coste-efectividad que tienden a situarse en los 30.000 euros por AVAC. Puesto que el CCR es una de las causas principales de mortalidad en España, estos resultados apoyan la utilización del cribado del CCR mediante la prueba de detección de SOH con el test inmunológico. El cribado del CCR es más coste-efectivo que muchas otras intervenciones sanitarias realizadas de forma rutinaria. Si la enfermedad se detecta en una etapa temprana puede proporcionarse un tratamiento eficaz, lo cual recomienda avanzar en el desarrollo de programas poblacionales de cribado de cáncer de colon."

Hubiera sido fácil remitir a este informe de los expertos basado en estudios que concluye que es rentable esta intervención y más incluso que otras que se hacen actualmente. Por último hay que tener siempre en cuenta que los cribados NO son la mejor prevención. De hecho NO previenen el cáncer, sólo detectan la enfermedad en situaciones precoces y la gente piensa que siempre es beneficioso detectar un cáncer en estadio precoz, sin embargo conforme avanzamos en el estudio profundo de la detección precoz de muchos tumores estamos a la vez dándonos cuenta de que algunos hubieran remitido espontáneamente, y en otros casos, aunque detectemos precozmente, no cambiamos mucho el resultado final en salud y/o mortalidad, incluso lo empeoramos por mayor número de efectos adversos mayores inducidos (ejemplo claro fue la detección de cáncer de próstata con antígeno prostático específico).

Si se trata de prevenir y mejorar la salud realmente es más eficaz modificar los estilos de vida, la dieta, el ejercicio físico, el consumo de tóxicos (tabaco), mejorar las condiciones socioculturales de la población, etc., que hagan que la incidencia de enfermedades sea más baja. Hay que recordar que el tabaquismo es la mayor causa aislada de morbi-mortalidad en los países desarrollados. Quizá el coste efectividad de estas intervenciones es poco evaluado por su dificultad. En cualquier caso los hábitos saludables son rentables a nivel colectivo e individual. El ejemplo lo tenemos en Suecia: uno de los países que tenía una tasa alta de enfermedades cardiovasculares dependientes de la dieta y el consumo de tóxicos como tabaco, y que las ha bajado espectacularmente gracias a unos hábitos dietéticos más sanos en la población y haber disminuido mucho la prevalencia del tabaquismo. En nuestro país no se han producido esas mejoras en los hábitos dietéticos. Más bien al revés; abandonando la dieta mediterránea y adquiriendo otros hábitos como un mayor consumo de carnes rojas, grasas y bebidas azucaradas. La mejora en la disminución del hábito tabáquico ha sido moderada: mantenemos la prevalencia de tabaquismo superior a la media europea. Y tenemos una de las tasas de obesidad y sobrepeso infantil más altas de Europa.

Por lo tanto sería más rentable avanzar en la promoción de la salud y en buscar una prevención real de la enfermedad evitando que aparezca. Y si hacemos cribados expliquemos su coste, su efectividad y lo que va a suponer en tratamientos e intervenciones médicas ineficaces o yatrogénicas y el beneficio que se va a obtener a cambio. No fomentemos la cultura del todo vale en sanidad a cualquier precio si salva vidas; ya que algún día nos podríamos encontrar con el dilema ético que exagero hasta la hipérbola de salvar a un niño con una enfermedad incurable gracias a un nuevo procedimiento que cuesta el presupuesto completo del SNS español (66.000 millones de € en 2012) o asistir con ese presupuesto al resto de millones de pacientes que lo necesitan.