

EL PLAN DE SALUD DEL ESTADO DE OREGÓN PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS: CONTEXTO, ELABORACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Joan Benach de Rovira¹ Jordi Alonso²

¹Dpto. Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional de Sanidad (ENS) / Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

²Dept. Epidemiologia i Salut Pública, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Resumen

El plan de salud del estado de Oregón en Estados Unidos representa el primer intento explícito y organizado a nivel comunitario de establecer la prioridad de los servicios sanitarios mediante un análisis sistemático de su coste-efectividad. La necesidad de afrontar problemas sanitarios comunes a los países desarrollados como el aumento de costes, o la mejora de la efectividad y equidad de los servicios, así como la polémica generada por el plan de Oregón en medios académicos, profesionales y el público en general aconsejan su revisión detallada. El presente artículo describe el contexto sanitario en el cual se originó el plan, revisa los aspectos más destacados de su elaboración, analiza los métodos usados y resumen las principales reacciones al plan.

Palabras clave: Servicios sanitarios. Prioridades en salud. Acceso. Coste-efectividad. Equidad. Gasto sanitario. Oregón.

THE OREGON HEALTH PLAN FOR THE ACCESS TO HEALTH CARE: CONTEXT, DEVELOPMENT AND CHARACTERISTICS.

Abstract

The Oregon Health Plan is the first explicit and public attempt to establish the priority of health services by a systematic assessment of their cost-effectiveness. The need to solve major health problems such as increasing costs or the effectiveness and equity of health services as well as the debate developed around the plan, deserves a detailed review. This article describes the health care context where the plan took place, reviews the most important elements of its elaboration, analyzes methods used and summarizes the main reactions to the plan.

Key words: Health services. Health priorities. Access. Cost-effectiveness. Equity. Health expenditures. Oregon.

Introducción

El lugar, el estado de Oregón en Estados Unidos. El año, 1987. Coby Howard, un niño de 7 años de edad diagnosticado de leucemia linfocítica aguda se halla a la espera de recibir un trasplante de médula ósea que le permita salvar la vida. Su madre, desempleada y sin seguro médico, confía en que el programa sanitario público *Medicaid* cubra los 100.000 dólares que cuesta el tratamiento. Sin embargo, los administradores de ese programa, que están afrontando un déficit presupuestario crónico, deciden racionar la política de trasplante de órganos iniciada en 1983-1985, desti-

nando alternativamente los recursos a cubrir los servicios preventivos básicos de casi 3.000 personas sin ninguna cobertura sanitaria. El 7 de diciembre de 1987, la muerte de Coby (así como la existencia de 5 nuevos candidatos a ser trasplantados sin seguro médico) crea una notable consternación en los medios de comunicación y la opinión pública del país¹.

Estos acontecimientos se hallan en el origen del denominado *plan de Oregón*. Dicho plan representa el primer intento organizado a nivel comunitario de establecer explícitamente la prioridad de los servicios sanitarios mediante el análisis de su coste-efectividad, ante problemas sanitarios de tanta importancia y ac-

Correspondencia: Dr. Joan Benach. C/Sinesio Delgado, 8. Dpto. Epidemiología y Bioestadística. Escuela Nacional de Sanidad. 28029 Madrid.

Este artículo fue *recibido* el 30 de mayo de 1994 y fue *aceptado*, tras revisión, el 18 de enero de 1995.

tualidad como la necesidad de controlar el gasto sanitario o evaluar la eficiencia de los servicios sanitarios.

La polémica generada entorno al *plan de Oregón* es del máximo interés. Las preguntas planteadas, de gran relevancia: ¿es este método apropiado?, ¿se deben ofrecer servicios limitados para todos o servicios amplios para unos cuantos?, ¿nos hallamos ante un proceso tendente a la racionalización o al racionamiento?

En el presente artículo se revisan críticamente el desarrollo y algunas consecuencias del *plan de Oregón*. En concreto, se plantean los siguientes objetivos: describir el contexto sanitario de Estados Unidos en el cual se originó el *plan de Oregón*; revisar los aspectos más destacados de la elaboración del plan; describir y analizar sus métodos; y, finalmente, presentar algunas reacciones al plan, dejando para un trabajo posterior un análisis más detallado de sus implicaciones.

El programa *Medicaid* en el contexto del sistema sanitario de EEUU

El sistema sanitario de los Estados Unidos es único entre los países más desarrollados económicamente. La existencia de agudos contrastes es manifiesta. Por un lado, la existencia de los hospitales más sofisticados y modernos, las inversiones en nuevas tecnologías y en investigación más cuantiosas y cerca de la mitad de los premios Nobel de Medicina de los últimos años². Por otro, presenta importantes desigualdades en salud y grandes bolsas de infracobertura sanitaria asociadas a la clase social, la raza, la edad, el estado de salud, y la condición laboral³.

Tanto la financiación como la provisión de servicios de salud son mayoritariamente privadas. Mientras aproximadamente un 60% de la financiación proviene de fondos privados⁴, el 75% de las camas hospitalarias del país pertenecen al sector privado⁵. En efecto, en Estados Unidos las poderosas compañías de seguros privadas compiten fuertemente en un sistema en el cual el sector público desarrolla esencialmente un papel regulador.

Estados Unidos gasta en su sistema sanitario más que cualquier otro país del mundo (el 13,2% del Producto Nacional Bruto (PNB)⁶ estimándose que para el año 2000 llegará al 16%)⁷, posee algunos indicadores globales de salud mediocres respecto a otros países económicamente desarrollados (como la tasa de mortalidad infantil o la esperanza de vida al nacer)⁶ y ofrece un acceso a la atención sanitaria de sus ciudadanos muy limitado.

Aproximadamente el 70% de los ciudadanos norteamericanos menores de 65 años recibe cobertura médica a través de su empleo⁸ mediante la contratación con aseguradoras privadas. El porcentaje de población asegurada, la cantidad y calidad de los servicios recibidos, así como los costes a compartir por empresarios y trabajadores varían según el tipo de empresa. Además, los individuos y las familias aseguradas corren el riesgo de perder su seguro si sufren de problemas de salud crónicos que requieren tratamientos muy caros ya que las compañías aseguradoras privadas tienden a excluir a quienes tienen «problemas de salud previos» (mala salud, riesgo elevado, etc.) u ofrecer seguros a precios muy elevados⁹. Debido a todo ello, aproximadamente el 17% de la población menor de 65 años (unas 36 millones de personas)¹⁰ no está asegurada aunque dos terceras partes sí posea empleo⁸. Además, más de 60 millones de personas, entre las que se incluyen pobres y desempleados pero también personas que trabajan a tiempo completo, tienen una cobertura sanitaria insuficiente¹¹.

El *Medicare* y el *Medicaid*, los dos principales programas financiados con fondos públicos, fueron puestos en marcha en 1966. El *Medicare* ofrece cobertura sanitaria a la inmensa mayoría de ciudadanos mayores de 65 años, a los discapacitados y a quienes sufren de insuficiencia renal crónica. El único requisito para recibir sus beneficios es haber trabajado y, por tanto, haber pagado impuestos. Sin embargo, los servicios ofrecidos no son en absoluto completos (no existe la cobertura de fármacos ni de los servicios de atención a la salud mental y ofrece poca cobertura de servicios preventivos) ni totalmente gratuitos (existe el pago compartido para diversos servicios).

El *Medicaid* es un programa financiado por los gobiernos federal y estatal (al 55% y el 45% respectivamente) y administrado por los estados, que ofrece cobertura sanitaria a los pobres. Ser pobre es condición necesaria pero no suficiente para estar cubierto por el *Medicaid*. Así, se estima que cerca del 60% de los norteamericanos pobres no quedan cubiertos por este programa al no cumplir ninguno de los requisitos necesarios: ser pobre y viejo, ser ciego, ser discapacitado, pertenecer a una familia con niños pequeños en la que falta uno de los padres, o estar desempleado o incapacitado para trabajar.

A pesar de sus claras insuficiencias, el crecimiento en los gastos sanitarios del *Medicaid* ha sido muy notable convirtiéndose en muchos estados en el programa público de crecimiento más rápido¹². Así, desde 1988 a 1992, el gasto pasó de 54.000 a 120.000 millones de dólares, estimándose para el

año 1993 en unos 140.000 millones¹³. No debe extrañar, por tanto, que muchos estados hayan iniciado estrategias dirigidas fundamentalmente a controlar el gasto público del *Medicaid*, aunque con frecuencia sean justificadas con enunciados como los de «mejorar la calidad asistencial» o «aumentar el acceso a la atención sanitaria». Por otra parte, las características de los servicios y la cobertura ofrecidos por el *Medicaid* varían mucho de estado a estado. Los estados conservan una capacidad de decisión importante en el momento de decidir a quién cubrir (la determinación del nivel de pobreza requerido), qué servicios prestar, cuánto pagar a los proveedores de servicios y cómo administrar el programa.

La elaboración del plan de Oregón

En 1989 el estado de Oregón desarrolló tres leyes con la finalidad de aumentar el acceso a los servicios sanitarios de las más de 400.000 personas menores de 65 años (sobre un total de 2,8 millones de habitantes) que no poseían ningún seguro médico privado ni estaban cubiertas por el *Medicaid*¹⁴. El conjunto de esas leyes constituyó la «Ley básica de servicios sanitarios de Oregón» (*The Oregon Basic Health Services Act*) que quedó aprobada en julio del mismo año. De entre todas ellas, la ley denominada *Senate Bill 27* (SB 27), resultó ser la más citada y polémica. La ley SB 27 proponía aumentar la cobertura del *Medicaid* en unas 160.000 personas (cubriendo así a todos los pobres del estado en lugar de, como hasta entonces, a aquéllos con ingresos inferiores o iguales al 58% del nivel federal de pobreza) a expensas de limitar el número de servicios cubiertos. Es decir, incitaba a definir un conjunto básico de servicios (*Standard Benefit Package*) para todos los ciudadanos de Oregón. Por otra parte, las otras leyes (*Senate Bill 534* y *Senate Bill 935*) requerían a las compañías privadas de seguros médicos y a las empresas pequeñas a ofrecer asistencia sanitaria a la población con «problemas de salud» y a los trabajadores.

En agosto de 1989, a fin de valorar los beneficios de la utilización de los servicios sanitarios, la gobernadora de Oregón designó una comisión (*The Oregon Health Services Commission*) para que estableciera una lista de servicios sanitarios ordenada según su importancia relativa para la población general¹⁴. Dicha comisión, compuesta por 11 miembros, evaluó la conveniencia, la eficiencia y los posibles resultados asociados a la prestación de cada servicio, tras una exhaustiva revisión bibliográfica

y la consulta a diversos paneles médicos¹⁵. Complementariamente, la comisión llevó a cabo tres tipos de actividades de participación comunitaria para que la población general valorara la importancia de distintos servicios sanitarios: a) asambleas abiertas a la comunidad, b) audiencias públicas con representantes de distintas fuerzas sociales, y c) una encuesta telefónica a una muestra de ciudadanos de Oregón.

En mayo de 1990 se aprobó una lista preliminar de las intervenciones o servicios sanitarios suficientemente coste-efectivos que deberían ser incluidos en todos los programas de seguros sanitarios del estado de Oregón y, portanto, también en el *Medicaid*. Dicha lista se reveló muy polémica: grupos de médicos, organizaciones de consumidores y los medios de comunicación, criticaron duramente las aparentes contradicciones en el orden en que los servicios sanitarios habían sido establecidos. Como causas de estas contradicciones, la comisión señaló varios problemas técnicos: dificultades para definir adecuadamente tanto los diagnósticos y los tratamientos, como para estimar la duración de los beneficios de los tratamientos, y la existencia de datos incompletos o inadecuados sobre los costes de los servicios¹⁶.

En 1991, después de sucesivas modificaciones, quedó concluida una nueva lista de tratamientos e intervenciones coste-efectivas (basadas en un nuevo método el cual se describe con detalle más adelante) y en junio, los órganos legislativos del estado definieron el número de servicios sanitarios básicos a ofrecer para toda la población.

El 3 de agosto de 1992, en plena campaña presidencial, las autoridades federales denegaron al plan de Oregón la aprobación para su puesta en práctica aduciendo que la exclusión de servicios sanitarios infringiría los estándares federales del *Medicaid*. En concreto, señalaron su incompatibilidad con la ley de 1990 sobre «los estadounidenses con discapacidades» (*Americans With Disabilities Act*) (ADA) puesta en marcha en 1992, puntualizando que el plan de Oregón estaría basado en «la premisa de que el valor de la vida de una persona con discapacidad es menor que el valor de la vida de una persona sin ella»¹⁷. John Kitzhaber, presidente del Senado de Oregón e inspirador del plan declaró: «el país lo necesita [el plan] y, a menos que me equivoque de cabo a rabo, la nación exige una experimentación audaz y continuada. Es de sentido común escoger un método y ensayarlo. Si falla, admitámoslo francamente e intentemos otro. Pero, por encima de todo, hagamos algo»¹⁷.

A pesar de la negativa federal, el plan siguió siendo discutido. Para dar respuesta a las objecio-

nes señaladas, en octubre de 1992 se revisó nuevamente la metodología utilizada y se obtuvo una nueva lista de prioridades: se eliminaron los resultados de la encuesta y los juicios sobre calidad de vida, se redujo la lista de 709 a 699 diagnósticos-tratamientos y se otorgó mayor peso a las opiniones de la comisión.

En marzo de 1993, después de intensas negociaciones entre fuerzas políticas federales y del estado de Oregón, estas últimas acordaron «retocar» una vez más la metodología utilizada y revisar la lista de prioridades¹⁸. Finalmente, la administración Clinton aprobó la lista de servicios prioritarios por un período de 5 años, con la condición de minimizar los problemas de los discapacitados.

Por su parte, los órganos legislativos del estado de Oregón aprobaron la ley ('House Bill 5530') por la cual se autorizaba un «paquete básico de servicios» conteniendo 565 de los 696 servicios finalmente seleccionados. El programa entró en vigor en febrero de 1994 financiado con los fondos generales del estado, mediante un incremento del 10% en la tasa de los impuestos a los cigarrillos y la ampliación de fondos del *Medicaid* (63% provenientes del gobierno federal y 37% del estado de Oregón). Además, si el gobierno federal así lo aprueba, a partir de 1995 «el paquete básico de servicios» será ampliado¹⁹.

Aspectos conceptuales y metodológicos del plan de Oregón

El método escogido por la comisión de Oregón para analizar la eficiencia de los servicios sanitarios fue el análisis coste-efectividad. Dicho método, basado en la cuantificación del coste económico de cada servicio en relación al beneficio sanitario esperado (cantidad y calidad de vida)²⁰, sirvió para establecer una lista de servicios ordenada acorde a los resultados.

La comisión utilizó dos fuentes fundamentales para realizar la ordenación de los servicios: especialistas en diversos aspectos de la atención sanitaria y representantes de la sociedad.

Cálculo de la razón coste-efectividad

Los paneles de especialistas confeccionaron una lista de 1.600 pares de diagnósticos o condiciones de salud (por ejemplo, apendicitis) y tratamientos o servicios (por ejemplo, apendicectomía). Para la codificación de los diagnósticos se usó la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) y para la de los tratamientos o

Tabla 1. Valores de cada uno de los factores de la razón coste-efectividad de cuatro tratamientos en la lista preliminar del plan de Oregón. Modificada de Hadorr²

Tratamiento	Beneficio	Duración del Beneficio	Coste (en \$)	Puntuación según la razón Coste/efectividad	Lugar en la lista
Empaste dental	0,08	4	38,10	117,6	371
Cirugía para el embarazo ectópico	0,71	48	4.015	117,8	372
Fijación de una alteración temporo-mandibular	10,16	5	98,51	122,2	376
Apendicectomía	0,97	48	5.744	122,5	377

servicios la cuarta edición del '*Current Procedural Terminology*' (CPT-4) de los archivos de la Administración de Financiación de la Atención Sanitaria (HCFA). Para cada una de las parejas diagnóstico-tratamiento, se calcularon tres factores: el beneficio neto esperado del tratamiento, la duración esperada en años de ese beneficio y los costes directos de ofrecer el tratamiento. De ese modo, mediante la fórmula:

$$\text{razón coste/efectiv.} = \frac{\text{coste del tratamiento}}{\text{beneficio neto} * \text{duración del beneficio}}$$

se obtuvieron las razones de coste/efectividad para cada pareja de diagnóstico-tratamiento y se confeccionó una lista inicial ordenada de las mismas.

Veamos con algún detalle cómo fueron calculados cada uno de los factores arriba mencionados. El beneficio neto esperado del tratamiento fue calculado por grupos de médicos especialistas que, mediante revisiones bibliográficas y su juicio subjetivo, estimaron la edad en que ocurren los diagnósticos o condiciones, la duración del beneficio asociado al tratamiento y las probabilidades de cada uno de los diferentes resultados posibles para cada tratamiento. Asignaron valores a cada uno de estos resultados utilizando una versión modificada de la «Escala de Calidad de Bienestar» (Quality of Well-Being scale - QWB-). Esta escala contempla 43 niveles de estados de capacidad funcional entre la «salud perfecta» (que tiene el valor de 1) y la «muerte» (que tiene el valor de 0)²¹.

Los costes de cada tratamiento o servicio (incluyendo todas las medicaciones y servicios secundarios y auxiliares) fueron calculados a partir de los registros del *Medicaid*, de las compañías de seguros, así como mediante juicios subjetivos. Pueden encontrarse más detalles sobre los métodos usados

Tabla 3. Lista de 17 categorías en orden decreciente según su importancia. Modificada de Hadorn²

1. Tratamiento de condiciones que amenazan la vida en forma inmediata en las cuales el tratamiento evitará la muerte con un restablecimiento completo del estado de salud anterior
Ejemplo: apendicectomía para la apendicitis
2. Atención maternal y de los problemas del recién nacido
Ejemplo: atención obstétrica para la embarazada
3. Tratamiento de condiciones que amenazan la vida en forma inmediata en las cuales el tratamiento evitará la muerte sin un restablecimiento completo del estado de salud anterior
Ejemplo: tratamiento médico de una meningitis bacteriana aguda
4. Atención preventiva infantil
Ejemplo: vacunaciones
5. Tratamiento de una condición letal o crónica en la cual, con el tratamiento debido, se mejora la esperanza de vida y la calidad de vida
Ejemplo: tratamiento médico de una diabetes mellitus del tipo I
6. Servicios de reproducción asistida (excluyéndose de ellos la maternidad y la infertilidad)
Ejemplo: ayuda en la contracepción
7. Atención de cuidados paliativos
8. Atención dental preventiva
Ejemplo: limpieza dental
9. Atención preventiva para adultos (A,B,C)*
Ejemplo: mamografías
10. Tratamiento de condiciones agudas de salud, que no amenazan la vida y no son autolimitantes, en las cuales hay un restablecimiento completo del estado de salud anterior.
Ejemplo: tratamiento médico de una tiroiditis aguda
11. Tratamiento único de condiciones de salud crónicas, que no amenazan la vida, en las cuales el tratamiento mejorara el QWB.
Ejemplo: implantación de prótesis de cadera
12. Tratamiento de condiciones agudas, que no amenazan la vida, en las cuales el tratamiento mejorará el QWB sin un restablecimiento completo del estado de salud anterior.
Ejemplo: recolocación de un codo dislocado
13. Tratamiento repetitivo de condiciones crónicas que no amenazan la vida (con síntomas recurrentes o continuos) en las cuales habrá una mejora del QWB con un beneficio a corto plazo.
Ejemplo: tratamiento médico de una sinusitis crónica
14. Tratamiento de una condición aguda, autolimitada, que no amenaza la vida en la cual el tratamiento facilitará la vuelta al estado de salud anterior
Ejemplo: tratamiento médico de una conjuntivitis aguda
15. Servicios de infertilidad
Ejemplo: tratamiento médico de la anovulación
16. Atención preventiva para adultos (D,E)*
Ejemplo: sigmoidoscopia en personas más jóvenes de 40 años.
17. Tratamiento de condiciones que amenazan o no amenazan la vida en las cuales la mejora del QWB o la esperanza de vida, es mínima o inexistente.
Ejemplo: Tratamiento médico de cálculos biliares sin existir colecistitis

*Definido según el 'US Preventive Services Task Force Report'.

definir adecuadamente los elementos básicos de la fórmula de coste-efectividad (los diagnósticos, los tratamientos, los resultados de los mismos y su probabilidad asociada, la duración esperada de los mismo e, incluso, la estimación de los costes de los servicios).

Para subsanar los problemas detectados, se estableció un método alternativo llamado «método independiente del coste para el establecimiento de prioridades en los servicios sanitarios» (*'Cost-free method for setting health care priorities'*)²⁷, basado en dos pasos. En primer lugar, se crearon 17 categorías que representarían los distintos tipos de beneficio sanitario esperado por los tratamientos o servicios, y después, se asignó cada par de diagnóstico-tratamiento a una categoría determinada. Por ejemplo, como categoría se escogió «problemas agudos con alto riesgo de perder la vida en los que el tratamiento evita la muerte y lleva al individuo a un total restablecimiento de su salud», como diagnóstico-tratamiento, la «apendicitis-apendicectomía». Las categorías fueron ordenadas, en una escala de 0 a 10, usando una técnica de Delphi modificada. A fin de asignar cada par diagnóstico-tratamiento a una categoría determinada, se valoraron, en una escala de 0 a 100, las siguientes características de los servicios sanitarios: a) su valor para los individuos, b) su valor para la sociedad, c) el hecho de ser una categoría esencial o no para la atención sanitaria.

Tras realizar varias modificaciones y elaborar distintas listas, se obtuvo una lista «casi definitiva» en la que las categorías fueron colocadas en forma correlativa según su mayor o menor prioridad. Para cada categoría, los servicios quedaron ordenados según su beneficio neto (obtenido a partir de la razón coste-efectividad) sin que en ese momento se tuviera en cuenta el coste.

Finalmente, la comisión cambió de orden determinados servicios (entre una tercera parte y la mitad de ellos) según el juicio subjetivo dado a tres tipos de factores: a) el número de personas que se beneficiaría del tratamiento, b) el valor social de ese tratamiento, y c) los valores de la razón coste-efectividad. En ese sentido, el coste jugó un papel muy limitado en la lista final.

Mediante este largo y complicado proceso, se obtuvo una lista de 709 servicios clasificados en 17 categorías.

La comisión recomendó como «atención sanitaria esencial» casi todos los servicios incluidos en las categorías 1 a 9 y la mayoría de servicios de las categorías 10 a 13, mientras que los incluidos en las categorías 14 a 17 fueron catalogados como «no esenciales». De los 709 servicios, 366 fueron clasificados como «esenciales», 275 como «muy importantes» y 68 como «valiosos para ciertos individuos». Se recomendó incluir en la cobertura de *Medicaid* un total de 587 de los 709 servicios²⁸ en proporciones variables según el tipo de servicios (el

98% de los «esenciales», el 81% de los «muy importantes» y el 7% del resto).

Como ejemplos de tratamientos no cubiertos cabe destacar entre los considerados «esenciales», el tratamiento médico del síndrome hepatorenal o el trasplante de hígado a causa de cirrosis alcohólica, y entre los «muy importantes», la terapia médica para los problemas de los discos intervertebrales o la cistitis crónica.

En relación a los costes estimados según la inclusión de diversos servicios, cabe señalar que el coste promedio mensual per cápita (por miembro inscrito) de incluir los servicios hasta la línea 585, hasta la línea 640 o todos los servicios era de 127, 134 y 145 dólares, respectivamente. Para ampliar los servicios desde la línea 585 (cerca al nivel actualmente escogido) a la 640 habría hecho falta, en el año 1993, un incremento de cerca de 18 millones de dólares, es decir, un incremento presupuestario del 2%²⁸.

En octubre de 1992, para hacer frente al rechazo federal del plan ligado a su incompatibilidad con la ley sobre discapacidades ya comentado, la comisión otorgó aún un mayor peso a sus puntos de vista revisando nuevamente la metodología y reduciendo la lista a 699 diagnósticos-tratamientos. Se dieron cuatro nuevos pasos. En primer lugar, se eliminó la información generada por las encuestas telefónicas y las referencias a la «calidad de vida» usadas anteriormente. Segundo, se escogió como criterio básico para establecer prioridades la efectividad de los servicios médicos en evitar la muerte. En tercer lugar, a igual efectividad, se consideró prioritario el tratamiento con menor coste económico. Finalmente, se utilizaron las preferencias de la población de Oregón manifestadas en las reuniones públicas realizadas. En este sentido, los servicios preventivos, de planificación familiar, o de atención a madres e hijos, entre otros, fueron considerados más importantes que los servicios cosméticos o los tratamientos para problemas que pueden mejorar por sí solos¹⁹.

Después de los últimos retoques, la lista final aprobada incluye 696 servicios de los cuales 565 quedarán incluidos en una primera fase en el «paquete básico de servicios».

Reacciones al plan de Oregón

El peculiar sistema sanitario norteamericano refleja mejor que cualquier otro los problemas y las necesidades de los sistemas sanitarios modernos: el aumento del gasto sanitario, la existencia de necesidades de atención sanitaria no cubiertas, el desco-

nocimiento de la eficiencia de numerosos servicios sanitarios, la difusión de la tecnología avanzada no evaluada, la valoración del bien salud por parte de la población, el papel jugado en el mismo por los medios de comunicación de masas, o la necesaria elección de prioridades en los servicios sanitarios, entre otros.

En el país con el gasto sanitario más elevado del mundo y la investigación en servicios de salud más desarrollada, el *plan de Oregón* ha originado un profundo debate y ha planteado preguntas candentes. ¿Pueden ofrecerse servicios sanitarios básicos para toda la población al tiempo que se destinan, por ejemplo, recursos para realizar trasplantes de médula ósea?, ¿puede evaluarse la eficiencia social de los servicios sanitarios?

En este debate, la discusión gira alrededor de dos conceptos diferentes que, con cierta frecuencia, se usan indistintamente: la racionalización y el racionamiento. La racionalización tiene que ver con una utilización eficiente de los servicios sanitarios existentes, obteniéndose la máxima efectividad en el estado de salud de la población con los recursos disponibles. El racionamiento, en cambio, tiene lugar cuando los servicios sanitarios que una sociedad puede ofrecer (en cuanto a su tipo y/o cantidad) no se hallan a disposición de todos aquellos que podrían beneficiarse de ellos²⁹.

Aunque pocos dudan de que en su primer intento el *plan de Oregón* fue poco afortunado, las valoraciones sobre el método de análisis coste-efectividad usado en su elaboración difieren. Para la comisión misma, los problemas del método se debieron a dificultades técnicas (insuficiente definición de los diagnósticos y/o tratamientos; errores en la estimación de la duración de determinados beneficios; y posibles incorrecciones en algunos datos sobre costes). Para Hadorn, el problema se debió a las insuficiencias del análisis coste-efectividad²⁹. Para Eddy, la aplicación del método coste-efectividad, en la particular forma en que se desarrolló en el *plan de Oregón*, significó un paso adelante y una mejora de métodos anteriores. En la práctica, sin embargo, este autor reconoce su insuficiente desarrollo, lo cual impide la determinación de la efectividad y el coste de todos los tratamientos médicos en todos los casos posibles³⁰. Igualmente, Kaplan, uno de los creadores de la escala QWB usada en el *plan de Oregón*, ha resaltado las insuficiencias actuales de información llegando a hablar de la existencia de una «crisis de ignorancia»³¹.

¿Es posible desarrollar un método que indique cuáles deben ser los servicios prioritarios a escoger?, ¿existe la información apropiada para usar ese método?, ¿qué método debemos usar para medir la eficiencia social de los servicios?

En nuestra opinión los métodos actuales son aún muy imprecisos y la información disponible para la aplicación del método es inadecuada. Tal y como sugiere Robert Kaplan: «En el mejor de los mundos posibles, para determinar la eficacia de cada tratamiento haríamos ensayos clínicos, pero eso tomaría 30 años por lo cual los tratamientos ya serían obsoletos»²⁵. Además, a pesar de la voluntad de incluir los puntos de vista de la población general, las modificaciones sucesivas realizadas por la comisión ignoraron o modificaron sustancialmente la opinión popular prevaleciendo las opiniones de los técnicos y los políticos.

Además, el *plan de Oregón* ha sido ampliamente criticado en Estados Unidos como un plan racionador de servicios. Así, Henry Waxman, poderosa figura demócrata del Congreso, calificó al plan de «experimento de racionamiento» señalando que: «por primera vez en 25 años de historia del programa *Medicaid*, un estado quiere explícitamente racionar los servicios sanitarios a los más pobres y a los niños»³². Por su parte, el entonces senador, y ahora vicepresidente de los Estados Unidos, Al Gore, señaló que el plan era una declaración de rendición incondicional: «Oregón ha hecho una elección trágica y un terrible error al responder a la situación de quienes no tienen seguro médico mediante un proyecto que quita a los pobres para dárselo a los pobres»³².

La búsqueda de la racionalización de servicios ¿justifica el racionamiento de los servicios sanitarios?, ¿qué servicios básicos deben ofrecerse?, ¿para quién?, ¿cómo y quién debe tomar esa decisión?

El *plan de Oregón* tiene, sin duda, varios méritos: ha permitido avanzar en las metodologías de análisis para establecer la prioridad de los servicios sanitarios y ha hecho explícito el actual racionamiento de servicios existente en forma implícita en los Estados Unidos (y en muchos otros países). No obstante, sus limitaciones y riesgos parecen también claros. Desde el punto de vista metodológico, la falta de validez interna y externa de los métodos usados limita su interés. Desde el punto de vista social, existe otro riesgo aún mayor: la creencia de que se ha usado un plan «científico» y «democrático» puede permitir legitimar el racionamiento de los servicios sanitarios.

En nuestra opinión, los responsables del *plan de Oregón* deberían reconocer de manera explícita la abrumadora falta de evidencias para estimar adecuadamente el beneficio de los tratamientos así como el insuficiente papel jugado por la población en la toma de decisiones sobre qué servicios sanitarios deben ser prioritarios. Más aún, deberían haberse planteado la conveniencia de utilizar medios más

representativos de incorporar la opinión pública en la toma de decisiones (p.ej., realizar un referéndum vinculante).

En cualquier caso creemos que esta iniciativa merece un análisis riguroso y debería ser objeto de un profundo debate entre los profesionales de la salud pública de este país.

Agradecimientos

Este trabajo se inició durante la estancia de los autores en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins de Baltimore que fue financiada por las becas: Fulbright / Ministerio de Sanidad y Consumo (91/17.676; 92/18.684) (Joan Benach) y FIS (91/5472) (Jordi Alonso).

Bibliografía

1. Specter M. Rising cost of medical treatment forces Oregon to 'play God'. *The Washington Post* 5 Feb 1988, sección A:1 (7).
2. Sullivan LW. The Bush Administration's Health Care Plan. *N Engl J Med* 1992;327: 801-4.
3. General Accounting Office. *Health Insurance: a profile of the uninsured in selected states*. Washington DC: U.S. General Accounting Office. 1991.
4. OCDE. *Health Care Systems in Transition*. Paris. 1990.
5. U.S. Dept. of Health and Human Services Public Health Service. *Health United States*. 1989.
6. OECD. *Health Systems: Facts and Trends*. Paris. 1993.
7. Sonnenfeld ST y cols. Projections of national health expenditures through the year 2000. *Health Care Financ Rev* 1991, 13(1):1-27.
8. CBO, *Congressional Budget Office*, 1990.
9. Bodenheimer T. Should we abolish the private health insurance industry? *Int J Health Serv* 1990; 20(2):199-220.
10. Foley J. *Sources of health insurance and characteristics of the uninsured analysis of the March 1991*. Current Population Survey, Washington, D.C. Employee Benefit Research Institute, 1992.
11. Brandon RM, Podhorzer M, Pollak TH. Premiums without benefits: waste and inefficiency in the commercial health insurance industry. *Int J Health Serv* 1991; 21(2):265-83.
12. Iglehart JK. The American Health Care System. *N Engl J Med* 1992; 326:962-7.
13. Holahan J, Rowland D, Feder J, Heslam D. Explaining the Recent Growth in Medicaid Spending. *Health Affairs*, Fall 1993. 177-190.
14. Fox DM, Leichter HM. Rationing Care in Oregon: The New Accountability. *Health Affairs*, Summer 1991. 7-27.
15. Kitzhaber J. A Healthier approach to health care. *Issues in Science and Technology*. Winter 1990-1991. 1991, 59-65.
16. Eddy DM. Oregon's Methods. Did Cost-effectiveness Analysis Fail? *JAMA* 1991; 266: 2135-41.
17. Rutledge K. Rejection of Oregon Plan a setback to reform. *Hospitals*, October 5, 1992: 92.
18. Fox DM, Leichter HM. State Model: Oregon. The Ups and Downs of Oregon's Rationing Plan. *Health Affairs* (Summer 1993): 66-70.
19. Oregon Department of Human Resources. Office of Medical Assistance Programs. *The Oregon Health Plan*. 1993.
20. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med* 1977; 296:716-21.
21. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York. Oxford University Press, 1987.
22. Klevit HD, Bates AC, Castanares T, Kirk EP, Sipes-Metzler PR, Wopat R. Prioritization of Health Care Services. A Progress Report by the Oregon Health Services Commission. *Archives of Internal Medicine*. 1991;151:912-6.
23. Hadorn DC. Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost-effectiveness Meets the Rule of Rescue. *JAMA* 1991;265: 2218-25.
24. Kaplan RM, Bush JW, Berry CC. Health Status: types of validity and the Index of Well-being. *Health Serv Res* 1976; 11(4): 478-507.
25. Morell V. Oregon puts bold health plan on ice. *Science* 1990; 249: 468-71.
26. Jonsen A. Bentham in a box: technology assessment and health care allocation. *Law Med Health Care* 1986; 14:172-4.
27. Hadorn DC. Health Care Effectiveness Research and Public Policy. November 23. 1988 (no publicado).
28. Steinbrook R, Lo B. The Oregon Medicaid Demonstration Project - Will it provide adequate medical care? *N Engl J Med*. 1992; 326: 340-4.
29. Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy. Allocating resources to Health Care*. Nueva York. Oxford University Press, 1993.
30. Eddy DM. Cost-effectiveness analysis. Is it up to the task? *JAMA* 1992; 267: 33428.
31. Kaplan RM. Application of a general health policy model in the American health care crisis. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1993; 86: 277281.
32. Greenberg DS. Washington Perspective. The Oregon plan on Capitol Hill. *Lancet* 1991; 338: 808-9.
33. Definido según el 'US Preventive Services Task Force Report'.

