

ABC EN EVALUACIÓN ECONÓMICA

El establecimiento de prioridades

V. Ortún-Rubio, J.L. Pinto-Prades y J. Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Introducción

A nadie se le escapa que en ninguna sociedad todas las personas tienen acceso a todos los bienes y servicios de la mejor calidad posible. Una forma sencilla de establecer prioridades sería que los servicios sanitarios se prestaran a quien pudiera pagar por ellos: orientaría los recursos a la demanda solvente —en lugar de a la necesidad sanitaria— y sería considerado injusto. Para evitarlo, en nuestras sociedades, se financian públicamente los servicios sanitarios... pero ello no impide que los recursos sean limitados. Limitados los recursos que tienen expresión monetaria y limitados, también, los recursos —como los órganos para trasplantes— que no tienen expresión monetaria.

El cómo cada sociedad contesta a la pregunta de «¿todo, para todos, de la mejor calidad?»¹ refleja la forma de establecer prioridades (tabla 1). Las respuestas a la pregunta implican elecciones que pueden abordarse, de lo más general a lo más concreto, en dos niveles:

1. ¿Servicios sanitarios u otras formas de producir salud?
2. ¿Qué servicios sanitarios y para quién?

Servicios sanitarios u otras formas de producir salud

Afortunadamente, la historia y la actualidad de los países más po-

bres muestra cómo mejorar la salud de la población contribuye al desarrollo². Los problemas pueden presentarse cuando avanzar en el objetivo salud implica retroceder en otros objetivos sociales como el de la educación.

Cuanto más elevada es la renta media per cápita en un país, mayores son las probabilidades de que sus habitantes disfruten de una vida larga y saludable. La intensidad del efecto disminuye a medida que los ingresos se elevan. El aumento de la renta tiene mayor repercusión en las poblaciones pobres porque los recursos adicionales se utilizan para adquirir artículos de primera necesidad (alimentos, vivienda) particularmente beneficiosos para la salud. Debido a que la pobreza influye poderosamente en la salud, no sólo el ingreso per cápita es significativo; la distribución del ingreso y el número de personas que viven en la pobreza es igualmente importante. Aquellos países más igualitarios que han priorizado los servicios sociales (educación y sanidad, intensivos en mano de obra relativamente barata) han conseguido espectaculares mejoras en su bienestar social pese a no registrar un gran crecimiento económico (Costa Rica, Kerala). Ello es debido en gran parte a la relación positiva y significativa entre aumento de la renta por persona y mejora de la esperanza de vida al nacer, que se establece principalmente a través del impacto que tenga el producto nacional de un país en, primero, las rentas de los pobres y, segundo, el gasto en salud pública.

En sociedades ricas la elección entre servicios sanitarios y otras formas de mejorar la salud viene reflejada en el alcance y racionalidad de sus políticas de salud y de sus servicios sanitarios. Cuando se amplía el enfoque a las políticas de salud (medio ambiente, estilos de vida) y a otras políticas públicas, se constata: a) que pueden tener tanto un mayor impacto en el bienestar como b) una superior eficiencia redistributiva que las políticas de servicios sanitarios. Por ejemplo, la atención familiar, los servicios sanitarios y sociosanitarios y los servicios sanitarios son ampliamente substitutivos. Tanto el envejecimiento demográfico como el creciente número de personas que viven solas originarán unos considerables gastos de dependencia, que sólo parcialmente deberían ser gastos sanitarios. Una forma de evitar la medicalización indebida de los problemas sociales pasa, en este caso, por fomentar la sustitución de los servicios sanitarios por servicios sociales. O, como mínimo, por no fomentar la medicalización de los problemas sociales por la vía de financiar públicamente su manejo a través del sistema sanitario. Y parecidos razonamientos caben respecto a la mortalidad y morbilidad que plantean las enfermedades cardiovasculares, los cánceres o los accidentes. Iniciativas como la de la OMS, que ordena en su último Informe sobre la Salud en el Mundo³ a los países según los logros de sus sistemas de salud y según el desempeño de éstos, tienen, pese a sus múltiples limitaciones, un interés indudable

(Aten Primaria 2001; 27: 673-676)

TABLA 1. Formas de establecer prioridades: ¿Todo, para todos, de la mejor calidad y a precio cero?

Sobre el «para todos»

Exclusión de colectivos: los no asegurados en Estados Unidos, que carezcan además de capacidad de compra de servicios sanitarios
Postergación de la mayoría en presencia de la práctica social de la «recomendación» y, en general, los 3 millones de personas que en España gozamos de acceso privilegiado: Muface, Mupal, Mugeju, Isfas, periodistas, empresas colaboradoras de la Seguridad Social...

Sobre el «todo»

Control de oferta tanto en la introducción de tecnología como en la adecuación de su empleo (sería la vía europea). En el extremo más igualitario: si algo no puede ser para todos, que no sea para nadie
Influencia de mercado en la práctica clínica (vía de Estados Unidos): el comprador respeta la libertad clínica pero no renueva un contrato si el perfil de práctica clínica observado no se adapta a las recomendaciones emitidas por dicho comprador
Redefinición de problemas médicos como problemas sociales (aunque suele prevalecer más la redefinición de problemas sociales como problemas médicos)
Catálogos de prestaciones. Titular de periódico en Europa cuando de forma explícita se niega un tratamiento a una persona

Sobre la «mejor calidad»

Despilfarro de recursos por ineficiencia, rentas indebidas a proveedores, mala organización...
Retrasos y listas de espera
Tratamiento subóptimo (inadecuado, descortés...)

Sobre el «precio cero»

Precio no monetario: tiempos de espera y otras barreras de acceso culturales, administrativas, geográficas
Precio monetario: copagos o tiquets moderadores, deducibles...

como forma de estimular una competencia por comparación que permita aprender de aquellos países con políticas de salud más eficientes. El benchmarking puede funcionar en políticas de salud de la misma forma que ha funcionado en cirugía coronaria⁴.

¿Qué servicios sanitarios y para quién?

La respuesta a esta pregunta depende de cómo interactúan, en cada sociedad, los mecanismos de asignación de recursos a través de la combinación Estado/mercado y normas clínicas (entendidas éstas como los conocimientos, actitudes, valores y expectativas compartidas por una profesión y que configuran los comportamientos que en cada momento se consideran aceptables, así como su correspondiente mecanismo de sanciones). En nuestro contexto son las decisiones políticas y las decisiones clínicas las que de forma aparente establecen las prioridades siendo, además, las que en principio deberían ser vulnerables a nuestra actuación como ciudadanos. Obviamente, y dado que cual-

quier gasto sanitario implica una renta para quien lo recibe, existen numerosos grupos de intereses creados que tratan de «arrimar las prioridades a su sardina» con el argumento de que su sardina es la que más contribuye al bienestar social. Y para ello tratan de influir tanto en las decisiones políticas como en las decisiones clínicas, a menudo con mayor éxito que los ciudadanos.

Las decisiones políticas influyen principalmente en la determinación de qué servicios sanitarios se prestan (decisiones de inversión, de convocatoria de plazas MIR, de gasto corriente) e influyen la práctica clínica al dimensionar la oferta. Las decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas resultan particularmente relevantes para priorizar pacientes. Partamos de unas decisiones políticas que establecen prioridades de manera implícita e incrementalista y comentemos cómo pueden mejorarse.

Decisiones explícitas

La democracia y la eficiencia (producir aquellos servicios que las

personas más valoran) reclaman criterios explícitos en lugar de implícitos. Aparecen ya países o Estados que han establecido prioridades de forma explícita: Países Bajos, Noruega, Suecia, España, Nueva Zelanda y Oregón. Oregón ha tendido al racionamiento por exclusión (se especifican los servicios cubiertos), Nueva Zelanda al racionamiento mediante guías de buena práctica —sin exclusiones categóricas— que pueden adaptarse a las circunstancias individuales de cada paciente, y los Países Bajos han mezclado los dos enfoques⁵. Suecia estableció principios en el Parlamento (dignidad humana, necesidad y solidaridad, coste-efectividad) para guiar el establecimiento de prioridades. España sentó el principio de priorización, tanto con el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, de financiación selectiva de medicamentos, como con el Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En aquellas experiencias habidas para decidir sobre qué servicios sanitarios deben financiarse públicamente, junto con los habituales criterios de efectividad, coste-

efectividad y coste-utilidad, aparecen otros que:

1. Reflejan preferencias sociales sobre edad u otras características (los Países Bajos, por ejemplo, consideran que la fertilización in vitro responde a una necesidad individual pero no social, ya que la población puede aumentar su tamaño a través de los procedimientos tradicionales).

2. Incorporan las concepciones que cada sociedad tenga acerca de cómo distribuir las ganancias en salud y hasta qué punto hay que sacrificar ganancias en salud a cambio de una mejor distribución de esas ganancias.

3. Abordan el papel de la responsabilidad individual. Suecia, como ilustración, exige un determinado nivel de estreptococos dentales para financiar públicamente un implante: constituye una forma de expresar una solidaridad con los diligentes, no con los negligentes... Sí, somos conscientes de que los límites del albedrío individual no están científicamente establecidos, pero la democracia es el gobierno de la mayoría en un país, no necesariamente el reflejo de conciencias particulares o verdades científicas.

Dos dimensiones más diferencian las experiencias habidas con el establecimiento explícito de prioridades. Una primera, relacionada con el ámbito al que las prioridades se refieren: todo un país (decisión muy centralizada) o una zona geográfica (establecimiento de prioridades descentralizado, como en el Reino Unido). Nada impide una mezcla de ambos enfoques.

Una segunda dimensión relevante pasa por el grado de participación social, la calidad de la democracia. Un establecimiento de prioridades explícito tiene serios obstáculos y costes. Entre los obstáculos destaca su escaso atractivo para políticos: establecer prioridades tiene el reverso de destacar qué se deja sin hacer y obliga, por otra parte, a explicar posteriormente hasta

qué punto se han conseguido las prioridades establecidas. Debe mencionarse, también, la desutilidad que determinar prioridades origina tanto en quien padece las negativas o retrasos como en quienes contribuyen a tal negativa o retraso. En ocasiones, suele ser más cómodo que «otro» tome las decisiones delicadas. No obstante, la escasa evidencia empírica disponible señala que la participación en los procesos sociales de decisión afecta al bienestar (felicidad, salud) de las personas y que afecta más el proceso en sí que el hecho de disfrutar de los resultados de ese proceso (los inmigrantes sin derecho a voto en Suiza, por ejemplo, se benefician de los resultados pero no de la participación en el proceso)⁶.

Decisiones no incrementalistas

El sentido común exige, por otra parte, criterios no incrementalistas: idéntico porcentaje de aumento, o descenso, para todos castiga a los más competentes y se olvida de los cambios —demografía, tecnología, morbilidad— en el mundo.

Parece claro, por tanto, que orientar las decisiones políticas de asignación de recursos a través de métodos de evaluación económica puede marcar un paso en la dirección correcta.

Listas de espera

Una manera de priorizar las listas de espera, menos infrecuente de lo deseable, es la de guiarse por «recomendaciones» o «enchufes»: ineficiente e inequitativo. Otro procedimiento, el más habitual y con claras resonancias contables, es el del método FIFO (first in, first out) para los casos que no se estiman urgentes. Este criterio de priorizar por tiempo de espera no introduce consideraciones ni de efectividad (¿quién puede beneficiarse más?) ni de equidad.

Se trata de conseguir una priorización transparente, estable, basada en datos objetivos de los pacientes con debida consideración de los parámetros clínicos y de las preferencias sociales⁷. La técnica del análisis conjunto, referida en el artículo cuarto de esta serie⁸, resulta particularmente adecuada, ya que permite obtener preferencias de los individuos (clínicos y muestra social) ante un conjunto de alternativas multiatributos: cada paciente en lista constituye una alternativa y sus atributos (incapacidad visual, limitación en las actividades de la vida diaria, probabilidad de recuperación, edad del paciente y tiempo de espera, a guisa de ejemplo en una lista de espera para extracción de cataratas) pueden ser objeto de puntuación válida y fiable⁹.

Líneas de avance

Parece conveniente ir abandonando el establecimiento implícito de prioridades, actualmente difuminado entre decisiones clínicas, procedimientos administrativos y decisiones políticas. El arsenal de actuaciones que pueden contribuir al establecimiento de prioridades es amplio y, obviamente, la calidad de la contribución dependerá de la calidad de la actuación más que del tipo o tipos de actuaciones que se elijan. Entre éstas:

– Análisis coste-utilidad para informar el establecimiento de prioridades presupuestarias. Coste por AVAC, criterio útil pero no único¹⁰.

– Análisis coste-efectividad para informar las mejores políticas de salud, especialmente los análisis marginales de variaciones en costes y variaciones en efectos.

– Análisis conjunto para establecer listas de espera que respondan a las preferencias sociales.

– Copagos para servicios de dudosa efectividad, sensibles al precio, sin costes de recaudación y sin impacto en la equidad.

- Listas positivas o negativas (del estilo de las utilizadas para medicamentos). Este tipo de racionamiento por exclusión funciona cuando puede establecerse la efectividad nula o dudosa en cualquier circunstancia. En cuanto tal efectividad dependa no tanto del procedimiento en sí como del usuario que lo reciba, resulta imprescindible el juicio clínico: guías de buena práctica que interioricen las consideraciones de eficiencia.
- Valoración de tecnologías: tanto su introducción como la adecuación de su uso.
- Información a los ciudadanos sobre efectividad y calidad de los servicios (sobre aquellos que sea factible, naturalmente) para estimular tanto una utilización más adecuada como una participación más informada.
- Guías de práctica clínica que orienten las prelación de acceso.
- Definición de un proceso para el establecimiento de prioridades.

Se trata de que Estado/mercado y normas clínicas se adecuen para que las prioridades estén basadas en la constatación científica, se orienten a los individuos (no respondan a intereses de la oferta) y tengan presente en qué momento los aumentos de efectividad dejan de compensar los incrementos de gasto, a la vista de otras formas de utilizar los recursos sociales.

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: ambos niveles están comprometidos. Los resultados de la evaluación económica —objeto de esta serie de artículos— pueden ayudar a establecer unas prioridades sanitarias que respondan a las preferencias sociales. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso, de la plasticidad de los métodos de evaluación

económica para incorporar criterios diferentes al de eficiencia (criterios distributivos, variables socioeconómicas, responsabilidad individual) y del grado en que conciten acuerdo social porque se perciba que los resultados del proceso reflejan preferencias sociales. Todo ello, ¿para qué negarlo?, resulta extremadamente arduo. Pretendemos incorporar las preferencias sociales, pero sabemos muy poco acerca de la génesis y consistencia de tales preferencias. La evidencia disponible nos habla más bien de cómo las preferencias de un individuo se alteran en función del marco en que se formula el problema, de su inconsistencia temporal, del impacto de las emociones y de los importantes límites a la racionalidad^{11,12}. Cabe un consuelo «machadiano», el camino que lleva hacia unas preferencias sanitarias basadas en preferencias sociales merece la pena en sí: supone aumentar la transparencia (información) y la participación (productora en sí misma de bienestar, como hemos comentado antes) por razones de democracia y con independencia de otras consideraciones.

Este artículo sobre establecimiento de prioridades es el sexto y último de una serie dedicada a la «evaluación económica». Los trabajos anteriores, de los mismos autores, se han publicado en los siguientes números de ATENCIÓN PRIMARIA:

- La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. Vol. 27, N.º 1, enero 2001.
- Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Vol. 27, N.º 3, 28 de febrero 2001.
- El análisis coste-efectividad en sanidad. Vol. 27, N.º 4, 15 de marzo 2001.
- El análisis coste-beneficio en sanidad. Vol. 27, N.º 6, 15 de abril 2001.
- El análisis coste-utilidad en sanidad. Vol. 27, N.º 8, 15 de mayo 2001.
- El establecimiento de prioridades. Vol. 27, N.º 9, 31 de mayo 2001.

Bibliografía

1. Ortún V. Sistema sanitario y Estado del bienestar. ¿Todo, para todos, de la mejor calidad y gratis? En: Amor JR, editor. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2000; 95-124.
2. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993. Accesible en www.worldbank.org
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000. Accesible en www.who.org
4. Chassin M, Hannan E, DeBuono B. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med* 1996; 334: 394-398.
5. Pinto JL, Sánchez JR. Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a la información sobre las preferencias sociales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra), 1999.
6. Frey B, Stutzer A. Measuring preferences by subjective well-being. *J Institutional and Theoretical Economics* 1999; 155: 755-778.
7. Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI. El establecimiento de prioridades en cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra), 2000.
8. Puig-Junoy J, Pinto JL, Ortún V. El análisis coste-beneficio en sanidad. *Aten Primaria* 2001; 27: 422-427.
9. Rodríguez Míguez E. La valoración social como guía en el establecimiento de prioridades sanitarias. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid, 2001.
10. Pinto JL, Puig-Junoy J, Ortún V. Análisis coste-utilidad en sanidad *Aten Primaria* 2001; 27: 569-573.
11. Anónimo. Irrationality. Rethinking thinking. *The Economist*, 18 diciembre 1999; 69-71.
12. Buglioli M, Ortún V. Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla. Barcelona: Springer-Verlag, 2000.