

Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria

Juan del Llano

Director de la Fundación Gaspar Casal

Estamos sumidos en una crisis económica con un inequívoco origen, conjunto de causas tales como la desafortunada codicia de algunas empresas financieras que se comportaron irresponsablemente, la tenue vigilancia de los reguladores y el escaso interés que los gobiernos pusieron cuando se empezaron a observar los primeros síntomas. A ello se unió el beneplácito de los ahorradores globales que con sus comportamientos egoístas y cortoplacistas de grandes réditos, sin querer conocer su procedencia, contribuyó a una especulación desbocada. Además, la disponibilidad de crédito barato mayoritariamente procedente de los fondos del superávit chino, la inexistencia de regulación en el uso de nuevos y sofisticados instrumentos financieros, propiciaron a los bancos y entidades de inversión una gran libertad para arriesgar. La atrevida mezcla acabó como una combinación dinámica peligrosa cuyo efectos están siendo casi sistémicos en muchos países, incluyendo el nuestro.

Dado el estado de las cosas que tenemos y vamos a tener una temporada más larga que corta, los abultados déficits públicos de todos los niveles de la administración y el ignoto volumen del déficit privado, nos llevan a preguntarnos: ¿hemos de preocuparnos por la supervivencia de nuestro SNS, espina vertebradora de nuestro estado del bienestar, tal y como lo conocemos hoy? Ciertamente hay motivos para la inquietud ya que las poderosas y saludables razones que explican el crecimiento del gasto sanitario público siguen presentes, independientemente de la crisis: vivimos más, vive con nosotros más gente que vino al albor de la bonanza económica, disponemos de tecnologías más sofisticadas, de más estructuras hospitalarias, contamos con mayores plantillas... La situación se complica pues a todo ello se une la escasa entrada de dinero procedente de los impuestos por la atonía en la actividad económica y el consumo, además del detrimento que para las arcas públicas supone cubrir las prestaciones económicas de un desempleo de gran magnitud. Si, además, conocemos que algunas causas del aumento del gasto obedecen a ineficiencias organizativas y de la práctica clínica, así como al empleo de recursos que apenas producen beneficio clínico alguno ni generan valor económico ni retorno en términos de salud, la situación se complica extraordinariamente.

Hay tres tipos de actuaciones que pueden aliviar el presente estado de cosas. Primero, la mejora de la eficiencia del propio sistema sanitario. El actual es más acogedor y genera más bienestar a quienes lo prestan que a quienes lo reciben. ¡Rara situación en comparación con empresas de otros sectores! A nadie se le escapa que es razonable intervenir sobre el denominador (coste) y el numerador (efectividad) para mejorar nuestro cociente: la eficiencia. Sobre ambos, y sin ánimo peyorativo, actua-

mos, sobre todo, los médicos: oferta y demanda pivotan sobre este mismo agente. Están disponibles numerosas herramientas útiles para configurar adecuadamente esta relación, si bien su uso está todavía poco extendido: guías amigables de práctica clínica, informes independientes de valoración de nuevas tecnologías, incentivos económicos que permitan interiorizar la importancia de la efectividad en la práctica clínica, así como a abandonar aquellos comportamientos que conducen a la medicina defensiva, a partir de aliviaderos útiles que amortigüen el riesgo de litigios.

Segundo, también hay que incentivar al paciente a utilizar menos servicios o mejor dicho, sólo los necesarios a la luz de la evidencia empírica que habita al margen de las modas inducidas. Así, el fomento del auto-cuidado permite aliviar una parte de la carga soportada por el sistema público. Si además se establecen trabas burocráticas a lo que quede fuera de guías, tales como autorizaciones previas, visados, esquemas basados en el pago previo y el posterior reembolso, se conseguiría evitar buena parte del consumo inadecuado de recursos públicos asociado a la sobreutilización. Es necesario propiciar comportamientos más eficientes por parte de los pacientes-ciudadanos mediante la provisión de información y educación sanitarias de calidad, que enfatizan la importancia de la responsabilidad individual sobre los estilos de vida saludables (fomento de la actividad física, consumo responsable de nutrientes en la cantidad y calidad apropiadas, libre abandono del consumo del tabaco, el alcohol y otras drogas, solidaridad, preocupación por el medio ambiente, búsqueda de la felicidad fuera del adocenamiento) en lugar de la confianza ciega en las capacidades ilimitadas de la medicina para reparar las consecuencias de los distintos excesos personales.

En tercer lugar, en sistemas como el nuestro con aseguramiento obligatorio y amplia cobertura, el tema clave no es quién va a pagar sus facturas. Siempre y cuando la recaudación fiscal sea eficaz y reduzca el fraude a la mínima expresión, la mayoría de los ciudadanos estamos dispuestos a ser solidarios si se nos garantiza que los distintos impuestos cubrirán las necesidades sociales más primarias como la pérdida de la salud. El aspecto crucial es más bien conocer si lo que se paga está en consonancia con lo que se obtiene. El sistema y sus principales agentes no pueden ser simples espectadores y desatender un sector que movió el último año en torno a los 90.000 millones de euros en España. Tanto la burocracia con la defensa de su estatus, como los lobbies con sus intereses corporativos, generalmente legítimos, están aprovechando las características de este mercado imperfecto en detrimento del resto de los agentes. También resulta esencial evitar los comportamientos de nuevos ricos por parte de los gobiernos

sanitarios de todos los territorios que ya tienen competencias plenas, así como los localismos, entendibles en clave política, pero que generalmente conllevan un coste excesivo y afectan a la calidad por déficit de volumen de actividad. Esto último está viéndose atenuado, qué duda cabe, por la intensidad de la crisis económica y el imperativo de los “mercados” a recortar el gasto público.

En síntesis, se trata de identificar y definir lo que es esencial, útil, eficaz, seguro y, a ser posible, eficiente en los servicios sanitarios prestados, a la vez que se restringe el uso de todo aquello que no lo sea. Estos cambios se implantarán mediante decisiones acerca de qué servicios y prestaciones serán cubiertas por el presupuesto público. En la práctica, la dificultad reside en el coste político asociado a ponerle el cascabel al gato: sólo el acuerdo y el consenso en lo esencial por parte de todos harán posible que la sanidad española salga de su encrucijada.

Una vez determinada la cuantía y estructura del déficit sanitario, se podrá reclamar mayor financiación siempre y cuando los argumentos que sustenten esta petición sean sólidos, autocríticos y poco complacientes, y que las arcas públicas lo permitan. Para ello es imperativo volver a la senda de crecimiento económico que propicie más ingresos fiscales. También será necesario que, una vez que se conceda dicho aumento de recursos, se exija el cumplimiento de ciertos compromisos no exentos de dificultad, como son la modernización de nuestras organizaciones y de las carreras de los profesionales sanitarios, así como la incentivación de los comportamientos de riesgo, rompedores del statu quo, y la penalización de los acomodaticios entre los gestores de centros sanitarios, con una rendición de cuentas creíble. Los decisores han de imbuirse de otra disciplina más responsable y distinta al invito yo y pagas tú, que hay de lo mío, esto no me compete, etcétera. Para ello se precisa distanciar y mitigar la presión del corto plazo que obedece exclusivamente a los ciclos políticos, pero que es tan perniciosa por las frustraciones que genera, como por impedir una planificación reflexiva que señale y gradúe los necesarios cambios estructurales que precisa nuestro sistema si queremos que perdure en el tiempo.

Quizá debemos terminar estas primeras reflexiones, que a modo de preámbulo, han podido dejar un regusto de sabor equívoco, consistente en la identificación de los problemas –bien conocidos todos ellos– pero igualmente en dejar que sean otros los que los resuelvan, o peor aún, simplificar y pensar que todos los males están en el tejado de los políticos y de los gestores. Antes al contrario, no nos cabe duda alguna, que los profesionales sanitarios y muy especialmente los médicos, hemos de liderar este cambio, siendo mucho más proactivos, recuperando territorios de decisión que han sido ocupados por otros, implicándose más en la gestión de lo esencial, es decir, en la gestión clínica. La práctica de la medicina es una profesión cuyo ejercicio puede ser muy gratificante y lo será más si se es capaz de predicar con el ejemplo, es decir, pilotar los cambios y no dejar que vengan impuestos por otros, tarde y mal.

La eficiencia del sistema

Comencemos, ahora sí, a abordar el enunciado del título de esta reflexión. Hablamos mucho, desde hace años, de la eficiencia y la equidad, pero realmente ¿son prioritarios en los objetivos de la política sanitaria? Los sistemas sanitarios de los países desarrollados, independientemente de sus modelos, se enfrentan a problemas comunes: un continuo aumento de la demanda, el envejecimiento de la población, la escasez de recursos, el uso intensivo de nuevas tecnologías, la rigidez del Sector Público, y las ineficiencias del mercado. Entre los aspectos más relevantes de los sistemas sanitarios destacamos el ritmo de crecimiento del gasto sanitario superior al del crecimiento económico, un marco de restricciones presupuestarias, el incremento en el empleo de tecnologías progresivamente más caras, agresivas, complejas y no siempre justificadas y la falta de definición de qué es esencial en el cuidado de la salud y qué servicios son, por tanto, básicos (1).

En el Sistema Nacional de Salud español, donde se percibe como evidente la magnitud de la crisis económica, en un contexto de prestaciones de alto nivel científico-técnico, sin que se hayan alcanzado aún cotas de alta eficiencia, el pronóstico pinta mal. La máxima eficiencia, como es bien conocido, no resolverá el problema de la financiación a largo plazo. Los cortos ciclos de innovación y el elevado precio de la denominada alta tecnología, junto con las cada vez mayores expectativas de la población en materia de salud, definen un mercado de demanda en progresión casi geométrica, con crecimiento de recursos si acaso lineal.

Una parte del gasto médico innecesario podría eliminarse si se redujera la prestación de tratamientos sin efectos contrastados a su coste desproporcionado o los sacáramos del catálogo público si hubieran sido anómalamente incorporados. Aun así, seguramente, la mayoría de los países industrializados seguirían gastando elevados porcentajes de su producto interior bruto en servicios sanitarios, y la tasa de crecimiento de dicho gasto excedería su índice de inflación. Dado que la atención sanitaria es una actividad intensiva en el factor trabajo, es difícil que experimente ganancias de productividad que permitan reducir sus costes (2).

La misma eliminación de gastos supone una inversión y gran coste en términos políticos. El análisis coste-efectividad muestra que una vez que la inversión ha logrado ciertos beneficios, ganancias adicionales implican gastar mayores recursos. Por ello, debe elegirse el momento en que se dejan de perseguir dichos beneficios adicionales. En ese instante, se debe tomar la decisión de racionalizar la atención sanitaria.

Desde hace tiempo existe preocupación ante el hecho de que la tasa de crecimiento del gasto sanitario exceda la de la economía. Además, el diferencial en el incremento de productividades también perjudica al sector sanitario. Propuestas conocidas, tales como cambios en la oferta, énfasis de la medicina preventiva, controles administrativos, medidas para la contención de los costes, y concienciar

tanto a profesionales como a pacientes acerca de los efectos de sus decisiones), precisan adicionalmente de un cambio en los estilos de vida.

Una explicación a esta situación (3) es la que divide la política sanitaria en diversas etapas. Las décadas de los setenta y los ochenta se caracterizan por la promoción de sendas alternativas para la mejora de la salud y cierta estabilidad de los costes sanitarios. Exhortar a los individuos a que modificaran sus hábitos era políticamente menos arriesgado, si bien implícitamente se les responsabilizaba de las enfermedades que padecían. De este modo, se ralentizó el crecimiento del gasto sanitario, a la vez que nuevas leyes se ocupaban del medio ambiente y la seguridad en el trabajo y las autopistas. No es hasta 1990 que aparece el término racionamiento y la conciencia de que los recursos asignados a la sanidad no podían satisfacer las demandas ilimitadas de la población.

A la vista de la situación anteriormente comentada, surge la pregunta: ¿es viable el todo para todos y gratis en la sanidad pública española? (4). Aunque la sanidad pública no haya puesto precio a sus procesos asistenciales, sí que tienen un coste, que varía con la geografía, el parque tecnológico instalado en las estructuras sanitarias y el estilo de práctica clínica.

Eficiencia y prioridades

Los recursos han de asignarse de tal forma que se maximice el nivel global de salud del país, sin ignorar la distribución de la salud entre los ciudadanos. Ante su insuficiencia, se puede excluir de la cobertura pública a aquellos individuos y situaciones para los que la ausencia de dicha cobertura no entraña un riesgo significativo, o bien incrementar el copago para determinadas rentas y prestaciones, o bien reducir la lista de prestaciones financiadas públicamente. La necesidad de establecer prioridades conlleva difíciles elecciones y dilemas sociales. En España se han dado sólo los primeros pasos en la definición del *todo*, como es la ordenación catalogada de las prestaciones incluidas en nuestro sistema sanitario. Pero el *todo* sólo será posible si, además de gozar de buena salud económica, se racionaliza el uso de recursos, disminuye la variabilidad de la práctica clínica y se hace frente a los desafíos que tiene planteados el sistema sanitario, principalmente mejoras en la productividad, más competitividad y mayor flexibilidad organizativa. Las principales desventajas de la intervención de los organismos públicos son la escasa eficiencia y la falta de orientación al cliente. Sus ventajas, la equidad y la cobertura universal. El reto consiste en hacer compatibles las ventajas con la mejora de las desventajas.

La presión al alza de los costes sanitarios es enorme, por lo que la pregunta anterior se podría reformular: ¿Cómo racionalizar los recursos destinados a la asistencia sanitaria? Otros conceptos como los estilos de vida o el medio ambiente sin duda contribuyen a la mejora de la salud de la población, pero en ocasiones resultan demasiado eté-

reos aunque se divisan esfuerzos en métricas y visibilidad (5). Un análisis distinto a una pregunta similar (6), distingue dos niveles de elección: ¿servicios sanitarios u otras formas de producir salud? Una forma de evitar la medicalización indebida de los problemas sociales pasa por fomentar la sustitución de los servicios sanitarios por servicios sociales; y ¿qué servicios sanitarios y para quién? Las respuestas a estas preguntas dependen de cómo interactúan, en cada sociedad, los mecanismos de asignación de recursos a través de la combinación Estado/mercado y normas clínicas. 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.

Las decisiones políticas influyen principalmente en la determinación de qué servicios sanitarios se prestan e influyen en la práctica clínica al dimensionar la oferta. Las decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas resultan particularmente relevantes para priorizar pacientes y, por tanto, recursos disponibles (7). Sin embargo, todos los esfuerzos dedicados a la definición de sistemas que controlaran el desequilibrio entre demanda y recursos no se han plasmado en políticas. Aparte de los conocidos costes políticos de cualquier medida sanitaria, encuentran dos causas de esta inmovilidad: las políticas sanitarias en un determinado momento reflejan los juicios de valor existentes acerca de qué es la salud y qué factores contribuyen en mayor medida a su mejora o deterioro. Por ello, cualquier cambio significativo de políticas requiere una modificación previa del sistema de creencias de la población; y el ritmo de cambio depende del grado con el que el sistema de creencias ha encajado con la estructura y la práctica de aquellas instituciones cuyos participantes ven sus intereses amenazados por el posible cambio de política (3).

Para contribuir a fomentar una política y gestión sanitarias más basadas en el conocimiento y en la constatación científica se requiere que la investigación aporte resultados concluyentes y de su difusión eficiente. Hemos de tender puentes entre el ensayo clínico y la ética clínica y sus mimbres son las buenas prácticas (8).

Ante las crecientes dificultades para la financiación del gasto sanitario del sistema español caben distintas soluciones: mejorar la financiación sanitaria en detrimento de otras partidas del gasto público, aumentar los ingresos totales resultado de una mayor presión fiscal, favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada y/o restringir las prestaciones, seleccionando las existentes y las futuras siguiendo criterios de coste-efectividad. Si la grave situación que vivimos nos plantea la necesidad de una restricción explícita de las prestaciones de la sanidad pública, con el ánimo de racionalizar el sistema sanitario y mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad del gasto sanitario, se hace ineludible explicitar las prestaciones que el usuario tiene derecho a percibir y las obligaciones del sistema a proveerlas; limitar el derecho del usuario a recibir prestaciones y obligaciones del sistema a proveerlos;

establecer prioridades para la planificación de futuros recursos para la asistencia sanitaria; definir los presupuestos de los servicios sanitarios, al estimar el conjunto de costes para una población definida; decidir sobre la inclusión de nuevos servicios y tecnologías en el conjunto de servicios financiados por los poderes públicos a partir de rigurosos informes obligatorios de evaluación de tecnologías sanitarias; y por último, garantizar un conjunto mínimo de prestaciones a todos los ciudadanos del Estado, exento de lo clínicamente no probado.

Existe una tendencia internacional hacia la convergencia a sistemas mixtos (a partir de modelos de seguro sanitario social, servicio nacional de salud y sistema sanitario privado). Esta idea se enmarca dentro del más amplio proceso de convergencia de los modelos de seguro social de Bismarck y de sistema nacional de salud de Beveridge (9). Una idea es el intento de conciliar necesidad y escasez: es necesario un consenso sobre los mínimos irrenunciables para alcanzar una vida digna. A partir de ese momento, habría que establecer una ordenación de las actuales prestaciones sanitarias y una relación coste-efectividad de las nuevas prestaciones y de las existentes con dudas razonables de estar siendo inadecuadamente utilizadas (10).

Acerca de esta necesidad de que el establecimiento de prioridades no interfiera con las condiciones básicas necesarias para que cada individuo desarrolle su vida, se propone (11) dos limitaciones previas al proceso de racionalización: no es posible negar ningún recurso sanitario de eficacia probada que sea relevante para que un sujeto pueda seguir manteniendo dignamente su proyecto vital, ni permitir la aplicación de aquellos otros que puedan lesionar este proyecto; y no es posible aplicar ningún recurso financiado en parte o en todo por dinero público, si aquél es manifiestamente ineficaz en el caso considerado.

Entre las medidas de racionalización cuya consideración se hará ineludible citamos: excluir de la cobertura pública a aquellos individuos y situaciones para los que la ausencia de dicha cobertura no entraña un riesgo significativo de deterioro de las capacidades básicas; incrementar el copago para determinadas rentas y determinadas prestaciones; cuando sea posible, reducir la lista de prestaciones protegidas. Si no es posible una garantía igual *ex post*, pueden buscarse mecanismos que sean imparciales *ex ante*, como, por ejemplo, colas de espera o mecanismos aleatorios, si la situación clínica lo permite.

Un sistema que incorpore en su base la idea de aseguramiento puede facilitar el concepto de limitación. La idea de delimitar, asegurando los derechos individuales, frente al racionamiento implícito –asociado de hecho al principio de todo entra, todo vale–, junto a la idea contributiva (de que el sistema ofrece pero también exige: responsabilidad individual, uso racional, evitar el comportamiento gorrón de la gratuidad...) parece decisiva para la racionalización del gasto (utilización) en sistemas sanitarios predominantemente públicos.

El proceso de establecimiento de prioridades involucra al gobierno, a los proveedores de los servicios sanitarios y

los pacientes, y requiere abundante información acerca de los costes y efectos de las distintas prestaciones. Desde un punto de vista legal, el derecho a la protección de la salud es un derecho de prestación, de contenido más amplio que el propio de la asistencia sanitaria. Se considera admisible una reconfiguración del alcance de las prestaciones a partir de una política socioeconómica distinta, particularmente condicionada por circunstancias como la limitación de los recursos económicos disponibles que así lo justifiquen, si bien cabe también considerar que, cuando nos encontramos ante prestaciones sanitarias, no podemos olvidar otros factores, como la adecuación y eficacia en el tiempo de las técnicas utilizadas. El propio Tribunal Constitucional se ha hecho eco de estas consideraciones al analizar diversas prestaciones del Sistema de Seguridad Social, admitiendo que su efectividad queda condicionada por los medios disponibles y la posibilidad de modificar sus condiciones en función de las situaciones de necesidad a satisfacer.

Protección de derecho y equidad del sistema no pueden hacerse efectivas si no es garantizando un nivel adecuado y mínimo de calidad en las prestaciones, condicionado por una situación de recursos económicos insuficientes en la que los poderes públicos están obligados a conseguir la mejor relación calidad-coste con el fin de hacer llegar sus servicios a la mayor parte de la población. La primera pregunta que se planteó un grupo de expertos (12) acerca del establecimiento de prioridades es si se deben excluir algunos servicios, sólo los nuevos tratamientos, aquellos de mayor coste o aquellos de gran volumen y bajo coste. Conviene señalar que los criterios implícitos que justifican las políticas llevadas a cabo hasta entonces podrían ser el bajo coste, el que no existiera riesgo de muerte del paciente, que el efecto del tratamiento no hubiera sido claramente establecido, que su provisión pudiera dar lugar a un consumo excesivo y, por último, que el paciente pudiera asumir su coste cuando no se tratase de una intervención de urgencia.

A pesar de la importancia y necesidad de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, ésta debe ser considerada una ayuda a la hora de la toma de decisiones, pero no como un conjunto de prescripciones completas que determinen la elección social (13). Todo procedimiento diagnóstico o terapéutico debe someterse a un proceso de evaluación tecnológica antes de que sea aceptado como válido. La correcta evaluación exige que antes de testar la eficiencia de una prueba diagnóstica o un tratamiento se haya comprobado al menos su eficacia y, deseablemente, también su efectividad. Esta forma de proceder es la auténtica base de conocimiento para la toma de mejores decisiones en la asignación y uso de los recursos disponibles (11). Una posible propuesta (14) para lograr la unión de las perspectivas social e individual consiste en: propiciar una formación médica de grado en economía, gestión, ética y epidemiología clínica; mejorar los sistemas de información que miden costes y beneficios en salud; e introducir incentivos que mejoren la efectividad en la práctica clínica.

En Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos se considera que una intervención sanitaria presenta una relación coste-utilidad aceptable si el coste adicional de cada año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado es inferior a 50.000 dólares e inaceptable cuando supera los 100.000 dólares por AVAC. En España, no existe un criterio similar que permita decidir sobre la aceptabilidad o no de una tecnología sanitaria en función de su coste-utilidad (15).

En la mayoría de las ocasiones, para obtener un determinado beneficio clínico, es preciso pagar un coste extra. A partir de una revisión de la literatura (16) se estimó que, en España, dicho coste varía entre las 77.000 pesetas y los 69 millones de pesetas por año de vida ganado (AVG), lo que es un rango sorprendentemente amplio para el relativo bajo número de intervenciones evaluadas. Las variables finales (AVG o AVAC) son las relevantes para que los decisores sanitarios puedan establecer comparaciones. Los autores recomendaron financiar con fondos públicos todas las intervenciones con un coste inferior a los 5 millones de pesetas/AVG, que posteriormente en un boletín de la Asociación de Economía de la Salud, Vicente Ortún cifró en los 30.000€ por AVAC. Entre los 5 y los 20 millones por AVG nos encontraríamos en una zona de incertidumbre. Aunque estos límites sean similares a los utilizados en otros países, debe tenerse en cuenta que en este trabajo los resultados se miden como coste por AVG, mientras que la mayoría de los trabajos internacionales lo hacen como coste por AVAC, unidades que no son equiparables. Este estudio pone de manifiesto que las tecnologías sanitarias no son eficientes o ineficientes en sí mismas, sino en función de cómo se utilizan. El valor monetario del AVAC varía sustancialmente dependiendo de la técnica empleada en la obtención de utilidades. Por tanto, parece necesario mejorar la metodología encaminada a valorar monetariamente los años de vida y los AVAC. Recientemente (17), se han apuntado importantes desafíos para fijar el valor monetario de un QALY.

Por último, es necesario insistir en la conveniencia de realizar más evaluaciones económicas, si fuese posible, expresando los resultados como variables finales (AVG o AVAC) para facilitar las comparaciones. Por ejemplo, en la valoración económica del tratamiento del Ictus con la alternativa A mediante un modelo de Markov de tipo probabilístico indica que es eficiente para el umbral de aceptabilidad de 30.000€/AVAC con una probabilidad del 67%. El tratamiento se rechazaría para las edades de 30 a 60 años, y se aceptaría para la edad superior pues el ratio de coste-efectividad incremental es inferior a 30.000€/AVAC en el 99,3% de las simulaciones (18).

Resulta difícil establecer prioridades según un criterio de eficiencia si ésta no se evalúa de forma sistemática en los diferentes componentes del sistema sanitario. Además, hay que recordar que existen otros criterios, aparte del de eficiencia (equidad, urgencia, seguridad...), que también deberían ser tenidos en cuenta por los decisores sanitarios en los niveles de macro y mesogestión.

Equidad y prioridades

El Nobel Amartya Sen (19) ha evaluado desde distintas perspectivas la noción de equidad, centrándose en el enfoque de la capacidad de funcionar de los individuos desde lo elemental para estar en buena salud, alimentarse adecuadamente, tener una buena higiene a lo más complejo como la auto-estima, formar parte de la vida comunitaria... que te lleven a tener una vida satisfactoria. Argumenta la importancia de la libertad en valoración de las ventajas personales, las diferencias individuales en la habilidad de transformar recursos en actividades de valor, la centralidad de la distribución del bienestar dentro de una sociedad, la naturaleza multi-variada de las actividades que producen felicidad, y el excesivo materialismo en la evaluación del bienestar humano.

El *trade off* entre equidad y eficiencia se puede representar mediante funciones de bienestar social (FBS), que tienen en cuenta tanto las desigualdades en salud como el estado de cada individuo. La distribución social óptima de salud puede alcanzarse maximizando dicha FBS, una vez que se conocen sus parámetros, sujeta a las restricciones de recursos. Pudiera existir una cierta cantidad de vida ajustada por calidad que se puede considerar un derecho ético del individuo. De este modo, se daría una mayor ponderación a aquellos que todavía no han disfrutado dicha cantidad. Hablamos de equidad horizontal si personas en igual necesidad deben recibir igual tratamiento, y equidad vertical si individuos con mayor necesidad deben ser tratados más favorablemente. Si aquellos que se encuentran en mayor necesidad son también los que más se benefician del sistema sanitario, entonces bajo el objetivo de eficiencia de maximizar las ganancias en salud, desaparece el *trade off* entre equidad y eficiencia.

En un estudio clásico (20) se caracterizan los elementos de un sistema sanitario equitativo en términos de los conceptos clásicos de Aristóteles de equidad vertical y horizontal, del concepto de necesidad, la noción económica de coste-efectividad y el uso que de ella pueden hacer los decisores que, además, deberían contar con información sobre la caracterización de la salud de su población y lo que la determina, para evitar políticas inefectivas e inequitativas de consecuencias no deseadas. Se precisa que los decisores sean conscientes de que equidad en la utilización, distribución de recursos de acuerdo a necesidades, equidad en el acceso y equidad en la salud, son mutuamente incompatibles. La equidad en la salud debe ser el principio dominante que mueva la política sanitaria para que la equidad en la asistencia sanitaria pivote en una distribución equitativa de la salud. Ayuda que en la asignación de recursos final se considere: igual gasto per cápita entre regiones, proporcionalidad en la cobertura de la necesidad de salud, en la mejora del estado de salud y en la capacidad de conseguir beneficio (outcome). En otro sugestivo artículo (21) se aclaran las definiciones que están contribuyendo a confundir el concepto de equidad. Se citan: equidad en el gasto per cápita, equidad en los inputs asignados per cápita, equidad en los inputs asignados para igual necesidad, equidad en el acce-

so para igual necesidad, equidad en la utilización para igual necesidad, equidad en la necesidad marginal cubierta y equidad en la salud. Equidad en acceso tiene que ver con igual oportunidad. Utilización es una función de oferta y demanda. Si el acceso es equitativo, por ser función de oferta, sólo si la demanda es la misma, la utilización no podrá ser equitativa.

Los distintos conceptos de equidad han intentado, como hemos visto, definir la igualdad en una distribución de salud y atención sanitaria, así como trasladar nociones de justicia a las políticas de salud. Una vez que se define una distribución de salud, una función de producción de salud puede informar acerca de la distribución exacta de atención sanitaria que permitiría alcanzar el objetivo de equidad. Una función de producción de salud establece una relación causal entre la cantidad de atención sanitaria recibida y el nivel de salud alcanzado. Un último enfoque es el que emplea en *Health and Social Justice* (22) Jennifer Prah Ruger que construye una nueva teoría, *health capability paradigm*, donde enfatiza en la importancia de la responsabilidad y elección de los individuos dotados de conocimiento acerca de los resultados en salud de las intervenciones sanitarias y sus costes. Valora las injusticias, los atributos y las condiciones de los individuos que afectan al *human flourishing* y también evalúa las estructuras sociales y su papel en la distribución de los recursos. La solución preferida por la población es aquella que concilie mejora de la salud con la distribución de salud más equitativa. Sin embargo, la atención sanitaria no es el único determinante del estado de salud, por lo que no se puede esperar que los servicios sanitarios en exclusiva puedan dar lugar a una distribución de salud equitativa.

Dentro de la noción igualitarista de igualdad de oportunidades, hay autores que consideran que la sociedad debería compensar a los individuos por las desviaciones en salud no debidas a sus hábitos o que la financiación de los servicios sanitarios debería emplearse para discriminar a aquellos individuos que no cuidan su salud (23). Acerca de la relación entre igualdad de salud y establecimiento de prioridades, destacamos la inutilidad del igualitarismo aplicado a la salud, ya que sólo está relacionado con el grado de desigualdad entre los individuos y no con sus estados de salud en términos absolutos. La igualdad en los estados de salud sólo puede conseguirse mediante un aumento del gasto en los necesitados, pero esto no supone guía alguna para el establecimiento de prioridades dado un cierto presupuesto.

Se han propuesto distintas definiciones de necesidad. La primera, necesidad de atención sanitaria se relaciona con el binomio salud-enfermedad, de modo que el grado de necesidad viene determinado por la gravedad de la enfermedad. La segunda, necesidad con respecto a un objetivo específico. La tercera, necesidad sólo existe si contamos con un tratamiento efectivo (o coste-efectivo), y se trata de una enfermedad que la sociedad pretende combatir. Y la cuarta y última, necesidad como el gasto necesario para maximizar la capacidad de beneficio. Esta última definición no proporciona tampoco guía alguna en el establecimiento

de prioridades. Wastaff (24) sugiere que una forma de reconciliar eficiencia y equidad, mediante una FBS isoelástica como medio para alcanzar un *trade off* entre la maximización de la salud (eficiencia) y la equidad de la salud, que supere al enfoque de los AVAC que sólo captura la preocupación de la inequidad.

Si bien la mayor parte de las contribuciones sobre conceptos relativos a la equidad son teóricas y ciertamente alejadas de la implementación práctica, la mayor parte de dichas consideraciones se pueden agrupar en dos amplios apartados: equidad relacionada con un concepto de necesidad, y equidad en relación con el acceso a los servicios sanitarios. En principio, estos aspectos de equidad pueden ser incorporados en una evaluación económica para el establecimiento de prioridades con relativa facilidad a través de encuestas que reflejen preferencias sociales (25).

Los objetivos de la política sanitaria

La evaluación de tecnologías sanitarias es una modalidad de investigación que estudia las consecuencias a corto y largo plazo de su aplicación (26). Para que una evaluación de tecnologías sea exhaustiva, debería incluir el beneficio para la población pero también aspectos sociales, económicos, éticos y legales. Los ejercicios de evaluación deben ser considerados un proceso iterativo en lugar de un estudio o respuesta puntual. La elaboración de políticas a menudo depende del conocimiento de los efectos de una tecnología en distintos momentos. La política pública sanitaria no sólo se ocupa de la justicia distributiva, sino que también trata de maximizar la salud de toda la población. Por ello, se pueden distinguir tres objetivos de la política sanitaria: maximización de la salud, reducción de las desigualdades en salud, y favorecer a aquellos que lo merecen frente a aquellos que no (en función de sus estilos de vida). Es casi seguro que entrarán en conflicto, por lo que cada política pública sanitaria deberá otorgar una ponderación a cada uno de estos tres objetivos (27). La política sanitaria muestra una aversión hacia la desigualdad.

Cualquier ejercicio de establecimiento de prioridades debe considerar los incentivos de todos los niveles de decisión en el sector sanitario. El componente esencial de la asistencia sanitaria es la gestión clínica (microgestión) llevada a cabo por los médicos en su práctica diaria, que se desarrolla en el marco de una determinada política sanitaria (macrogestión), que se instrumenta a través de los mecanismos facilitadores que han de aportar los responsables de centros e instituciones (mesogestión) (4).

Mooney (28) define la ética como una disciplina académica, un sistema de prescripciones que constituyen los instrumentos intelectuales del análisis de la moralidad. Distingue tres teorías de la ética: la ética de la virtud, la ética del deber, y la ética del bien común. Mientras las dos primeras son esencialmente individualistas, la última tiene un carácter social. Defiende que la ética médica ha estado siempre relacionada con la ética de la virtud y la ética del

deber. Sin embargo, la naturaleza de la medicina contemporánea exige que sea complementada con la ética del bien común.

Este autor considera esencial que la ética médica aceptara una mayor presencia en la práctica del utilitarismo en la evaluación de la atención sanitaria, lo que implicaría la asimilación de la ética del bien común. Sin embargo, uno de los problemas del utilitarismo es que, al menos hipotéticamente, parece justificar demasiado. Otras críticas al utilitarismo provienen de la idea de que contraviene la autonomía individual y el concepto de deber. De este modo, el conflicto entre economía y medicina puede atribuirse a la confrontación de las éticas individual y social.

Ética y equidad son interdependientes, al igual que ética y eficiencia, y por tanto, equidad y eficiencia.

El objetivo de la ética médica es mejorar la calidad de la atención sanitaria al identificar, analizar e intentar resolver los problemas éticos que surgen en la práctica de la medicina clínica (29).

Si no se toman decisiones a escala nacional, la equidad queda en peligro. En ausencia de prudencia, se pueden cometer injusticias con ciertos individuos. Sin embargo, demasiada prudencia puede distorsionar la política nacional, ya que la necesidad médica es un concepto que puede resultar ambiguo y flexible (30). El NICE, en sus informes, incorpora aspectos de equidad en sus decisiones con las distintas ponderaciones estimadas. Estamos ante un proceso razonablemente transparente y consistente del que otros países como Suecia (LFN) y Alemania (IQWE), con variantes, se han dotado.

Existen variaciones significativas en los valores obtenidos según si se ha padecido la enfermedad en cuestión, la edad y la educación, y la evidencia indica que los pacientes otorgan un mayor valor a los estados de salud que el resto de la población (31). Parece difícil justificar los extremos de usar pacientes o miembros no informados de la población para obtener preferencias por ciertas medidas de salud. Es importante seguir analizando el rango de variación entre los valores obtenidos a partir de pacientes y de otros miembros de la población (17).

A partir de una sencilla encuesta, Ubel (32) encuentra que la población concede mayor importancia a la equidad que el análisis coste-efectividad. Concluye que los individuos son menos propensos a racionalizar la atención sanitaria según un método de distribución aleatoria que según un mecanismo *first-come, first-served*. Atribuye estas diferencias a que un supuesto fundamental del análisis coste-efectividad es que el principal objetivo del gasto en atención sanitaria debe ser maximizar los beneficios en términos de salud para toda la población, en lugar de plantear una distribución más equitativa de los mismos. Por ello, propone que los aspectos relativos a la equidad sean incorporados matemáticamente en el análisis coste-efectividad o que, en la práctica, se introduzcan en los procesos de implantación de políticas sanitarias que se basan en las conclusiones de dichos análisis. Este enfoque plantea numerosos obstáculos, como la inconsistencia de los resultados o que este modo de

actuar vaya en contra de los deseos de todos aquellos partidarios de la maximización de beneficios sanitarios. Si el motivo por el que se incorpora la equidad es que la mayoría de la población lo desea, entonces se hace necesario considerar la postura de aquella minoría con una postura opuesta.

Una revisión sistemática de la literatura existente acerca de los procesos de establecimiento de prioridades nos llevaría a observar que no existen diferencias significativas en los principios y factores que cada país considera relevantes: equidad, solidaridad, igualdad, efectividad y eficiencia (33). Dicho estudio manifiesta que la necesidad de un proceso explícito de establecimiento de prioridades está presente en todos los decisores nacionales, regionales y locales. A nivel estatal, la mayor parte de los trabajos se han centrado en el desarrollo de recomendaciones aceptables por el público. A nivel regional y local, se ha pretendido diseñar enfoques sistemáticos para priorizar entre los distintos servicios y programas.

Toda la evidencia revisada muestra un acuerdo tácito en que las decisiones de asignación de recursos sanitarios deben realizarse a partir de los valores de los ciudadanos de cada nación, región o comunidad. La información técnica es necesaria, pero no suficiente. En las regiones y comunidades, ciertos factores importantes varían para cada población, como deberán hacerlo los procesos para obtener una descripción de éstos e involucrar a los individuos en la toma de decisiones. Algunos de estos factores relevantes son: necesidad de salud de la población, equidad, coste, efectividad de la intervención o tecnología, estado de salud, gravedad y naturaleza de la enfermedad, ganancia potencial de salud, características socioeconómicas, edad, causa de la enfermedad o condición (debida o no a los hábitos del paciente). Los distintos procedimientos empleados para caracterizar los valores de la población incluyen encuestas, grupos de discusión, paneles de expertos, reuniones en edificios públicos, y comités populares. De nuevo, ninguno parece que pueda aplicarse a cualquier población. Por ello, la mejor opción sería una combinación de técnicas, ya que recogería un mayor número de puntos de vista y características.

¿Qué se tiene en cuenta a la hora de priorizar objetivos en política?

Pensemos, con ingenuidad, en todo lo desarrollado anteriormente. Eficiencia implica maximización de la salud con los recursos disponibles. Su *trade-off* con la equidad se ha demostrado posible en la práctica en Oregón, Nueva Zelanda y Holanda. Se puede mejorar a la vez la eficiencia (ACE particularmente útil) y la equidad (34). Posiblemente, las grandes y rápidas mejoras de eficiencia son más compatibles con la equidad vertical y, las pequeñas y más lentas con la horizontal. Precisamos de más evaluación por comparación, sólo posible si nos creemos, practicándola cada uno a su nivel la transparencia y la rendición de cuentas.

Recapitulamos: conseguir más eficiencia con meras políticas de contención de coste y moderación del gasto sanitario no es un fin en sí mismo, sólo tocan el denominador olvidando lo más importante, el numerador (la efectividad). Las preferencias de los ciudadanos que pagan sus impuestos son el límite más razonable a este gasto. Los sistemas de moderación de la demanda son discutibles pues suelen disuadir a los que tienen más necesidades y menos recursos dañando, sobre todo, la equidad vertical. Deberían implantarse únicamente si se demuestran efectivos en la penalización del uso abusivo de servicios. La eficiencia y la equidad del sistema y el reparto del gasto entre el Estado y los ciudadanos podría ir de la mano de balancear adecuadamente lo que entra en el mercado con lo que realmente genera mejoras reseñables en la función de bienestar social.

La magnitud del coste de oportunidad de cualquier política tiene que equilibrarse adecuadamente con el grado de preocupación sobre el *trade-off* eficiencia-equidad. Seguramente eficiencia y equidad como objetivos de política sanitaria son compatibles. Ahora bien, conviene poner el foco en la variable que más lo hace peligrar, la tecnología. La llave la tendrá la evaluación rigurosa de sus costes y beneficios, además de lo que socialmente decidamos, como ciudadanos informados, que merece la pena financiar.

Parece que una de las lecciones de la crisis puede ser que el todo, para todos y gratis en el momento de uso, no es sostenible en su actual formato, si no se consiguen ahorros serios mediante la lucha decidida contra muchas ineficiencias existentes en el sistema sanitario. Es también hora de reformas estructurales de calado, el modelo de atención de hace 30-40 años, no nos vale para hacer frente a los problemas de salud crónicos que se lleva 2/3 del gasto. Toca preguntar a la sociedad y a los ciudadanos a qué prefieren destinar sus impuestos. Los gobiernos han de ser escrupulosos en cubrir sus expectativas, siempre que estén cargadas de racionalidad y sentido común. Si no fuera así, habría que disuadirles mediante la información apropiada. Los profesionales y expertos hemos de señalar medidas ineludibles, tanto por el lado de la oferta tales como ordenar la entrada de nuevas prestaciones utilizando rigor en la evaluación de lo que verdaderamente añade de valor a lo que ya se tiene; como por el lado de la demanda, por ejemplo, poner tasas en servicios donde más se den los comportamientos gorriones inherentes a la gratuidad tales como la utilización de la urgencia hospitalaria por motivos banales y la inasistencia o cancelación de citas por razones no justificadas. Y todo ello, para preservar lo que tenemos, que es mucho, antes de que se deteriore irreversiblemente.

Agradecimientos a Vicente Ortún y Ricard Meneu por sus sutiles sugerencias a un primer borrador y a Jennifer Prah Ruger por lo mucho que me han inspirado sus clases del seminario sobre Health and Social Justice, UIMP, Santander, junio 2010.

Referencias

- (1) Eddy D. What care is "essential"? What services are basic? JAMA 1990; 263: 877-880.
- (2) Ubel PA. Pricing life: why it's time for health care rationing. The MIT Press, 2000.
- (3) Evans R, Barer M, Marmor T (editores). Why are some people healthy and other not? The determinants of health of populations. Aldine De Gruyter, New York, 1994.
- (4) del Llano J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. Medicina Clínica 1999; 13(112):496-498.
- (5) Porta M. Ver lo que nos cuesta. El País, 22 junio 2010.
- (6) Ortún V, Pinto JL, Puig-Junoy J. El establecimiento de prioridades. Atención Primaria 2001; 27(9):673-676.
- (7) Ham C. Health care rationing. BMJ 1995; 310:1483-84.
- (8) Gracia D. Entre el ensayo clínico y la ética clínica: las buenas prácticas clínicas. Medicina Clínica 1993; 100: 333-336.
- (9) Fundación Encuentro. El sistema nacional de salud: ¿seguirá siendo un sistema? En Informe España 2003. Fundación Encuentro, Madrid 2003.
- (10) Del Llano J. Gestión clínica y sanitaria: ayudando a conciliar necesidad y escasez. Gestión Clínica y Sanitaria 2003; 5:3-6.
- (11) Carballo F, Júdez J, de Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. Medicina Clínica 2001; 117:662-675.
- (12) Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E. Choices in Health Policy. An agenda for the European Union. Office for Official Publication of the European Communities 1995.
- (13) Oliva J. Valoración de costes indirectos en la evaluación sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114(Supl 3):15-21.
- (14) del Llano J, Oliva J. Medicina coste-efectiva y medicina basada en la evidencia: su impacto en el proceso de decisiones clínicas. Medicina Clínica 2000; 114(3):34-41.
- (15) Sacristán JA, Oliva J, del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? Gaceta Sanitaria 2002; 16(4):334-343.
- (16) Oliva J, del Llano J, Sacristán JA. Análisis de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias realizadas en España en la década 1990-2000. Gaceta Sanitaria 2002; 16:2-11.
- (17) Pinto JL, Loomes G, Brey R. Trying to estimate a monetary value for the QALY. Journal of Health Economics, 28 (2009): 553-562.
- (18) Mar J, Antoñanzas F, Pradas R, Arrospide A. Los modelos de Markov probabilísticos en la evaluación económica de tecnologías sanitarias: una guía práctica. Gaceta Sanitaria 2010; 24 (3):209-214.
- (19) Sen A. Inequality reexamined. Oxford University Press, 1992.
- (20) Culyer A, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. Journal of Health Economics 1993; 12: 431-457.
- (21) Mooney GH. Equity in health care: confronting the confusion. Eff Health Care 1983 Dec; 1(4): 179-185.
- (22) Prah Ruger J. Health and Social Justice. Oxford University Press, 2010.
- (23) Le Grand J. Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press, 2003.
- (24) Wagstaff A. QALY's and the equity-efficiency trade-off. Journal of Health Economics 1991 (10): 21-41.
- (25) Hauck K, Smith PC, Goddard M. Priority Setting for Health. A Literature Review. Report prepared for the World Bank. CHE, York, 2002.
- (26) Banta HD, Andreasen PB. The political dimension in health care technology assessment programs. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1990; 6:115-123.
- (27) Williams A, Tsuchiya A, Dolan P. Incorporating citizen's preferences about fairness into health policy. Making NICE even nicer. CHE 20th anniversary conference, 2003.
- (28) Mooney GH. Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books, 1986.
- (29) Singer PA. Medical ethics. BMJ 2000; 321:282-285.
- (30) Klein R. Puzzling out priorities. BMJ 1998; 317:959-960.
- (31) Kind P, Brazier J. Valuing health outcomes: 12 questions for the insomniac health economist. CHE 20th anniversary conference, 2003.
- (32) Ubel PA. Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints. Is it equitable? The New England Journal of Medicine 1996; 334(18):1174-1177.
- (33) Menon D, Stafinski T, Martin D, Windwick B, Singer P, Caulfield T. Incorporating public values and technical information into health care resource allocation decision-making. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003. Edmonton, Canada.
- (34) Ortún V. Contradictions and trade-offs between efficiency and equity. European Bioethics Conference, Institut Borja de Bioètica, Barcelona 1995 (mimeo).