

¿Todo para todos y gratis?

EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL



*Juan del Llano Señarís
Carlos Polanco Sánchez
Sandra García Armesto*



www.fgcasal.org

¿ TODO PARA TODOS Y GRATIS ?

*El establecimiento de prioridades en el
Sistema Nacional de Salud Español*

Dirección

Juan del Llano Señarís

Elaboración y Coordinación

Carlos Polanco Sánchez

Equipo Investigador

Luis Quecedo Gutiérrez

Álvaro Hidalgo Vega

Indalecio Corugedo de las Cuevas

Enrique Antón de las Heras

Flor Raigada González

Olga Espallardo García

Revisión

Sandra García Armesto

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro pueden reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito del editor.

© 2004 ERGON
C/ Arboleda, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 84-8473-298-3
Depósito Legal: M-4063-2004

Agradecimientos

A José Antonio Sacristán y José Manuel Freire por la documentación facilitada, a Ana Rico por sus útiles comentarios, y a Manuel Martín y Carmen González por su ayuda en la realización del presente estudio.

El Sistema Nacional de Salud es una realidad presente y, al mismo tiempo, un proyecto vivo y dinámico, en un contexto siempre cambiante.

La Constitución Española consagró, como principios informadores de nuestro actual Estado Autonómico, los principios de unidad, autonomía, igualdad y solidaridad. La asunción constitucional de estos principios supuso un cambio radical en el modelo territorial y de funcionamiento del Estado, que llevó aparejada la adopción de un nuevo enfoque en la prestación de los servicios públicos, en el que el ciudadano pasaría a ocupar un lugar preeminente.

Si las transformaciones operadas a consecuencia de nuestra Constitución han tenido lugar en todos los ámbitos de la actuación pública, en la sanidad española estas transformaciones se han mostrado, si cabe, con mayor fuerza. A ello contribuyó, además, la proclamación constitucional del derecho a la protección de la salud como uno de los principios rectores de la política social y económica, para cuya consecución impone determinadas obligaciones a los poderes públicos. Entre ellas, el que los derechos y deberes de todos al respecto fueran establecidos a través de norma con rango de ley, lo que es sinónimo de garantía y seguridad jurídica.

Los principios informadores del modelo autonómico serían llevados al ámbito de la sanidad de la mano de la Ley General de Sanidad, que al diseñar el Sistema Nacional de Salud los tendría bien presentes. Así, la Ley construye un SNS cuyos rasgos más significativos son la universalidad y la plena descentralización; que declara su carácter integral, tanto en la vertiente orgánica como en la funcional; y en el que la participación ciudadana adquiere carta de naturaleza, lo que supone la plena incorporación en el ámbito de la sanidad de las previsiones constitucionales que propugnan la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Desde su creación, el SNS ha seguido un proceso de evolución que ha ido en paralelo a la evolución experimentada por el modelo autonómico y al compás de las competencias asumidas por las Comunidades Autónomas, hasta llegar a su plena descentralización actual, en consonancia con lo previsto en la LGS.

Este SNS es reconocido como un buen sistema sanitario, tanto por lo que se refiere a sus indicadores sanitarios como a sus resultados en salud. Con todo, y al igual que todos los sistemas sanitarios del mundo, y en concreto en los de los países desarrollados, se enfrenta a nuevos retos y exigencias que le hacen estar en permanente evolución. El cambio experimentado por los patrones epidemiológicos, el alargamiento de la esperanza de vida, las nuevas tecnolo-

gías diagnósticas y terapéuticas y las crecientes demandas y expectativas de los ciudadanos son algunos de los factores que empujan al cambio. Estos retos y exigencias implican retos para el mantenimiento y mejora continua de la calidad de los servicios que presta a los ciudadanos.

El SNS, ante estos cambios continuos a los que está sujeto, tiene que buscar permanentemente fórmulas, estrategias e innovación, nuevas vías que le permitan seguir avanzando en las mejoras con un coste sostenible a largo plazo. Y para ello debe contar con los profesionales sanitarios, con la representación social y con los expertos, entre otros agentes del sistema.

En este contexto, el libro "Todo para todos y gratis: el establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español" hace una interesante revisión sistemática y crítica de la literatura existente en la materia, que somete a contraste de opinión de expertos. Constituye un importante trabajo que servirá de reflexión y análisis y que aporta puntos de vista, igualmente valiosos, para su incorporación al debate. Por todo ello, felicito a sus autores, profesionales de acreditada experiencia y con un conocimiento profundo del sector sanitario, en la seguridad de que este libro será útil para la reflexión y el debate.

Fernando Lamata Cotanda
Secretario General de Sanidad
Ministerio de Sanidad y Consumo

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Métodos	5
4. Revisión de la literatura	7
4.1. Objetivos	7
4.2. Estrategia de búsqueda y selección	7
4.2.1. Criterios de inclusión	7
4.2.2. Tipo de estudios analizados	7
4.2.3. Estrategia de búsqueda	7
4.3. Contexto tecnológico y demográfico	7
4.4. <i>Racionamiento y establecimiento de prioridades</i>	10
4.5. Evaluación económica	15
4.5.1. La medicina basada en la evidencia y la medicina coste-efectiva	16
4.5.2. La investigación de resultados en salud	19
4.5.3. Métodos de evaluación económica de prestaciones sanitarias	19
4.5.3.1. Análisis coste-beneficio	20
4.5.3.2. Análisis coste-efectividad	22
4.5.3.3. Análisis coste-utilidad	24
4.5.3.4. La toma de decisiones basada en la evaluación económica	26
4.5.3.5. Barreras al uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones	32
4.6. Equidad, política, incentivos, profesionales y ciudadanos	36
4.6.1. La equidad como objetivo de la política sanitaria	36
4.6.1.1. Equidad y priorización	37
4.6.1.1.1. Igualitarismo y salud	38
4.6.1.1.2. Regla del rescate	40
4.6.1.1.3. Asignación según necesidad	42

4.6.1.1.4.	Igualdad de acceso	46
4.6.1.1.5.	Mínimo decente y paquetes esenciales	46
4.6.1.1.6.	Principio del maximin de rawls	47
4.6.1.2.	Liberalismo (<i>Libertarianism</i>)	47
4.6.2.	Sistemas de valores e incentivos de los profesionales sanitarios	47
4.6.3.	Principios defendidos por la comunidad	48
4.7.	Obstáculos prácticos al establecimiento de prioridades	51
4.7.1.	El proceso político de toma de decisiones	51
4.7.2.	Costes de transición y externalidades	51
4.7.3.	Establecimiento de prioridades y financiación de la sanidad	52
4.7.4.	Los cuasimercados (<i>quasi-markets</i>)	53
4.8.	Transparencia en el debate para el establecimiento de prioridades sanitarias (<i>accountability for reasonableness</i>)	53
4.9.	Experiencias internacionales	56
4.9.1.	Oregón	57
4.9.2.	Nueva Zelanda	58
4.9.3.	Canadá	60
4.9.4.	Reino unido	61
4.9.5.	Noruega	62
4.9.6.	Holanda	63
4.9.7.	Israel	65
4.9.8.	Suecia	65
4.9.9.	Propuesta para Estados Unidos	70
4.10.	España	71
4.10.1.	Análisis de situación	71
4.10.1.1.	Informe Abril sobre el Sistema Nacional de Salud	72
4.10.1.2.	El debate técnico	73
4.10.2.	El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud Español	76
4.10.2.1.	Cartera de prestaciones sanitarias	76
4.10.2.2.	Limitación de la cobertura farmacéutica	77
4.10.2.3.	Gestión de las listas de espera	78

4.10.2.4.	Introducción de copagos	78
4.10.2.5.	Seguros sanitarios privados	78
4.10.3.	Descentralización y distribución de competencias: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	79
4.10.4.	Valoraciones del sistema sanitario español	82
4.10.5.	Competencias estatales y de las Comunidades Autónomas	84
4.10.6.	La Unión Europea y la delimitación de prestaciones	87
4.11.	Conclusión	88
5.	La perspectiva de los expertos españoles sobre el establecimiento de prioridades en el SNSE	91
5.1.	Objetivos	91
5.2.	Metodología	91
5.3.	Resultados	92
5.3.1.	Priorizar: una cuestión de objetivos	92
5.3.1.1.	<i>Establecimiento de prioridades y racionamiento</i>	94
5.3.2.	¿Por qué priorizar?	96
5.3.2.1.	Los cambios demográficos	96
5.3.2.2.	Las nuevas tecnologías	97
5.3.2.3.	Los cambios sociológicos	100
5.3.3.	El entorno en el que se prioriza: análisis de los elementos estructurales del SNSE	101
5.3.3.1.	Hacia un SNS descentralizado	102
5.3.3.2.	Política de personal y productividad del sistema	104
5.3.3.3.	Gobernabilidad y cultura de gestión	105
5.3.3.4.	La viabilidad financiera del sistema	108
5.3.3.5.	La información en el SNSE	111
5.3.3.6.	La cartera de prestaciones del SNSE	112
5.3.3.7.	¿Agotamiento del modelo? Escepticismo	116
5.3.4.	El debate ausente	119
5.3.5.	Condiciones para el establecimiento explícito de prioridades	121
5.4.	Conclusiones	125

6.	Recomendaciones	129
7.	Bibliografía	131
8.	Anexos	139
	Anexo 1. Avances metodológicos recientes en la evaluación económica ...	139
	A. Metodología de estimación de las utilidades	139
	B. Metodología de estimación de los costes	142
	C. Nuevos enfoques para el manejo de la incertidumbre en la evaluación económica: modelos estocásticos y análisis bayesiano del valor de la información	144
	Anexo 2. Guía empleada en los grupos de discusión	145
	Anexo 3. Currícula de los participantes en los grupos de discusión	146
	Anexo 4. Notas sobre los autores	148

La cada vez más precaria situación económica y financiera de los sistemas sanitarios de los países desarrollados puede atribuirse a factores de naturaleza demográfica (envejecimiento y reducción de los porcentajes de población activa), tecnológica (innovaciones en cirugía, cribaje y diagnóstico, así como nuevos fármacos) y sociológica (las expectativas y demandas de la población crecen más rápidamente que la oferta de servicios sanitarios). Es en este contexto donde se convierte en acuciante la necesidad de establecer prioridades para el gasto sanitario. Si bien hace unos años el debate sobre el establecimiento de prioridades se centraba en qué herramientas técnicas eran más adecuadas para el análisis de los datos acerca del coste y la efectividad de cada tecnología, actualmente también se discute en qué valores, instituciones e información debe basarse el proceso de toma de decisiones.

Es en este contexto de los sistemas sanitarios de los países desarrollados donde surgen multitud de propuestas y estudios llevados a cabo en las últimas dos décadas acerca del establecimiento de prioridades, y que hacen que este asunto se convierta en una *prioridad*, valga la redundancia, para los responsables de la política sanitaria. Los primeros países que establecieron procesos y medidas para la priorización del gasto sanitario, aparte de la pionera experiencia del estado de Oregón, fueron Nueva Zelanda, Canadá, Reino Unido, Noruega, Suecia y Holanda.

Esta investigación forma parte del convenio de colaboración suscrito entre la Fundación Gaspar Casal y la Fundación AstraZéneca, y pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

- a. ¿Qué procedimientos se emplean para determinar si las tecnologías sanitarias deben ser financiadas públicamente?
- b. ¿Cuál es el papel de las distintas instituciones en el establecimiento de prioridades?
- c. ¿Qué tipo de evidencia es necesaria para la toma de decisiones de priorización?
- d. ¿Tiene en cuenta la política sanitaria los *trade offs* entre los distintos objetivos (eficiencia, equidad, responsabilidad individual), así como los valores manifestados por la población y los profesionales?
- e. ¿Existe suficiente transparencia en el debate acerca del establecimiento de prioridades?
- f. ¿Qué podemos aprender de cada una de las experiencias internacionales en el establecimiento de prioridades?
- g. ¿Cómo influye la arquitectura del SNSE en la definición de un paquete de prestaciones homogéneo para toda la población?

- 1.** Analizar críticamente toda la literatura existente sobre el racionamiento de los servicios sanitarios y el establecimiento de prioridades.
- 2.** Conocer las principales experiencias a nivel nacional e internacional en la delimitación de las tecnologías financiadas públicamente.
- 3.** Conocer los puntos de vista de académicos y gestores sobre el tema objeto de estudio a través de la realización de cuatro grupos de discusión.
- 4.** Recomendar a los políticos y gestores un enfoque y medidas informadas que ayuden en el proceso de toma de decisiones.

Para cumplir dichos objetivos, se ha optado por un doble abordaje metodológico. En primer lugar, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura más relevante acerca del establecimiento de prioridades en los distintos modelos de sistemas sanitarios. En segundo lugar, se organizaron cuatro grupos de discusión (*focus groups*) con una selección de panelistas suficientemente representativa en términos de procedencia (tanto analistas como decisores) y experiencia en el tema objeto de estudio.

4.1. OBJETIVOS

Este primer análisis pretende conocer el *estado del arte* de la literatura sobre el establecimiento de prioridades en sanidad, y las principales experiencias, tanto a nivel nacional como internacional.

4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN

4.2.1. Criterios de inclusión

Se recogen todos aquellos estudios relacionados con el establecimiento de prioridades sanitarias y con el racionamiento de recursos sanitarios.

4.2.2. Tipo de estudios analizados

Se analizan todo tipo de estudios cuantitativos (revisiones sistematizadas, meta-análisis y evaluaciones económicas), cualitativos y de opinión, publicados en revistas o libros que cubren las siguientes materias: política y gestión sanitaria, evaluación de tecnologías sanitarias, economía de la salud, evaluación económica, ética médica, economía y gestión pública.

4.2.3. Estrategia de búsqueda

Se consultan las distintas bases de datos de los últimos 20 años: Medline, Embase, Cinahl, Econlit y Healthstar; con los siguientes descriptores: *priority setting, rationing health care, health priorities, equity, efficiency, medical ethics, health economics, economic evaluation, practical constraints, resource allocation, health services distribution y public choices*.

Se seleccionan aquellas publicaciones nacionales e internacionales pertinentes al contexto de nuestro país, depurando sucesivas selecciones con los objetivos del presente estudio.

Finalmente, se consultaron textos existentes en los fondos documentales de la Fundación Gaspar Casal, que además contaba con un importante número de las publicaciones anteriormente seleccionadas.

4.3. CONTEXTO TECNOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO

Los sistemas sanitarios de los países desarrollados se enfrentan a problemas comunes: un continuo aumento de la demanda, el envejecimiento de la población, la escasez de recursos, la rigidez del Sector Público, y las ineficiencias del mercado (Fundación Encuentro, 2003).

Entre los aspectos más relevantes de la sanidad actual destacan: un ritmo de crecimiento del gasto sanitario superior al del crecimiento económico, un marco de restricciones presu-

puestarias y la cada vez más frecuente utilización de tecnologías progresivamente más caras, agresivas, complejas y no siempre justificadas (Gamboa *et al*, 2002).

Tanto las características del sistema sanitario como su evolución a lo largo de las últimas décadas muestran rasgos similares para todos los países desarrollados. Especialmente condicionado por la intensa innovación tecnológica y la creciente valoración de los ciudadanos, el peso del gasto sanitario en relación con el PIB de los diversos países ha tendido a crecer a lo largo del tiempo, y el sistema sanitario ha mostrado síntomas claros de insuficiencia crónica, especialmente en los países en donde el sector privado tiene una presencia muy significativa, como ocurre en Estados Unidos. En todos los países se observa una clara propensión al crecimiento, atribuible a la importancia del bien que se quiere proteger, (la salud), y la existencia en nuestros días de sociedades *medicalizadas* en las que se vincula la salud con otras necesidades/prestaciones, junto con la intensidad del cambio tecnológico y la presión inducida sobre la demanda por parte de productores y distribuidores de bienes y servicios sanitarios.

La tendencia al crecimiento del gasto sanitario ha sido también la pauta predominante en los países descentralizados o que viven procesos intensos de descentralización. La propia descentralización plantea algunas dudas sobre el mantenimiento de sistemas de cobertura universal e igualdad de acceso, ante la pérdida de economías de escala que se produce en la negociación con los sectores suministradores de bienes y servicios, o la eventual pérdida de información como consecuencia del propio proceso de descentralización. Según Ruiz-Huerta *et al* (2003), los sistemas más descentralizados, en buena medida autofinanciados, parecen generar dudas sobre la capacidad del sistema sanitario de garantizar prestaciones equivalentes en todo el territorio.

El Sistema Nacional de Salud Español no es una excepción a este diagnóstico generalizado: se percibe como evidente el riesgo de crisis económica, en un contexto de prestaciones de alto nivel sin que se hayan alcanzado aún cotas de completa eficiencia. Pero 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 (Carballo *et al*, 2001). El binomio crítico se completa con la evolución de la población española y su demanda asistencial que, tal como se desprende de un estudio Delphi realizado a una amplia muestra de líderes profesionales de la atención primaria de nuestro país, se prevé creciente en actividades relacionadas con el envejecimiento y las enfermedades crónico-degenerativas, en definitiva, los problemas que requieren un seguimiento continuado fuera del hospital (Gené, 1999).

En el caso español existe aún otro factor que se contempla con inquietud por parte de algunos autores: la transferencia de competencias asistenciales a las Comunidades Autónomas manteniéndose una Administración Central con competencias normativas pero sin obligaciones ni compromisos de gestión. Si los consumidores, la opinión pública, el desarrollo tecnológico, los intereses económicos de las empresas y corporativos de los profesionales son factores que incentivan la aparición de nuevas prestaciones y procesos, de nuevos servicios, a través de mecanismos que se retroalimentan, la existencia de esta Administración, capaz de imponer obligaciones a las Comunidades Autónomas sin la adecuada responsabilidad de

quien pone en marcha las actuaciones, puede ser un instrumento amplificador, que agrave la situación (Ruiz-Huerta *et al*, 2003).

Como consecuencia de este rápido crecimiento del gasto sanitario en todos los países desarrollados en las últimas décadas, los gobiernos buscan la forma de revisar las prioridades asistenciales y fomentar una difusión y utilización más racional de las tecnologías sanitarias. En los últimos años, se ha puesto de manifiesto que más tecnología no significa necesariamente una mejor atención sanitaria. Cada vez se cuestiona más el viejo aserto: *cuanto más mejor*. Las necesidades que se han expresado se orientan a una *mejor medicina* que también comprende los aspectos socioeconómicos de las prestaciones sanitarias (OCDE, 1998). Así, surge una duda, recurrente ante las nuevas tecnologías y sus efectos en la salud: *¿Este aumento de vida significa mejor salud, o simplemente más años de enfermedad, invalidez y dependencia creciente de los servicios sanitarios y sociales?*

Se argumenta que buena parte del gasto médico innecesario podría eliminarse si se redujera la prestación de tratamientos sin efectos contrastados o disminuyera su coste desproporcionado. Sin embargo, 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 seguiría excediendo su índice de inflación. Ubel (2000) afirma que, 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. Mayston (1996), así como Chalkley y Malcomson (1996), consideran que en el sector sanitario la innovación tecnológica comporta mayor especialización del factor trabajo con el consiguiente encarecimiento y aumento de la actividad.

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.

El análisis de la evolución del discurso en las políticas sanitarias de las últimas décadas ilustra esta toma de conciencia y cambio de estrategia progresiva. Evans *et al* (1994) identifican varias etapas: 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. En esta línea, Victor Fuchs ya expresaba en 1974 su preocupación ante el hecho de que la tasa de crecimiento del gasto sanitario excediera la de la economía norteamericana con un diferencial en el incremento de productividades que también perjudicaba al sector sanitario, lo que le llevaba a proponer el cambio en los estilos de vida de la población como la solución más pertinente. Evans *et al* explican que exhortar a los individuos a que modificaran sus hábitos era *políticamente menos arriesgado*, si bien implícitamente suponía responsabilizarles de las enfermedades que padecían. De este modo, se ralentizó el crecimiento del gasto sanitario, a la vez que nuevas leyes federales 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 esta tendencia *racionalizadora* se va incorporando un enfoque global de las decisiones sanitarias que exige prestar atención a tres grandes tipos de problemas (Meneu, 2003):

- a. La prestación insuficiente de asistencia necesaria, eficaz y adecuada (*subutilización*),
- b. La provisión excesiva de cuidados innecesarios o inadecuados (*sobreutilización*), y
- c. El empleo inadecuado de los recursos asistenciales disponibles (*utilización inapropiada*).

4.4. RACIONAMIENTO Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Comenta Singer (2000) con cierta ironía que el establecimiento de prioridades se llamó *racionamiento* hace veinte años, *asignación de recursos* diez años más tarde, y acabará denominándose *sostenibilidad* en los diez próximos años. Ubel (2000) ordena las distintas definiciones de **racionamiento** según su respuesta a tres preguntas:

- a. ¿La decisión debe ser explícita para que se la pueda considerar *racionamiento*? No necesariamente, un contraejemplo es que el principal mecanismo de racionamiento es la capacidad de pago.
- b. ¿Un recurso debe ser escaso en términos absolutos para que su distribución se denomine *racionamiento*? Tampoco parece un criterio definitivo, ya que las propias decisiones de asignación de recursos limitan su disponibilidad. Una vez que el recurso es escaso en términos absolutos a causa de su asignación, puede ser racionado.
- c. ¿*Racionamiento* sólo implica la limitación de servicios necesarios o las decisiones acerca de servicios beneficiosos pero innecesarios también suponen *racionamiento*?

Ubel se inclina por una definición amplia de racionamiento de servicios sanitarios, que incluye cualquier mecanismo implícito o explícito que impida a la población disponer de recursos necesarios. El motivo que aduce es que las distinciones entre recursos escasos en términos absolutos y *no-escasos*, entre servicios limitados implícita o explícitamente, y entre servicios necesarios y beneficiosos, no son claras.

Siguiendo a Cabasés (1998) podemos decir que *establecer prioridades* equivale a *aplicar algún mecanismo de racionamiento que, en última instancia, selecciona quién recibirá y quién no servicios que proporcionan algún beneficio a quien los recibe*. El establecimiento de prioridades permite maximizar los beneficios obtenidos a partir de los recursos, y por tanto, minimizar los costes de oportunidad. Mitton y Donaldson (2003) consideran que pensar en términos marginales (*thinking at the margin*) capacita a los decisores para plantearse cambios o reasignaciones de los recursos, de modo que se optimice el beneficio agregado en términos de salud. Sin embargo, la práctica habitual es la presupuestación histórica, ya que es un mecanismo “apolítico”, seguro y rápido.

El establecimiento de prioridades en un sistema puede por tanto ser implícito o explícito. Sabin (1998) reconoce dos fuertes argumentos a favor del establecimiento implícito de prioridades: que retirar derechos crea cierta división social, y que tanto los pacientes como los médicos prefieren ver a los doctores como generosos en lugar de limitadores de prestaciones. Esto explicaría las limitaciones prácticas de lo que Ubel (2000) describe como *racionamiento a pie de cama (bedside rationing)*, que ocurre cuando un profesional sanitario deja de hacer algo por su paciente para ahorrar recursos a la sociedad. Se deben cumplir tres condiciones para que la acción de un profesional se pueda considerar *bedside rationing*:

- a. Privar a un paciente de una prestación que, según la opinión del médico, resultaría beneficiosa en alguna medida para el paciente;
- b. Perseguir un beneficio financiero para alguien que no es el paciente, como una organización, la sociedad, o el propio médico; y

c. Controlar/limitar la provisión del servicio beneficioso en cuestión.

Un modelo alternativo sería lo que Sabin denomina *sistema antagónico de establecimiento de prioridades* (*adversarial system of priority system*). Refleja una práctica habitual en los Estados Unidos: los servicios recomendados por los médicos a los pacientes son financiados por las aseguradoras sólo si éstas lo autorizan. Este sistema genera un alto grado de desconfianza en los pacientes. Es por ello que los profesionales sanitarios, los gestores y el resto de agentes implicados deben ponerse de acuerdo para deliberar acerca del racionamiento y el establecimiento de prioridades. Sólo entonces cree Sabin que la sociedad entenderá y aceptará dichas políticas. El autor considera que la rápida difusión actual de la información hace imposible mantener un sistema de establecimiento implícito de prioridades. Aunque la experiencia israelí –que se analiza más adelante– sugiere que los enfoques explícito e implícito para el establecimiento de prioridades no son alternativas necesariamente excluyentes, sino herramientas complementarias (Chinitz *et al*, 1998), la mayor parte de la literatura actual se centra en los mecanismos para implantar un proceso explícito de establecimiento de prioridades.

Definir el proceso de establecimiento de prioridades requiere tener en cuenta la diversidad de los factores que interactúan tanto en la definición del problema como en el procedimiento que se adopta y los fines que se persiguen. Así, según Singer *et al* (2000) es posible identificar seis categorías que intervienen en este proceso, que se hallan interrelacionadas de forma compleja:

1. Instituciones: legitiman el contexto de organización.
2. Personas: se deben recoger los puntos de vista de cada agente, así como la participación ciudadana por encima de un valor crítico (definido, por ejemplo, como un porcentaje de la población).
3. Factores: beneficio, evidencia, daño, coste, coste-efectividad, y patrón de muerte.
4. Motivos que justifican las decisiones: en lugar de presentar factores únicos, Singer *et al* (2000) se basan en *clusters* de factores, *clusters* de medicamentos, y *clusters* de enfermedades.
5. Procedimiento: que verifique las condiciones de transparencia y justicia.
6. Apelación: un mecanismo que permita la formulación de reclamaciones contribuye a la consecución de un proceso justo.

La relevancia de las instituciones en el proceso de priorización ha sido analizada por diversos autores. Las distintas formas de organización de la asistencia sanitaria configuran determinantes específicos que condicionan las posibilidades de establecer prioridades para el sistema y el tipo de restricciones que resultan legítimas en cada contexto. Pinto *et al* (2000) citan el texto “Justicia social” (Elster 1992) para mostrar los distintos principios rectores del mercado y las autoridades sanitarias a la hora de racionar: *en el mercado, el derecho a ser priorizado sobre otros depende de la disposición a pagar por un producto, y ésta de la renta. Por motivos de eficiencia y/o equidad, el establecimiento de prioridades en un contexto de recursos sanitarios escasos no se basa en el nivel de renta.*

Ortún *et al* (2001), distinguen dos niveles de elección en el planteamiento de la necesidad de establecer prioridades:

1. ¿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).
2. ¿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 (Tabla I). 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.

Tabla I. Instituciones que configuran la forma de asignar recursos sanitarios en cada país.

Instituciones	Decisiones	Criterios básicos
MERCADO	De oferta y demanda	Disposición a pagar
ESTADO	(más de oferta que de demanda) Políticas	Oportunidades de beneficio Múltiples y difusos: Acceso, seguridad, efectividad, equidad, mejora de la eficiencia...
NORMAS CLÍNICAS	Decisiones clínicas: Diagnósticas y terapéuticas	Necesidad técnicamente percibida y, secundariamente, beneficio profesional

Fuente: Ortún (2002).

Las sociedades que actúan sobre el *para todos* a la hora de limitar tienen un Estado del Bienestar menos desarrollado y recurren en mayor medida al mecanismo de precios como mecanismo para asignar los recursos sanitarios. Un claro ejemplo es la importante exclusión de los colectivos no asegurados en EEUU. Ortún (2002) también menciona como una limitación al *para todos* cualquier mecanismo de acceso privilegiado a los servicios sanitarios para los miembros de la *nomenclatura*, comoquiera que ésta se constituya en cada país.

En cambio, aquellas sociedades con Estado del Bienestar más desarrollado actúan preferentemente sobre el *todo* y sobre el *de la mejor calidad*. Sobre el *todo* limitando las prestaciones efectivamente cubiertas y controlando tanto la introducción de la tecnología como la posterior adecuación en su empleo. Sobre la *calidad* se actúa diluyendo servicios, retrasándolos, poniendo trabas a la utilización (aumento del precio no monetario), proporcionando un trato subóptimo (descortés o inadecuado) o despilfarrando recursos por ineficiencia (rentas excesivas a proveedores).

Continúa Ortún indicando que al asignar recursos sanitarios actuando sobre el *para todos* suele impropriamente llamársele libre funcionamiento del mercado y al actuar sobre el *todo* o sobre el *de la mejor calidad* racionamiento. Se trata de dos maneras diferentes de asignar recursos sanitarios y ambas implican un racionamiento y aunque ambas supongan un establecimiento de prioridades suele reservarse este último término para referirse a los procedimientos utilizados por aquellos países con Estado de Bienestar desarrollado para establecer quién recibe qué.

Las *decisiones políticas* influyen principalmente en la determinación de qué servicios sanitarios se prestan e influyen la práctica clínica al *dimensionar la oferta*. Las *decisiones clínicas*, diagnósticas y terapéuticas resultan particularmente relevantes para *priorizar pacientes*.

Las *decisiones políticas* sobre prioridades en sanidad pueden ser más o menos implícitas, más o menos democráticas y más o menos centralizadas. En la práctica, aunque lo habitual es un proceso implícito de establecimiento de prioridades (decidir quién recibe qué), cada vez son más los países que han establecido prioridades de forma explícita. En cambio, las *decisiones clínicas* sobre prioridades en sanidad están condicionadas por el Estado y por el mercado (más por el Estado en Europa, más por el mercado en EE.UU.) y tienen un margen extensivo (indicaciones de un procedimiento) y un margen intensivo (densidad de pruebas diagnósticas y terapias por proceso). Desde el punto de vista del bienestar social las decisiones clínicas han de valorarse de acuerdo a tres criterios: evidencia científica de efectividad y adecuación, orientación hacia las utilidades del usuario, e interiorización del coste social de oportunidad.

Por lo que se refiere a los modelos de Estado de Bienestar más extendidos en el mundo desarrollado, se detecta 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 (Fundación Encuentro, 2003). Al tiempo, existe una visión cada vez más extendida de los sistemas sanitarios públicos como **sistemas de aseguramiento social**. Pero, en este contexto, surgen problemas éticos si se trata de discriminar el acceso a las prestaciones según las características personales, como ocurre en los seguros privados (Cabasés, 1998).

En los contratos entre consumidores y compañías de seguros, la limitación de prestaciones es una cláusula poco apreciada entre los asegurados, puesto que precisamente son ellos los que tienen una mayor aversión al riesgo y, por tanto, una demanda de cobertura. Este tipo de cláusula constituye una forma tan precaria como radical de limitar el consumo excesivo de servicios sanitarios (López i Casanovas 1994)

En realidad, un sistema que incorpore en su base la idea de aseguramiento puede facilitar el concepto de delimitación. 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: comportamientos individuales, uso racional, etc.) parece decisiva para la racionalización del gasto (utilización) en sistemas sanitarios predominantemente públicos. Para evitar un compromiso difícilmente sostenible para las finanzas públicas, se trataría como mínimo de establecer que, para aquellos tratamientos ineficaces o con un coste de efectividad superado por procesos alternativos, si bien el sistema sanitario público no los prohíbe, no instrumenta tampoco para su financiación recurso alguno.

En el mismo sentido, aunque adoptando un mayor nivel de concreción, López i Casanovas *et al* (1999) plantean que cualquier intento de 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, debe responder a una serie de objetivos específicos:

- a. *Explicitar* las prestaciones que el usuario tiene derecho a percibir y las obligaciones del sistema a proveerlas.
- b. Limitar el *derecho* del usuario a recibir prestaciones y *obligaciones* del sistema a proveerlos.
- c. Establecer prioridades para la *planificación* de la asistencia sanitaria.

d. Definir los *presupuestos* de los servicios sanitarios, al estimar el conjunto de costes para una población definida.

e. Decidir sobre la inclusión de *nuevos servicios y tecnologías* en el conjunto de servicios financiados por los poderes públicos.

f. *Garantizar* un conjunto *mínimo* de prestaciones a todos los ciudadanos del Estado.

A partir de la revisión de las experiencias internacionales en el establecimiento explícito de prioridades, se han observado condiciones para el éxito de dicho proceso:

a. Enfoque estratégico para su aplicación en cada **nivel de decisión**.

b. Optar entre **exclusión** y **racionalización** (*guidelines*).

c. Necesidad de **legitimación** de las decisiones de racionalización y elegir un equilibrio de objetivos.

d. Requisitos para **implantación**: consenso político, accesibilidad, calidad...

Respecto a las cuestiones fundamentales sobre las que se debe alcanzar el consenso que se invoca como necesario y las decisiones políticas adoptadas para operativizar la priorización, la literatura ofrece múltiples opciones entre las que destacan las siguientes: 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 capacidades protegidas. Si no fuera posible una garantía igual *ex post*, pueden buscarse mecanismos que sean imparciales *ex ante*, como, por ejemplo, listas de espera o mecanismos aleatorios.

López i Casanovas y Ortún (1998), centrándose en la estructura del sistema sanitario español para examinar la factibilidad del establecimiento de prioridades, proponen las siguientes alternativas para la delimitación de las prestaciones en el sistema sanitario:

a. Limitar el aseguramiento público a las prestaciones básicas. El resto de las prestaciones complementarias se financiarían públicamente tan sólo para colectivos que no superasen determinado nivel de renta.

b. Posibilitar el aseguramiento libre para colectivos que superen determinado nivel de renta, convirtiéndolo en obligatorio (y financiado públicamente) para el resto de colectivos.

Una idea similar expresa Del Llano (2003) en su intento de *conciliar necesidad y escasez*: es preciso 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.

Acerca de esta necesidad de que el establecimiento de prioridades no interfiera con las condiciones básicas necesarias para que cada individuo desarrolle su vida, Carballo *et al* (2001) propone 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.

- No es posible aplicar ningún recurso financiado en parte o en todo por dinero público, si aquél es manifiestamente ineficaz en el caso considerado.

Sin embargo, todos los esfuerzos dedicados a la definición de sistemas que controlaran el desequilibrio entre demanda y recursos no se han plasmado de forma definitiva en políticas. Aparte de los conocidos costes políticos de cualquier medida sanitaria, ya en 1994 Evans *et al*

(1994) identificaban dos causas de esta *inmovilidad*, que siguen en vigor una década después y a la vez explican los incipientes movimientos que en los últimos años se detectan en la arena política:

- a. 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, así como del paradigma de salud dominante (*the prevailing health paradigm*); y
- b. 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.

Valgan como resumen de este repaso a las corrientes en los planteamientos teóricos sobre racionamiento y establecimiento de prioridades en los sistemas sanitarios las reflexiones de Abel-Smith *et al* (1995) en el sentido de que la escasez de recursos ha dado lugar a tres tendencias:

- a. la toma de decisiones acerca de prioridades de un modo cada vez más explícito, abierto y democrático;
- b. un intento de consumir dichos recursos escasos de un modo más eficiente;
- c. un cuidadoso estudio de los aspectos éticos del establecimiento de prioridades.

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 tecnologías.

Mitton y Donaldson (2003) clasifican los enfoques más comunes para el establecimiento de prioridades como económicos (evaluación económica; presupuestación por programas y análisis marginal) y no-económicos (evaluación de necesidades; servicios esenciales). Si bien en este estudio trataremos todos estos enfoques, no se seguirá dicha clasificación ya que excluye otras muchas técnicas que deben ser consideradas. En aras de la claridad expositiva hemos distinguido dos bloques en los abordajes metodológicos disponibles para apoyar el establecimiento de prioridades, en primer lugar, describiremos las posibilidades que ofrece el ámbito de la evaluación económica, para luego adentrarnos en otros enfoques dirigidos a la introducción de factores como la equidad y los valores profesionales y sociales.

4.5. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Los gastos en asistencia sanitaria están aumentando en todos los países desarrollados, y la expansión de las nuevas tecnologías sanitarias se considera cada vez más como una de las principales causas que contribuyen a ello. Los gobiernos se enfrentan con la limitación de los recursos y la necesidad de evaluar y establecer prioridades en investigación y asistencia sanitaria. La industria farmacéutica, entretanto, se encuentra bajo la presión de demostrar que sus nuevos productos no sólo son mejores que los existentes, sino también más competitivos y coste-efectivos. Las autoridades sanitarias están, por consiguiente, cada vez más interesadas en la evaluación y anticipación de las consecuencias socio-económicas del cambio tecnológico. Además, en reconocimiento de estas necesidades, se están desarrollando sistemas nacionales para la identificación temprana y la evaluación de las tecnologías emergentes (OCDE, 1998).

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 (Carballo *et al*, 2001).

La evaluación de las tecnologías no es una *ciencia*. En sentido amplio, puede comprender la evaluación de las propiedades técnicas, eficacia clínica, impacto organizativo, consecuencias sociales, e incluso implicaciones éticas. La evaluación de las tecnologías podría dirigirse a saber si una nueva tecnología es una solución *sostenible* o la mejor de todas las opciones en un contexto asistencial y social específico.

A pesar de la importancia y necesidad de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, se coincide plenamente con la opinión de autores como Culyer o Williams, que defienden que debe ser considerada una herramienta para la toma de decisiones, en lugar de un conjunto de prescripciones completas que determinen la elección social (Oliva, 2000).

Esta herramienta no está libre de obstáculos, y Oliva *et al* (2000 y 2001) identifican tres tipos de barreras o factores que tienden a dificultar la utilización de la evaluación económica por parte de los profesionales sanitarios: barreras administrativas (estructura y dinámica presupuestaria, no exigencia legal de los estudios), barreras de método (falta de estandarización, déficit en la formación del personal, y exceso de componentes teóricos), y barreras de aplicación y práctica (origen y patrocinio de los estudios, excesivo énfasis en el precio de los medicamentos).

Considerando la evaluación económica como un producto con mercado propio, su desarrollo futuro depende de su calidad y credibilidad. Por ello, su evolución está condicionada a la estandarización metodológica, a la mayor aplicabilidad práctica –ocupándose de problemas sanitariamente relevantes–, reforzando su validez y comparabilidad y clarificando su uso dentro del sistema sanitario.

4.5.1. La medicina basada en la evidencia y la medicina coste-efectiva

Se puede considerar el movimiento de la medicina basada en la evidencia como la condición necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo de la evaluación de las tecnologías sanitarias y un paso previo ineludible para llegar al paradigma de la medicina coste efectiva.

Ya en 1972, Archie L. Cochrane, pionero de la medicina basada en la evidencia, estableció que en el campo de la medicina preventiva, *si hay dos medios, ambos con la misma efectividad, el trabajo global del NHS resultaría mejorado por el uso del más barato, independientemente de lo que ocurra en otras esferas de la terapéutica*. De igual modo, defendió que *representa un gran peligro asumir que las pautas de tratamiento bien establecidas en la práctica médica que no han sido probadas son siempre eficaces (...)* Si la efectividad ha sido más bien poco investigada, la eficiencia lo ha sido apenas. Cochrane distingue diversos tipos de ineficiencia:

- a. El empleo de tratamientos ineficaces y el uso de tratamientos eficaces cuando no deben ser utilizados.
- b. El lugar incorrecto del tratamiento.
- c. La duración incorrecta de la estancia en el hospital.

La **medicina basada en la evidencia** (MBE) es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de cada paciente. Se centra, por tanto, en el beneficio individual. En cambio, la **medicina coste-efectiva** (MCE) emplea el análisis coste-efectividad en la valoración de las intervenciones médicas. Se centra en el beneficio social (Del Llano *et al*, 2000).

La toma de decisiones clínicas está tomando cada vez más un marcado carácter utilitarista (mayor bien para el mayor número de personas) en detrimento del liberalismo (*libertarianism*, mayor bien para el individuo).

La MCE y la MBE pueden ser herramientas complementarias en la búsqueda del mejor tratamiento posible, tanto desde el punto de vista individual como del social. Pero cada agente tiene prioridades diferentes:

1. Política sanitaria (macrogestión): aumentar la equidad y corregir los fallos de mercado.
2. Gestor de centros (mesogestor): preocupación por el presupuesto y cercanía de la práctica clínica diaria.
3. Clínico (microgestor): restaurar los niveles de salud de los pacientes.

El problema fundamental de la gestión sanitaria pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas en cada ámbito y conseguir así colmar las expectativas de los pacientes. Parece existir una preocupación casi exclusiva por el imperativo de ajustarse al presupuesto asignado.

Si bien más adelante se analizará detalladamente el análisis coste-efectividad como método de evaluación económica, describimos ahora sucintamente sus etapas para mantener el paralelismo y el contraste de medicina coste-efectiva y medicina basada en la evidencia.

La MBE afecta a los tratamientos médicos, la gestión, la política, la filosofía y la ética, y una de sus dificultades es la compleja medición de los resultados de intervenciones en grupos numerosos de pacientes. El objetivo de la MBE es eliminar el uso de decisiones médicas inefectivas o peligrosas.

Se enumeran a continuación las etapas de la MBE:

- a. Formular la pregunta específica.
- b. Buscar la mejor evidencia científica existente.
- c. Valorar críticamente la evidencia recogida: a partir de los costes asociados tanto al número de casos necesarios a tratar (NNT) como al número de casos necesarios tratados para que se produzca un daño (NNH), se obtiene una valoración coste-efectiva, lo que muestra la complementariedad de ambos enfoques.
- d. Actuar de acuerdo con la evidencia.

Por su parte, las fases de la MCE son las siguientes:

- a. Identificar y delimitar el problema.
- b. Identificar y valorar las alternativas (*inputs* y *outcomes*).
- c. Incorporar el punto de vista del paciente.
- d. Explicitar el tipo de análisis y el punto de vista.
- e. Estructurar el problema (teoría de juegos y de la decisión).

Elementos esenciales de este método son el análisis de sensibilidad para comprobar el efecto de variaciones en los parámetros sobre el resultado, la elección de la tasa de descuento, y el enfoque de análisis incremental. Uno de los mayores retos que se presentan para la MCE es la mejora de los indicadores de resultados (*outcomes multidimensionales*).

Acerca de la elección de la tasa de descuento, hay que remarcar que las ratios entre costes y beneficios no sólo son sensibles a cuál es el valor numérico de la tasa de descuento elegida, sino también a si los beneficios son o no descontados. Así, si únicamente son descontados los costes, permaneciendo los beneficios inalterados, los programas parecen más atractivos.

Existe un amplio consenso sobre la elección de la *tasa de descuento social* (TDS) como la apropiada en el marco de la evaluación económica de políticas públicas en general y de salud en particular. Los dos enfoques tradicionales para definir la TDS son la *preferencia temporal social* (PTS), que define la tasa como aquélla a la que la sociedad está dispuesta a intercambiar la renta en el tiempo, y el *coste de oportunidad social* (COS), como el rendimiento perdido en el proyecto sacrificado como consecuencia de la elección de un proyecto público.

Tras años de debate, Lázaro (2003) considera que actualmente se acepta separar la preferencia temporal de las cuestiones del coste de oportunidad, a partir del concepto de *precio sombra del capital*. Según este enfoque se transforman costes y beneficios mediante la aplicación de un factor de ajuste para obtener el verdadero coste de oportunidad de los costes y beneficios del programa. Hecho esto, la tasa de preferencia temporal social es la encargada del descuento de esas corrientes transformadas. Ahora bien, dadas las condiciones económicas actuales de los países desarrollados, resulta metodológicamente correcto obviar las cuestiones del coste de oportunidad y descontar únicamente de acuerdo con la tasa de preferencia temporal social (PTS).

En la práctica, el valor numérico se ha hallado según dos alternativas:

- a. Aproximar la tasa de PTS por los tipos de interés de la deuda pública.
- b. Aproximar la tasa de PTS mediante cálculos empíricos. El Banco Mundial recomienda descontar los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) a una tasa real del 3%. Las estimaciones recientes de Souto (2001) sugieren que el valor más apropiado para la tasa de descuento en los proyectos públicos es el 5.5%.

Un 90% de los estudios revisados por Lázaro (2003) sugieren descontar las consecuencias de salud a la misma tasa que las monetarias. La única guía oficial de evaluación económica que aconseja el descuento diferencial es la elaborada para Inglaterra y Gales, donde se recomienda una tasa del 6% para las consecuencias monetarias y entre el 1.5 y el 2% para las consecuencias de salud en unidades físicas. Drummond encontró cierta consistencia en las tasas de descuento empleadas en distintos estudios y países (Hauck *et al*, 2003).

Cuando se plantea la pregunta acerca de si el aspecto relevante de una tecnología sanitaria son los costes o los resultados, la respuesta adecuada es que ambos son imprescindibles para cumplir con el deber moral de hacer el uso más eficiente posible de los recursos. Es por ello que se debe tratar de superar la falta de conocimiento sobre la efectividad de los servicios sanitarios.

Sin embargo, para los financiadores de los servicios sanitarios la relación coste-beneficio en salud será prioritaria, mientras que para los médicos los argumentos de la MBE serán los primeros. Actualmente, la MBE no está suficientemente implantada y su eficacia no ha sido todavía demostrada, si bien se espera que se beneficiará de las guías de práctica clínica.

La propuesta de Del Llano *et al* (2000) para lograr la unión de las perspectivas social e individual consiste en:

- a. Formación de pregrado en economía, gestión, ética y epidemiología clínica.
- b. Mejorar los sistemas de información que miden costes y beneficios en salud.
- c. Introducir incentivos que mejoren la investigación aplicada y, por tanto, la efectividad en la práctica clínica.

Hay una cierta disyuntiva entre la **calidad** de la evidencia médica (grado de confianza sobre los resultados que nos proporciona) y la **relevancia** (posibilidad de trasladar la evidencia procedente de los estudios de la bibliografía a las circunstancias particulares del ámbito para el que quiere calcularse la efectividad).

4.5.2. La investigación de resultados en salud

Cuantificar los beneficios para el paciente es una labor ineludible para posibilitar la evaluación económica de las tecnologías que ha dado lugar a una línea de investigación denominada de resultados en salud, de creciente importancia. La **investigación de resultados en salud** (IRS) evalúa la efectividad de las intervenciones médicas que previamente se han visto beneficiadas de una investigación técnica sobre su eficacia y seguridad, se refiere a las condiciones de práctica clínica habitual, se centra en los beneficios del paciente y utiliza una metodología establecida, más allá de las clásicas mediciones de resultados, que recalcan la valoración del impacto sobre la calidad de vida (Badía *et al*, 2000). Los distintos procedimientos empleados para la determinación de resultados en salud son:

- revisión de la bibliografía,
- guías de práctica clínica,
- ensayos clínicos,
- meta análisis,
- calidad de vida,
- satisfacción,
- efectividad,
- estudios observacionales,
- uso de recursos sanitarios,
- modelización,
- epidemiología, y
- evaluación económica.

4.5.3. Métodos de evaluación económica de prestaciones sanitarias

La evaluación económica se enmarca inicialmente dentro del paradigma clásico de la teoría del bienestar (*welfarism*), basada en tres criterios (Hauck *et al*, 2003):

- a. la maximización de la suma de utilidades;
- b. la optimalidad de Pareto, que implica eficiencia productiva y distributiva, y
- c. el criterio de compensación potencial de Kaldor y Hicks.

Un enfoque posterior es el denominado *extra welfarism*, con los siguientes rasgos:

- a. énfasis en la *salud* en lugar de la *utilidad*;
- b. se basa en la *necesidad de atención sanitaria* en lugar de la *demanda individual*; y,
- c. el principio de maximización de la salud, si bien pueden añadirse consideraciones de equidad como las que se enumeran a continuación:

- i. *trade off* entre eficiencia y equidad (Arrow);
- ii. *trade off* entre la maximización de la suma de estados de salud individuales y la justicia en la distribución (Broome, 1988); o,
- iii. relacionar la maximización de la salud sólo con mejoras adicionales en la misma (Olsen, 1997).

A modo introductorio, en la tabla II se presenta una primera clasificación de los distintos métodos de análisis de tecnologías sanitarias junto a sus principales rasgos. Posteriormente se detallarán las características, etapas, ventajas e inconvenientes de cada uno.

Tabla II. Métodos empleados para el análisis de las prestaciones sanitarias.

Análisis coste-beneficio

Costes y resultados clínicos en unidades monetarias. Método de *disponibilidad a pagar*.

Análisis coste-efectividad

Resultados clínicos en las mismas unidades físicas y costes en unidades monetarias. Relación coste/efectividad.

Análisis coste-utilidad

Resultado se expresa como el cociente coste/AVAC. Posibilidad de comparar diferentes tipos de intervenciones e integrar la cantidad y calidad de vida de los pacientes.

Análisis de minimización de costes

Para alternativas con idénticos resultados clínicos (eficacia, efectividad).

Análisis de coste de la enfermedad

Enfoques de incidencia y prevalencia.

Fuente: Soto (1999).

Una primera clasificación de las citadas metodologías puede establecerse en función de su distinto énfasis en los costes y/o los resultados. Ya se comentó anteriormente que ambos elementos son igualmente importantes para la elección de aquellas prestaciones que serán financiadas por el sistema sanitario público, que debe guiarse por el deber moral de hacer el uso más eficiente posible de todos sus recursos: (Tabla III)

4.5.3.1. Análisis coste-beneficio

En ocasiones es necesario utilizar un denominador común para poder evaluar distintos programas. Cuando para ello empleamos el dinero estamos ante el análisis coste-beneficio (ACB). Este método de evaluación permite determinar la asignación eficiente de recursos para la producción de bienes y servicios para los que no existe mercado. Enmarcado en el clásico enfoque paretiano, este abordaje asume que el beneficio de una decisión política es la suma de las utilidades individuales, y sus costes son los costes de oportunidad de los recursos empleados en la misma. Por ello, tanto costes como beneficios deben valorarse en unidades monetarias. Meltzer (1997) propone contabilizar los costes en los que se incurriría en los años de vida ganados gracias a una intervención sanitaria. Si éstos se originan transcurrido un año, deberán descontarse para obtener valores presentes de los costes (directos e indirectos) y los beneficios. Ya se citaron anteriormente las distintas posibilidades para la elección de la tasa de descuento.

Tabla III. Métodos según su tratamiento de costes y resultados.

¿Se examinan los costes y resultados de las alternativas examinadas?			
NO		SI	
NO	Examina sólo Resultados	Examina sólo Costes	
	1A EVALUACIÓN PARCIAL 1B		2 EVALUACIÓN PARCIAL
	Descripción Resultados	Descripción de Costes	Descripción Costes-resultados
SI	3A EVALUACIÓN PARCIAL 3B		4 EVALUACIÓN ECONÓMICA COMPLETA
	Evaluación Eficacia o Efectividad	Análisis de Costes	Análisis Minimización Costes (AMC) Análisis Coste-Efectividad (ACE) Análisis Coste-Utilidad (ACU) Análisis Coste-Beneficio (ACB)

Fuente: Sacristán et al (2002).

El punto crítico de este método de evaluación es esa necesaria *traducción* de la vida a unidades monetarias, que sigue siendo objeto de debate.

Muir consideró en 1979 que la principal fortaleza del análisis coste-beneficio está relacionada con su punto más débil: su intento de otorgar un valor monetario a la vida humana. Sin embargo, resulta obvio que el análisis coste-beneficio no proporciona al decisor criterios indiscutibles y libres de sesgos.

Respondiendo a Muir, Mooney (1980) defiende que la imposibilidad de considerar un mercado para la vida humana no implica que ésta no tenga valor monetario. Un ejemplo de ello es un individuo cualquiera, que al enfrentarse a las restricciones de recursos y tiempo tiene que dar un valor finito a la vida (o más exactamente al riesgo de muerte). Cada decisión acerca de la asignación de recursos sanitarios implica un juicio acerca de si merece la pena pagar X para conseguir Y. Si la respuesta es afirmativa, entonces Y se valora al menos tanto como X; si la respuesta es negativa, entonces Y se valora menos que X.

Se han utilizado diversos marcos conceptuales para tratar de estimar ese valor monetario, el primero se basaba en el valor productivo de la vida y se denominó **enfoque del capital humano**. Este método de valoración de la vida ha quedado en desuso tanto por beneficiar a aquellas personas con mayor salario y en edad de trabajar, como por no tener en cuenta otros aspectos de la vida humana. En la actualidad, el enfoque de la **disponibilidad a pagar** ha desplazado al del capital humano, y se ha desarrollado a través de dos tipos de métodos para la valoración monetaria del estado de salud:

a. Métodos de preferencia revelada.

Se basan en la hipótesis de que el bien que no pasa por el mercado es un argumento en las funciones de utilidad de los individuos. En el contexto de los servicios sanitarios, el enfoque

de la preferencia revelada observa decisiones reales que realizan los individuos y que afectan al riesgo de presentar problemas de salud, a partir de las cuales se infiere su disponibilidad a intercambiar recursos financieros por estas consecuencias sobre el estado de salud.

- Método de los precios hedónicos: permite estimar el valor de una característica de un bien a partir del precio de mercado del bien. (Método de los salarios hedónicos).
- Método del coste de viaje: consiste en construir una curva de demanda a partir de los costes de acceso a los servicios.
- Método de los costes evitados: valora los gastos necesarios para evitar o reducir los efectos negativos de, por ejemplo, la contaminación.
- Método de las aportaciones voluntarias: a organizaciones no lucrativas.

b. Métodos de preferencia declarada.

- Método de la valoración contingente: simula un mercado hipotético mediante encuestas a los consumidores (disponibilidad a pagar o disposición a ser compensado/aceptar). La existencia de los sesgos estratégico e hipotético, así como el diseño del cuestionario, hacen cuestionables los valores obtenidos por este método.
- Análisis conjunto (*conjoint analysis*): asume una composición multiatributo de los bienes y la posibilidad de descomponer el valor global asignado a dicho bien en la suma de los diferentes componentes o atributos. Se recomienda su utilización con modelos de elección discreta.

Uno de los principales problemas del análisis coste-beneficio en sanidad es la heterogeneidad de los individuos. La utilización de la disponibilidad a pagar por una reducción en la probabilidad de morir ha dado lugar a muy variadas estimaciones del valor implícito de la vida humana (Schellin, 1968). Es improbable que exista un único valor de la vida, sino que parece más adecuado hablar de una serie de valores que reflejan que la vida no es un bien homogéneo.

Las ventajas de la aplicación del ACB en la valoración de programas, cuyo efecto principal consiste en cambios en el estado de salud, reside en el hecho de que este enfoque es el único que se encuentra bien fundamentado en la economía del bienestar y el único que puede ser utilizado para informar decisiones de asignación de recursos, tanto entre programas sanitarios como entre programas sanitarios y no sanitarios.

4.5.3.2. Análisis coste-efectividad

Una buena guía para conocer los fundamentos del análisis coste-efectividad (ACE) es el artículo de Weinstein y Stason (1977). Para que un ACE sea útil debe ser exhaustivo y fácilmente generalizable, debe reconocer los diferentes objetivos de cada agente, y estar estructurado de forma que pueda actualizarse con nueva información disponible. Asimismo, debe indicar que áreas requieren un mayor esfuerzo de investigación. Las medidas de efectividad empleadas deben aparecer en términos de resultados, como duración y calidad de la vida. El uso adecuado de una tasa de descuento es necesario para reflejar el *trade off* entre los beneficios y costes sanitarios presentes y futuros.

El supuesto principal del ACE aplicado a problemas sanitarios es que, para cualquier nivel de recursos disponibles, la sociedad desea maximizar los beneficios totales agregados en tér-

minos de salud. De este modo, los distintos programas son clasificados según el valor de su ratio coste-efectividad, y se ejecutarán aquellos con menor valor hasta que se agoten los recursos disponibles.

Si bien las reglas de decisión del ACE están bien definidas, se basan en una serie de estrictos supuestos, como rendimientos constantes a escala, ausencia de indivisibilidades, y certeza sobre los costes y efectos de las alternativas estudiadas.

Respecto a los dos primeros supuestos, Birch y Gafni (1992, 1993) señalan los problemas que generan en la aplicación de este tipo de análisis económico: la **divisibilidad de los programas** (los beneficios en salud se consiguen al mismo nivel, incluso aunque el proyecto sea sólo parcialmente financiado) ignora la existencia de los costes fijos de poner en marcha la intervención, al asumir que se obtiene el mismo beneficio por unidad de inversión, independientemente de la cantidad invertida. En cuanto a los **rendimientos constantes a escala**, desestiman las variaciones en coste o beneficios en salud derivadas del incremento del número de actuaciones o del alcance del programa en términos del volumen de población incluida, convirtiendo el coste de oportunidad marginal en constante. Phelps y Mushlin (1991) sugieren que esta última asunción debe relajarse para que el análisis sea aplicable a programas con rendimientos decrecientes. Para relajar estos supuestos y reflejar adecuadamente las restricciones presupuestarias, es necesario un marco más formal para la maximización con restricciones, que emplee métodos como la programación lineal. También es particularmente importante desarrollar estos instrumentos para reflejar la incertidumbre de los costes y efectos. El empleo de programación matemática proporciona la oportunidad de incluir un variado rango de restricciones además de la presupuestaria, como la necesidad de evitar excesos de plantilla o reducir las listas de espera.

En términos comparados, mientras que el ACB valora todos los resultados en unidades monetarias, incluyendo vidas, años de vida y morbilidad, apoyando las decisiones encaminadas a fomentar la eficiencia asignativa, el ACE, en sentido estricto, sólo es útil para establecer prioridades siempre que se trate de dos intervenciones mutuamente excluyentes, es decir, que persigan el mismo objetivo de salud, y que los resultados se midan en las mismas unidades (Drummond *et al*, 1987). Es, por lo tanto, una buena herramienta para determinar la manera más eficiente de conseguir un resultado de salud concreto (eficiencia técnica), pero no para comparar programas sanitarios con objetivos diversos como requiere el establecimiento de prioridades. No puede, por tanto, comparar los beneficios obtenidos con el coste de oportunidad, esto es, los beneficios en salud que se hubieran derivado de la mejor alternativa que se ha desestimado (eficiencia asignativa).

La mayor desventaja del ACB es que requiere que la vida y la calidad de vida sean valoradas en unidades monetarias. Una ventaja del enfoque ACE es que lleva al investigador a un valor positivo o negativo (o nulo) para cada programa o práctica evaluada, y por ello, no requiere que se establezca un valor límite para el ratio coste-efectividad a la hora de decidir qué programas se llevarán a cabo. Una limitación común a ambos enfoques es que los beneficios y costes individuales deben ser agregados.

La principal herramienta del ACE es el ratio de los aumentos netos del coste sanitario sobre la efectividad neta en términos de mejora en la esperanza de vida y su calidad, o alternatively cualquier indicador clínicamente relevante para la patología en cuestión. Tanto los bene-

ficios como los costes sanitarios deben ser descontados para tratar con unidades homogéneas. La tasa de descuento empleada debería tener un rango de variación para reflejar la posibilidad de costes y beneficios sanitarios en un futuro relevante según la cuestión que se evalúe.

Para tratar la incertidumbre se emplea tradicionalmente el análisis de sensibilidad, que consiste en ir variando el valor de cada uno de los supuestos o rasgos del ACE que más incertidumbre presentan. Si las principales conclusiones del estudio no cambian al alterar un supuesto o valor del ACE, el resultado final gana fiabilidad. Si dichas conclusiones son sensibles a cambios en algunos valores de partida, se necesita estudiar detenidamente dicho supuesto. Ejemplos habituales de análisis de sensibilidad son las variaciones en las estimaciones del grado de eficacia clínica del procedimiento en cuestión, o ensayar con un rango de valores para la tasa de descuento (entre el 0 y el 10% anual).

En cuanto al tratamiento de la información a nivel de paciente, es necesario considerar la asimetría de los datos de costes (siempre positivos y sin límite superior), así como la presencia de valores omitidos y variables censuradas. Artículos recientes como Sculpher *et al* (2003) aconsejan el empleo del análisis multivariante y métodos estadísticos bayesianos, que analizaremos más adelante.

Un análisis más formal y explícito de la incertidumbre asociada a la información disponible permite estudiar aspectos que, en el pasado, eran obviados o considerados de modo implícito. Éstos incluyen considerar los potenciales sesgos, la sustituibilidad de las distintas fuentes de evidencia, sintetizarla para obtener comparaciones indirectas, y aprovechar toda la evidencia directa e indirecta para estimar los parámetros del modelo.

4.5.3.3. Análisis coste-utilidad

El análisis coste-utilidad (ACU) es un tipo de evaluación económica que mide los resultados sanitarios en una unidad que no depende de la renta de las personas y que puede comparar el resultado sanitario de tratamientos cuya efectividad se mide de forma muy distinta. En este sentido, supone una ventaja con respecto al ACE tradicional a la hora de lograr la eficiencia asignativa necesaria para apoyar los procesos de establecimiento de prioridades, además de permitir seleccionar la mejor de dos intervenciones con fines idénticos (es decir, conseguir eficiencia técnica).

En los últimos años se ha generalizado la denominación análisis coste-efectividad para aludir también al ACU. Probablemente, esta tendencia se ha desarrollado como forma de oponer aquellos análisis en los que se miden resultados en términos de salud al ACB en el que la única unidad de medida es el dinero.

Conviene aclarar que los autores más recientes, especialmente los británicos, emplean ACE y ACU como términos prácticamente intercambiables, fundamentalmente porque los modelos de decisión basados en el primero se han ido progresivamente aproximando al segundo para superar sus limitaciones. Si bien surgieron como métodos bien diferenciados y, mientras que en el ACE las medidas de efecto son naturales (reducción de mortalidad, descenso en uso de antibióticos, en complicaciones, variaciones en indicadores clínicos relevantes...), en el ACU el efecto se traduce a AVACs.

Una fuente de valor del ACE -en su más amplio sentido- aplicado a asuntos sanitarios es que obliga al investigador a explicitar las creencias y valores subyacentes a la toma de decisiones

sobre asignación de recursos. Estas decisiones deben realizarse, y la elección habitual es entre llevar a cabo un análisis coherente, con todas sus imperfecciones, y no acometer ninguno. La complejidad de las decisiones a tomar, los diversos *trade offs* y la escasez de recursos hacen que la primera opción sea la elegida.

Para que un ejercicio de evaluación económica según el ACU sea útil en la toma de decisiones debe cumplir estas condiciones:

- a. Definición del problema de decisión.
- b. Elección del horizonte temporal adecuado: el período en el que las opciones que se comparan llegan a diferir en términos de costes y/o beneficios. En el caso de un tratamiento con efectos sobre la mortalidad, será necesario escoger un horizonte temporal equivalente a una vida para poder cuantificar el impacto diferencial de cada alternativa sobre la esperanza de vida.
- c. Es esencial evitar la contabilización de aquellos costes que recaen en individuos u organizaciones externas al punto de vista del decisor.
- d. Especificación de la función objetivo: los años de vida ajustados por calidad (AVACs) son la medida más empleada, a pesar de los estrictos supuestos que requiere para relacionarla con las preferencias individuales.
- e. Utilización de toda la evidencia disponible, sin olvidar cuantificar la incertidumbre asociada a la decisión.

La utilización del análisis coste-utilidad (ACU) se puede justificar en un marco teórico de bienestar. Sin embargo, y particularmente en el Reino Unido, es la teoría del *extra welfarism* la que implícita o explícitamente sustenta los fundamentos del ACU en la sanidad. La perspectiva adoptada en este marco teórico es la del decisor, frente a la perspectiva individual utilitarista que subyace a los planteamientos del bienestar. La diferencia fundamental, tal como argumentan Johanneson y Weinstein (1993) es que mientras el enfoque del bienestar se basa en preferencias individuales y el efecto se mide por la disposición a pagar individual, el ACU, cuando se añade la disposición a pagar del decisor o precio sombra del AVAC, asigna idéntico valor marginal a cualquier QALY ganado, quienquiera que lo reciba, cualquiera que sea la situación en que se encuentre –sin perjuicio de que puedan introducirse distintos pesos o valores de ponderación para tratar de mejorar la equidad como, por ejemplo propone Williams (1997) con su argumento de los *fair innings*. En este sentido, el ACU difiere, por tanto, de la mera agregación de utilidades. En otras palabras, la principal diferencia es que el ACU adopta la perspectiva del decisor socialmente legitimado (por ejemplo la autoridad sanitaria) sometido a la restricción presupuestaria, en vez del clásico enfoque paretiano. Básicamente, este enfoque toma como exógenos una función objetivo de bienestar social y una restricción presupuestaria para los servicios sanitarios. De este modo, el ACU aparece como la solución técnica a este problema de optimización con restricciones.

Autores como Sculpher *et al* (2003) sostienen que la aplicación de la teoría económica del bienestar a la evaluación económica de tecnologías sanitarias es imposible o inapropiada, si no ambas. La perspectiva del decisor, por otro lado, no requiere una visión tan apartada de la realidad. Lo realmente relevante es que la toma de decisiones desde el punto de vista social cada vez tiene una mayor exigencia exterior de información y legitimidad en lo que al proceso se refiere. Para que un ACU sea útil debe contar con cierto contenido normativo. La legiti-

midad y, por tanto, las recomendaciones normativas de este enfoque dependen de la legitimidad en la especificación de la función objetivo y las restricciones. Es decir, la solución a este problema de optimización con restricciones requiere una legitimidad externa que le otorgue contenido normativo.

La principal ventaja de la perspectiva del decisor es que los fundamentos y la legitimidad de toda recomendación normativa se formulan explícitamente y, por ello, están sujetos a debate. Esto contrasta con el enfoque de la teoría económica del bienestar, en la que ambas se ocultan tras ideas de eficiencia y permanecen implícitas.

El ACE (en el más amplio sentido, es decir, incluyendo la efectividad medida en AVACs, o lo que es lo mismo, el ACU) debería seguir siendo la herramienta predominante en los estudios de evaluación económica, según Sculpher *et al* (2003), por los siguientes motivos:

- a. Los métodos *no monetarios* han sido más ampliamente empleados en la evaluación que el análisis coste-beneficio.
- b. El análisis coste-beneficio se basa en la teoría económica del bienestar, en concreto en el principio de óptimo de Pareto.
- c. En el contexto de toma de decisiones bajo una restricción presupuestaria, hallar un beneficio neto positivo con el análisis coste-beneficio es un argumento insuficiente para financiar un tratamiento ya que el coste de oportunidad de esta decisión debe ser cuantificado.

Aquellos lectores interesados en un estudio más detallado de los aspectos metodológicos en el análisis coste-utilidad pueden consultar el anexo 1, donde se presentan los últimos avances en la estimación de los costes y utilidades, así como las más recientes propuestas para el tratamiento de la incertidumbre en la evaluación económica.

4.5.3.4. La toma de decisiones basada en la evaluación económica

Australia y las provincias canadienses de Ontario y British Columbia exigen evaluaciones económicas para la financiación pública de los medicamentos desde hace más de una década, mientras que Finlandia fue el primer país europeo que siguió este ejemplo en 1988. Por otra parte, Francia considera que las evaluaciones económicas no juegan un papel esencial en las decisiones de financiación de los fármacos, si bien posee un complejo proceso de toma de decisiones que incluye la valoración del tratamiento y la posibilidad de una prima en su precio. El *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* británico se creó en 1999 y exige evaluaciones económicas según su guía de práctica clínica para el NHS en Inglaterra y Gales. También ha emitido recomendaciones acerca de nuevos medicamentos en los últimos años (Anell, 2004).

Estas experiencias de comités para la financiación pública y la emisión de recomendaciones de práctica clínica sugieren que el rechazo de cualquier medicamento innovador lleva asociado un gran coste, incluso en aquellos casos en que se duda que el producto sea coste-efectivo. Los intentos en Australia y las citadas provincias canadienses de retirar la financiación pública a los fármacos para la enfermedad de Gaucher fracasaron ante la oposición de las asociaciones de pacientes y otros grupos de interés. El elevado coste político y administrativo de una recomendación en contra de medicamentos innovadores también ha quedado patente en otras ocasiones, como con la naltrexona para los casos de adicción al alcohol y opiáceos, el

sildenafil para la impotencia en Australia, el interferón-beta para la esclerosis múltiple en Australia, Inglaterra y Gales, o el zanamivir para la gripe severa en Inglaterra y Gales.

Una interesante propuesta de clasificación de las tecnologías sanitarias a partir de su ratio coste-utilidad aparece en Laupacis *et al* (1992). Este trabajo incide en que el valor empírico de cada análisis depende de la calidad metodológica de la medida de la efectividad, la calidad de vida y los costes. De este modo, un estudio de clase I emplea un método de valoración de la más alta calidad para cada uno de estos tres componentes. Un ACU de clase II lo emplea en sólo dos de ellos, mientras que un trabajo de clase III sólo lo aplica en uno. Todas las demás evaluaciones se clasificarán como de clase IV.

Por otro lado, una tecnología de grado A es más efectiva y más barata que la actualmente empleada. Los tratamientos de los grados B, C y D incluyen aquellos procesos que, o bien son más efectivos y más caros que la tecnología actual, o bien son menos efectivos y más baratos. La elección del grado B, C o D para cada tecnología depende de la magnitud del cambio relativo entre costes y resultados debido a su utilización (menos de \$20.000/AVAC, entre \$20.000/AVAC y \$100.000/AVAC, y más de \$100.000/AVAC, respectivamente. Estos valores aparecen en dólares canadienses de 1990).

La combinación de los citados grados y clases proporciona una guía acerca de tanto la calidad metodológica del análisis como la magnitud del beneficio neto asociado con la tecnología estudiada. Sin embargo, resulta necesario que se alcance un grado de estandarización de las técnicas de evaluación económica y de valoración de la calidad de vida. Igualmente, Laupacis *et al* recomiendan realizar el estudio antes de que la tecnología alcance una amplia difusión, elegir los ratios coste-utilidad incrementales en lugar de los medios, y aplicar un análisis de sensibilidad.

La revisión de la literatura llevada a cabo por Anell (2004) encuentra un límite implícito para la aceptación de tecnologías según sus valores de *coste por año de vida ganado* o *año de vida ajustado por calidad*. Para Australia, de un total de 355 solicitudes entre enero de 1991 y junio de 1996, se identifican 26 tecnologías y evaluaciones económicas (un 8% del total) que emplean *años de vida ganados* como unidad de medida de los beneficios. Al examinar la correlación entre las decisiones de financiación y las cifras de *coste por año de vida ganado*, se encuentra que los medicamentos recomendados para ser objeto de financiación pública tenían un coste por año de vida ganado de un máximo de 69.000 dólares australianos. Aquellos fármacos con un ratio de coste-efectividad por encima de este valor no obtenían la recomendación para la financiación pública, o la obtenían para un precio menor que el sugerido por los fabricantes.

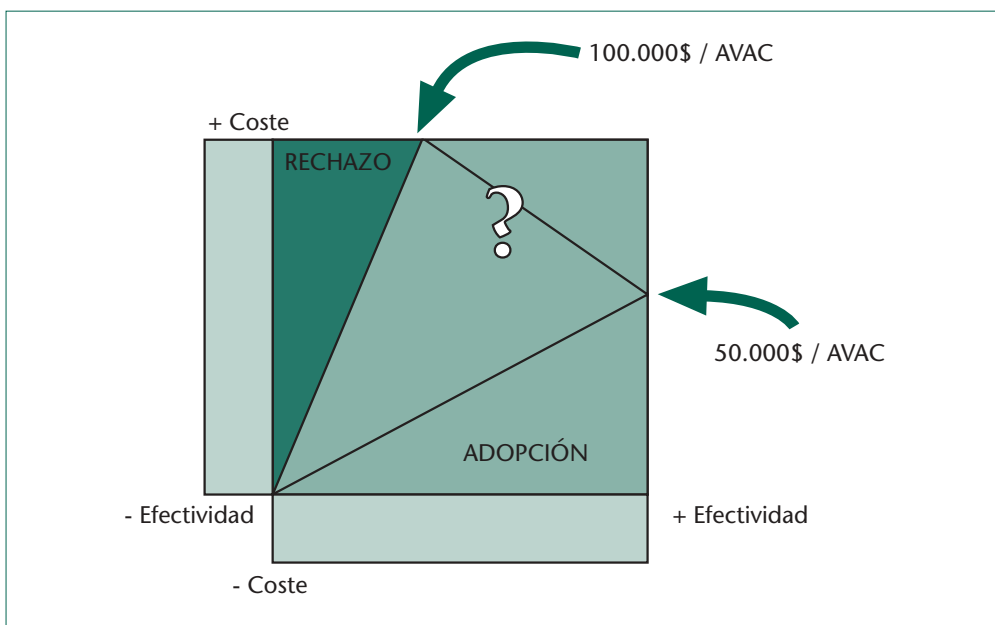
Un análisis similar para 22 tecnologías evaluadas por el NICE entre 1999 y marzo del 2001 ofrece un límite implícito para el coste por AVAC de 30.000 libras esterlinas. Como en Australia, existieron excepciones a esta regla. Por ejemplo, el riluzole para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas se recomendó para aquellos pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, a pesar de las 34.000-44.000 libras esterlinas estimadas por cada AVAC ganado. En Ontario se sugirió el establecimiento de un límite explícito (de unos 50.000 dólares canadienses) para la aceptación de tecnologías sanitarias a partir de su coste por AVAC, pero nunca se llegó a implantar.

Por ello, parece obvio que los ratios coste-efectividad no son el único criterio empleado para la toma de decisiones de financiación pública, ya que los decisores también pueden guiarse por la necesidad clínica, la prioridad de los pacientes, la disponibilidad de tratamientos alternativos o el impacto presupuestario. Esta última variable puede hacer que la medida de coste-efectivi-

dad cobre aún mayor relevancia. De este modo, Williams *et al* (2003) considera que el mencionado *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*, cuyo objetivo es maximizar la salud de la población de Inglaterra y Gales, ha desarrollado un criterio según el cual una intervención es considerada *coste-útil* si produce un año adicional de vida ajustado por calidad por menos de 20.000 libras esterlinas, si bien en algunos casos llega a financiar hasta 30.000 libras por AVAC.

También podemos estimar que 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 (Sacristán *et al*, 2002). El siguiente gráfico puede ayudar a aclarar la decisión a tomar en cada situación:

Tabla IV. Decisiones a partir del ratio coste-efectividad de cada prestación.



Fuente: Sacristán *et al* (2002).

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, Sacristán *et al* (2002) estiman que, en España, dicho coste varía entre los 463 y los 414.700 euros (77.000 pesetas y 69 millones de pesetas en el original) por año de vida ganado (AVG), lo que es un rango sorprendentemente amplio para el relativamente 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 todas las intervenciones con un coste inferior a los 30.000 euros por AVAC (5 millones de pesetas/AVG). Entre los 30.000 y los 120.000 euros por AVG (5 y 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.**

Ortún (2004) adopta este valor como umbral y considera que, partiendo de los ampliamente utilizados \$100.000 de EE.UU., de las 30.000 libras implícitas en las recomendaciones del NICE, y de las elasticidades renta de la disposición a pagar revisadas por Viscusi y Aldy, parece que 30.000 euros podrían constituir una buena guía inicial para España.

Estos 30.000 euros, como guía de la disposición social a pagar por conseguir un AVAC, deben irse adaptando al contexto de la decisión de asignación de recursos (proceso político), al contexto individual (proceso clínico) y a las preferencias del ciudadano (procesos político, clínico y de mercado).

Un reciente estudio llegó a la conclusión de que 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.**

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.** 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 gestores sanitarios en su toma de decisiones.

También se ha empleado un **modelo QALY agregado**, cuya principal característica es la ausencia de ponderaciones. Este hecho se traduce en la falta de efectos distributivos, lo que ha suscitado gran debate. Estas consideraciones distributivas han podido introducirse en distintas especificaciones de este modelo, como las de Bleichrodt (multiplicativo), Wagstaff (función de bienestar social isoelástica) y Olsen (tasa de ponderación social). Distintos estudios empíricos han estimado la forma de la función de bienestar social (Johannesson y Gerdtham) o calculado la tasa de ponderación social (Olsen).

Una conjetura frecuente es que existe una preferencia más intensa por una distribución más equitativa a medida que las ganancias individuales tuvieran mayor magnitud. En ese caso, los parámetros no serían constantes. Además, se ha encontrado evidencia empírica a favor de la preferencia por la concentración de las ganancias en salud cuando sólo un pequeño número de AVACs son obtenidos. Por ello, se necesitaría una especificación más flexible de la función de bienestar social para poder reflejar posibles cambios en las preferencias.

Rodríguez *et al* estiman que cuando las ganancias no llegan a los 9.1 años, los individuos prefieren que éstas se concentren. Por encima de dicho umbral, la población prefiere que estas mejoras se distribuyan entre los individuos. La aversión a la desigualdad crece en términos absolutos y relativos con los años de vida ganados gracias a la intervención.

En consecuencia, Rodríguez *et al* sugieren la necesidad de reconsiderar los supuestos en los que se basa el análisis coste-utilidad para evaluar las ganancias en salud. Algunos programas rechazados por su ratio coste-utilidad podrían haber sido aceptados si se hubiera considerado esta preferencia por la distribución. Los autores añaden la intuición de que las preferencias también pueden diferir según la edad del paciente.

Dawson y Drummond (2003) exponen que la efectividad clínica de las tecnologías sanitarias suele ser similar en los distintos países, si bien el ratio coste-utilidad y el impacto presupuestario puede diferir debido a:

- a. Las ponderaciones impuestas en los AVACs para la equidad (edad, género, clase social).
- b. Diferencias en el coste real de implantar el tratamiento (precios, práctica clínica, capacidad).
- c. El tamaño relativo de los grupos de pacientes que requieren cada tratamiento (enfermedades respiratorias vs. enfermedades cardiovasculares).

Diversas revisiones de la literatura existente indican que en muchas ocasiones los analistas se limitan a agregar los datos de utilización de recursos para todos los países y aplicar los precios específicos de cada uno. Esta práctica no tiene en cuenta los efectos de las variaciones internacionales en el uso de los recursos, recogidos por otros enfoques.

Sin embargo, recientes investigaciones proponen nuevas técnicas para analizar los ensayos clínicos a escala internacional, de los cuales el más prometedor es el denominado *multilevel modelling*. En él se reconoce cierta estructura jerárquica de los datos, donde los pacientes son agrupados según el centro clínico, y éstos según el país. Con estos nuevos enfoques, es posible obtener estimaciones a nivel nacional (e incluso de centro clínico) del ratio coste-utilidad a partir de un ensayo internacional. Sin embargo, estas propuestas requieren un gran volumen de información y planificación en cada uno de los países y centros. Por ello, sería sensato preparar y ejecutar dichos estudios desde una única entidad.

A pesar del desarrollo de estos métodos para el análisis de ensayos clínicos a escala internacional, quedan varios retos pendientes, como:

- (i) obtener estimaciones del ratio coste-utilidad para países no incluidos en el ensayo, y
- (ii) desarrollar un proceso estándar para la estimación de costes, dada la gran diversidad de prácticas contables en los sistemas sanitarios europeos.

Si se alcanzara un acuerdo sobre la utilización de ciertos métodos y se pudieran emplear con datos locales, las evaluaciones económicas podrían llevarse a cabo de modo que se facilitara la extrapolación de los resultados de un país a otro con un escaso esfuerzo adicional. Si los estudios *transnacionales* mostraran que las tecnologías sanitarias dan lugar a resultados similares en distintos lugares, no sería necesario repetir los ejercicios de evaluación económica en cada escenario, lo que supondría el ahorro de recursos escasos (Drummond *et al*, 1992).

La **homogeneización de la evaluación de tecnologías sanitarias** requiere que se lleven a cabo distintos cambios en las siguientes fases: identificación de las tecnologías o condiciones clínicas que necesitan ser evaluadas, obtención de datos a partir de fuentes primarias, síntesis de los datos disponibles acerca de los tratamientos y los costes, y la difusión de los resultados obtenidos a los responsables de las políticas sanitarias (Gelijns *et al*, 1990).

Otro instrumento de gran utilidad y que se está desarrollando en el presente son las **bases de datos de evaluaciones económicas**, que suponen tres ventajas para los responsables de la toma de decisiones en sanidad (Drummond, 2003):

1. Suponen un producto sustitutivo de las revisiones sistemáticas de la literatura, que consumen numerosos recursos, entre ellos, el tiempo.
2. Las bases de datos proporcionan resúmenes concisos y estructurados de evaluaciones económicas para que los decisores puedan valorar si sería deseable analizar el estudio o artículo completo.
3. El análisis crítico de las evaluaciones económicas disponibles permite a los usuarios de las bases de datos comprender los aspectos metodológicos más importantes.

Quizá el mejor ejemplo presente de estas bases de datos es el elaborado por la Escuela de Salud Pública de Harvard (<http://www.hsph.harvard.edu/cearegistry/>), que ofrece información sobre 539 estudios y contiene más de 1.500 resultados estandarizados a partir de análisis coste-utilidad (ACU). El registro permite constatar el enorme incremento de los ACU y la mejora de su calidad, medida por el grado de cumplimiento de los estándares de calidad que se establecieron en 1996 por el servicio de Salud Pública de Estados Unidos (Osteba Berriak 2003). Otra iniciativa interesante en este sentido es el programa WHO-CHOICE (Hutubessy *et al*, 2003) puesto en marcha por la OMS para tratar de fomentar la homogeneización metodológica y la utilización internacional de las evaluaciones de tecnología (<http://www.who.int/evidence/cea>).

Las ordenaciones del coste marginal por AVAC ganado en cada intervención (*QALY league tables*) son cuestionadas por Mitton y Donaldson (2003) por su falta de explicitación. Además, estos autores detectan cinco limitaciones a estas clasificaciones:

- i. los valores no son comparables ya que cada tratamiento se enfrenta a un segundo, que varía de entrada en entrada;
- ii. una revisión de los análisis coste-utilidad publicados encontró una gran heterogeneidad de los métodos utilizados en la literatura;
- iii. los AVACs sólo proporcionan información acerca de los resultados en salud;
- iv. estas tablas no tratan los aspectos relativos a la equidad; y,
- v. tanto los costes de oportunidad como los márgenes económicos son ignorados.

En las dos terceras partes de los trabajos estudiados a partir de una revisión sistemática de la literatura, las tecnologías evaluadas fueron los **tratamientos**, lo que concuerda con otras revisiones y pone de manifiesto el mayor interés por parte de los autores por evaluar intervenciones farmacológicas (Oliva *et al* 2002).

Otra conclusión es que los **ACE** dominan claramente al resto de análisis de evaluación económica. Pese a su sólida presencia en otras áreas de la evaluación económica, el peso del ACB en la evaluación de tecnologías sanitarias es muy inferior al de los ACE/ACU. Una de las posibles razones de esta preponderancia de los ACE es que, con frecuencia, las evaluaciones económicas se realizan en paralelo a estudios clínicos, siendo los investigadores profesionales sanitarios (médicos o farmacéuticos) y lo más sencillo es plantear análisis que utilicen los mismos resultados sanitarios (eficacia/efectividad) que emplean en los estudios clínicos. Es de esperar que la tendencia internacional haga que el ACU cobre mayor importancia en los próximos años.

Es sabido que los resultados de los estudios de evaluación económica no se deben reducir a ordenaciones más o menos acertadas de diferentes cocientes coste-efectividad o coste-utilidad. Estos cocientes por sí solos pueden resultar inútiles en el proceso de toma de decisiones si no son complementados por **análisis incrementales**, ya que a los decisores no sólo les debe-

ría interesar el coste de alcanzar un determinado resultado en salud, sino también el coste adicional por cada unidad adicional de efectividad que se obtendría aplicando la tecnología más cara pero de mayor efectividad.

Aunque al comparar cada revisión bibliográfica con las anteriores se aprecia una progresiva mejora en el conocimiento de la metodología en el campo de la evaluación económica, aún queda un largo camino por recorrer. Desde el punto de vista metodológico, la poca claridad en la perspectiva utilizada, el escaso uso del análisis de sensibilidad y del análisis incremental, y la mayor transparencia en cuanto a la fuente de financiación son algunos de los aspectos que deben mejorarse.

Uno de los desarrollos recientes más relevantes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias incluye, junto a la consolidación de los ACU, el auge del **análisis coste-consecuencia**. Este hecho refleja la tendencia creciente a expresar los resultados de los estudios mediante múltiples indicadores de resultados, lo que permite al usuario seleccionar el indicador más apropiado a sus objetivos o preferencias (Rovira, 2000).

Por otra parte, la aplicación del tan criticado enfoque de la disponibilidad a pagar (DAP) no implica que deban asignarse prioritariamente los recursos sanitarios a aquellos que declaran una mayor DAP, lo que obviamente favorecería a los individuos con una mayor capacidad de pago. La aplicación de la DAP en un sistema público sería de utilidad solamente para establecer prioridades entre servicios o programas que, una vez seleccionados, se suministrarían gratuitamente a todos los individuos, independientemente de su capacidad adquisitiva. Otra forma sencilla de obviar los posibles efectos discriminatorios del enfoque de la DAP sería normalizar las cantidades declaradas antes de agregarlas, por ejemplo, añadir los porcentajes de la DAP de cada individuo respecto a su renta.

Podemos concluir que el ACU es un instrumento útil para el establecimiento de prioridades y que la existencia de imperfecciones no implica que debiera ser abandonado. En su lugar, mejoras de la metodología y aplicabilidad de este enfoque incrementarían su utilidad práctica. También se debe seguir debatiendo si la simplificación de los datos empleados en el análisis coste-utilidad podría generar una mayor aceptación del mismo entre los responsables de la toma de decisiones (Hauck *et al*, 2003).

4.5.3.5. Barreras al uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones

Stoykova *et al* (2003) llaman la atención acerca del gran retraso existente, en particular en el mercado farmacéutico, en la elaboración de evaluaciones económicas con respecto al lanzamiento de los productos. De su estudio resulta que una evaluación fiable de la efectividad del producto se retrasa una media de 1.40 años con respecto a las primeras evidencias de su efectividad. Por otra parte, el retraso medio entre ésta y la primera publicación de una evaluación coste-efectividad se estima en 3.20 años. De este modo, los responsables sanitarios a menudo tienen que tomar una decisión sin contar con una evaluación coste-efectividad fiable.

De hecho, las evaluaciones económicas parecen tener pequeño o nulo impacto en las decisiones relativas a la adopción inicial de productos innovadores. En general, los resultados parecen indicar que las evaluaciones económicas tienen más efecto sobre la difusión de una tecnología que sobre la decisión inicial de adoptarla (OCDE, 1998).

Las compañías podrían reducir todo este retraso desarrollando una estrategia de evaluación para cada producto en progreso. Los principales elementos de esta estrategia incluirían la elaboración de modelos de la historia natural de la enfermedad antes del tratamiento y modelos analíticos de decisión que comparen la terapia actual con la nueva intervención.

Por otra parte, una evaluación económica precipitada podría conducir a una sobre o infra valoración del potencial de la tecnología; en consecuencia, se precisa un enfoque dinámico del *aprendizaje*. Muchos de los nuevos fármacos se aplican en afecciones crónicas, y en este caso parte de la información terapéutica más importante, tanto sobre efectos adversos raros o tardíos, como sobre efectividad a largo plazo, sólo se puede obtener cuando el nuevo fármaco se ha usado durante algún tiempo. Además, la trascendencia de una precoz evaluación fármaco-económica de los medicamentos de alta innovación, es dudosa. Por definición, un fármaco de innovación posibilita una intervención terapéutica donde antes no había otra equivalente, por lo que mejora significativamente la atención médica. Cualquier fármaco con esta característica suele recibir un alto precio que refleja los costes del proceso de I+D, lo que supone un recargo sobre los costes totales. Según esto, los fármacos de innovación no permitirían obtener una disminución de los costes de los sistemas asistenciales, de forma inmediata.

Drummond y Weatherly (2000) identificaron una serie de barreras potenciales a la puesta en práctica de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), clasificadas para cada uno de los agentes principales en el sistema sanitario: decisores públicos, profesionales sanitarios y el público en general. (Tabla V)

El trabajo de Cookson y Maynard (2000) enumera los problemas relacionados con los incentivos tanto en la demanda como en la oferta del mercado de evaluación de tecnologías sanitarias, que aparecen en la tabla VI.

En general, los diversos incentivos entre los proveedores de ETS y los gestores políticos, junto con la necesidad de autonomía de los profesionales sanitarios, son según Barbieri y Drummond (2003) las barreras principales para la puesta en práctica de los resultados de la ETS. Un aumento en la colaboración entre los principales agentes del sistema sanitario y los proveedores de ETS es necesaria, dadas las fuertes presiones sobre el presupuesto sanitario. Asimismo, los proveedores de ETS deben hacer esfuerzos para aumentar la calidad y la credibilidad de sus estudios.

También hay que citar las distintas encuestas realizadas a gestores sanitarios acerca del uso de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias. El más reciente y amplio es el de Hoffman *et al* (2000) dentro del proyecto EUROMET. En él, se realizaron encuestas en 8 países de la Unión Europea (Austria, Finlandia, Francia, Alemania, Países Bajos, Portugal, España y el Reino Unido), además de Noruega. Se emplearon cuestionarios por correo, entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. En total, se examinó a 1.036 individuos, incluyendo médicos, farmacéuticos, gestores y funcionarios del gobierno. Se identifican cinco barreras principales para el uso de los resultados de evaluaciones económicas, y se muestran en la tabla VII.

Dos de las razones citadas se relacionan con las rigideces en el sistema sanitario, que hacen difícil reasignar recursos cuando las nuevas tecnologías médicas son aprobadas. Las tres barreras restantes guardan relación con las preocupaciones que los gestores tienen sobre la validez y la relevancia de los estudios.

Tabla V. Barreras al uso de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS)

Agentes	Barreras
Decisores públicos	<ol style="list-style-type: none"> Perspectivas diferentes: los decisores están orientados a la acción (dentro de los límites presupuestarios y de tiempo), mientras que la investigación requiere un horizonte de largo plazo. Oportunidad y accesibilidad de los resultados de ETS: la ETS ha de realizarse al principio del ciclo de la tecnología y se ha de actualizar cuando se dispone de nuevos datos. Fiabilidad del resultado de los estudios: la fiabilidad depende de la calidad de la investigación. La generalización de los resultados puede ser discutible. Incentivos e incertidumbres: diferentes incentivos entre investigadores, agencias de ETS, consultores y decisores públicos.
Profesionales sanitarios	<ol style="list-style-type: none"> Entorno profesional: el entorno profesional ha tenido un impacto muy claro sobre la conducta clínica. Los clínicos prefieren con frecuencia seguir los consejos de sus colegas que las recomendaciones de ETS. Conocimientos y creencias: conflicto entre la libertad clínica y las directrices impuestas desde fuera. Ausencia de consenso: existen variaciones en la práctica médica dentro de un país y entre países. Puede ser problemático generalizar los resultados de la ETS de un sitio a otro.
Público en general	<ol style="list-style-type: none"> Barreras financieras: tanto en sistemas sanitarios públicos como privados. Asimetría en la información entre pacientes y médicos. Actitudes y comportamiento: percepciones y expectativas personales.

Fuente: Barbieri y Drummond (2003).

Tabla VI. Barreras debidas a los incentivos de oferta y demanda en la ETS.

<p><u>Barreras provocadas por los incentivos desde la demanda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivos de los doctores para proporcionar el mejor cuidado para sus propios pacientes, sin importar los costes y las consecuencias para otros. - Incentivos de los expertos para evitar la responsabilidad y para impedir la producción y el uso de la evidencia de decisiones problemáticas. <p><u>Barreras provocadas por los incentivos desde la oferta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivos del proveedor para proporcionar evidencia selectiva sobre sus productos.
--

Fuente: Barbieri y Drummond (2003).

Hoffman *et al* (2000) también investigan acerca de los incentivos necesarios para aumentar el aprovechamiento de los resultados económicos de los estudios de evaluación, y los resultados se muestran por orden de importancia en la tabla VIII.

Si bien existe cierta similitud con las barreras en la tabla VIII, hay un cierto énfasis en la formación y en la facilidad de acceso. Una práctica errónea es la discusión acerca de la adopción

Tabla VII. Barreras al uso de los resultados de los estudios desde el punto de vista de los gestores sanitarios.

Orden	Barreras
1	Dificultad para trasvasar recursos de un sector (presupuesto) a otro
2	El patrocinio de los estudios (por la industria) sesga los resultados
3	Los presupuestos están tan ajustados que no se pueden liberar recursos para adoptar nuevas terapias
4	Los ahorros son previstos, no reales
5	Los estudios económicos hacen demasiados supuestos

Fuente: Barbieri y Drummond (2003)

Tabla VIII. Incentivos al uso de los resultados de los estudios de ETS.

Orden	Barreras
1	Más explicación de la relevancia práctica de los resultados (por ejemplo, ahorros reales)
2	Más formación en economía de la salud
3	Mayor comparabilidad entre estudios
4	Más flexibilidad en los presupuestos sanitarios (por ejemplo, poder trasvasar recursos de un presupuesto a otro)
5	Acceso más fácil a los estudios (por ejemplo, publicación en revistas de amplia difusión)

Fuente: Barbieri y Drummond (2003)

de nuevas tecnologías de una manera aislada (es decir, ¿debemos financiar la nueva tecnología X?) y no en el contexto de revisión de prioridades dentro de un amplio rango de tecnologías existentes.

Barbieri y Drummond (2003) concluyen que la capacidad para diseñar y emprender estudios de ETS es superior a la capacidad de promover las políticas eficaces para la difusión y el uso racional de tecnologías médicas. En este sentido, Drummond y Weatherly (2000) señalan que a veces no está claro quién tiene la tarea de asegurar la puesta en práctica de los resultados del estudio y algunos profesionales de las agencias de ETS no muestran interés por ir más allá de la difusión de los resultados.

En el caso de los productos farmacéuticos, muchos países han creado comités para la fijación del precio y el reembolso a los que las compañías tienen que presentar sus solicitudes. Este hecho supone una oportunidad excelente para la aplicación de la evidencia derivada de la ETS, ya sea generada por las propias compañías o por una agencia independiente.

Una última consideración acerca de los estudios de evaluación económica es que existe cierta evidencia de que los resultados de ETS se toman en consideración cuando la adopción de tecnologías requiere inversiones importantes. Sin embargo, en algunos casos quienes desean adoptar nuevas tecnologías pueden comprar o alquilar el equipamiento y financiarlo a través de ingresos.

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 eva-

luación 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.

4.6. EQUIDAD, POLÍTICA, INCENTIVOS, PROFESIONALES Y CIUDADANOS

Aparte del mandato ineludible de la búsqueda de un uso eficiente de los recursos disponibles, hay otra serie de valores que tienen peso en el proceso de toma de decisiones y que, por tanto, deben ser incorporados en cualquier establecimiento de prioridades, como son la equidad, el equilibrio de los grupos de presión, las corrientes de opinión y las consecuencias en términos organizativos de las medidas que se estudian. De ellos nos ocuparemos en esta sección.

4.6.1. La equidad como objetivo de la política sanitaria

La política pública sanitaria se ocupa de la justicia distributiva, además de tratar 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 (Williams *et al*, 2003).

La política sanitaria muestra una aversión hacia la desigualdad que se puede representar económicamente como una función de bienestar social cuyas curvas de nivel son convexas con respecto al origen y pueden ser simétricas con respecto a la salud de los dos subgrupos en que se divide la población (y que se representan en los ejes). Esta simetría dependerá de si los dos subgrupos son o no igualmente *merecedores* de la atención sanitaria pública. Por ello, es posible representar conjuntamente los tres objetivos anteriormente mencionados y diseñar un modelo que sirva como base teórica para el trabajo empírico y permita estimar los *trade offs*.

Sin embargo, factores como la gravedad o la edad de los pacientes potenciales beneficiarios de la intervención son obviados por el ACU tradicional, cuyo único objetivo es maximizar el número de AVACs *vayan a donde vayan*. De este modo, se ignoran los valores sociales que se inclinan a salvar las vidas de los pacientes con alguna discapacidad y enfermedades crónicas, así como a dar prioridad a aquellos tratamientos destinados a pacientes que se encuentran en estados de salud graves, independientemente de su potencial de mejora (Ubel, 2000). Asimismo, aunque generalmente los tratamientos destinados a los jóvenes producen mejoras de salud durante más tiempo, la ganancia de salud esperada suele ser mayor y, por tanto, a igual coste tendrán mayor prioridad, lo que puede dar lugar una preferencia por la edad *per se*.

El ACU se centra en la eficiencia, pero la población quizá desee un mayor énfasis en la equidad o la justicia. Además, los sistemas de distribución justa pueden diferir de aquellos ideados para una redistribución justa, ya que los individuos no desean que se prive de ciertos recursos a pacientes que los habían recibido, incluso si la distribución final es menos justa o eficaz. Otra matización es que las preferencias por la justicia sobre la eficiencia pueden ser del tipo *todos o ninguno*: la justicia pierde atractivo cuando una intervención sanitaria no puede ser ofrecida a toda la población. Al igual que en las funciones de bienestar social, los resultados de una evaluación económica pueden ser muy diferentes dependiendo de la función de ponderación

utilizada, por ello es necesario obtener aquélla que más se aproxima a las preferencias de la población.

No obstante, resulta esclarecedor el trabajo de Williams (1992) acerca de la supuesta ausencia de ética en el análisis coste-utilidad, en el que cuestiona que se puedan calificar de *éticos* aquellos principios que proponen ignorar las consecuencias de las acciones individuales sobre el resto de la sociedad. Por otro lado, el autor considera que la contabilización de los costes indirectos viola el principio que establece que la provisión de tratamiento no debería verse influida por la condición socioeconómica del paciente. Un segundo dilema ético trataría sobre la distribución de los costes del funcionamiento de los servicios sanitarios. Por el lado de los beneficios, Williams defiende que cualquier medida de efectividad implica algún juicio de valor.

Podemos elaborar una tabla que recoja los principales valores éticos no incluidos en el análisis coste-utilidad y los métodos sugeridos para su incorporación:

Tabla IX. Valores éticos a incorporar al ACU.

Principio ético a incorporar	Método a emplear
Prioridad a pacientes más graves	Compensación interpersonal
Edad	Función de ponderación de las ganancias en salud
Equidad/Justicia	Funciones de bienestar social

Fuente: Elaboración propia.

4.6.1.1. Equidad y priorización

Los distintos conceptos de equidad intentan definir la igualdad en una distribución de salud y atención sanitaria, así como trasladar nociones de justicia a las políticas de sanidad. Los resultados de distintas investigaciones han mostrado que la mera equiparación de los servicios médicos no ha reducido la desigualdad en términos de salud entre las clases sociales. Y que la asistencia médica por sí sola no puede contrarrestar los efectos adversos de la estructura social sobre la salud. Claramente la salud depende de algo más que la disponibilidad de servicios de asistencia médica; por sí mismo un igual acceso a los servicios sanitarios no ha podido superar los efectos adversos de la pobreza y de otras circunstancias socioeconómicas adversas (Lostao, 2002). Muchos analistas sostienen que otras políticas sociales, como la redistribución de la renta o el cumplimiento de ciertas condiciones higiénicas en las ciudades, podrían ser al menos tan efectivas en la mejora de la salud. Resulta, por tanto, relevante a la hora de enfrentarse al concepto de equidad distinguir entre la equidad en términos de salud y la equidad en el acceso a los cuidados de salud, o la equidad en la distribución de los recursos de asistencia sanitaria.

Por lo que se refiere a la equidad en la distribución de la salud, o lo que es lo mismo, el estudio de las desigualdades en salud, los economistas suelen adoptar como definición de salud el número de años ajustados por calidad que una persona puede esperar disfrutar durante su vida. Distintos planteamientos filosóficos respecto a la justicia social dan lugar a diversas maneras de evaluar una determinada distribución de la salud en una comunidad. Se pueden distinguir teorías de justicia esencialmente procedimentales de aquellas fundamentalmente sustanciales, que

restringen los resultados admisibles (el conjunto de oportunidades en salud) o exigen que la función de bienestar social que tenga unas determinadas propiedades (Williams y Cookson, 2000). A pesar de la objeción planteada sobre la influencia de la estructura social y las políticas no sanitarias en la salud de los grupos de población, muchos economistas de la salud se inclinan por la obtención de funciones de producción de salud que establecen una relación causal entre la cantidad de atención sanitaria recibida y el nivel de salud alcanzado, modelizando el modo eficiente de maximizar el estado de salud de la población. Una vez que se ha definido una distribución de salud para una comunidad, la función de producción de salud indicaría la distribución exacta de atención sanitaria que permitiría alcanzar el objetivo de equidad seleccionado.

La noción de equidad en la distribución de los recursos sanitarios y su financiación implica conceptos como progresividad y equidad vertical y horizontal en la financiación de los cuidados de salud, así como equidad horizontal en la provisión de los servicios sanitarios y, por tanto, la definición de demanda y necesidad (Wagstaff y Van Doorslaer, 2000).

La dimensión de la equidad, especialmente cuando resulta contradictoria con la eficiencia, se obtiene a partir del proceso social de establecimiento de prioridades. Las soluciones analíticas (estimar parámetros de una función de bienestar social para medir la aversión a la desigualdad y encontrar una compensación entre eficiencia y equidad) no excluyen a la política según Ortún (2004): dado que los parámetros relevantes de una función de bienestar social son inherentemente políticos y muy difíciles de definir y estimar, debe darse mucha importancia a los procesos de formación de valores sociales y de establecimiento de consensos como forma práctica de resolver las contradicciones entre eficiencia y equidad.

4.6.1.1.1. Igualitarismo y salud

Según el igualitarismo (*egalitarianism*), la solución preferida por la población es aquella 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 (Le Grand, 1982; Roemer, 1988), o que la financiación de los servicios sanitarios debería emplearse para discriminar a aquellos individuos que no cuidan su salud (Le Grand, 1987).

Acercas de la relación entre **igualdad de salud y establecimiento de prioridades**, destaca la crítica de Olsen (1997), acerca de 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. También se ha expuesto que la igualdad en los estados de salud sólo puede conseguirse mediante un aumento del gasto en los necesitados, pero esto no supone ninguna guía para el establecimiento de prioridades dado un cierto presupuesto (Culyer y Wagstaff, 1993).

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. Wagstaff

(1991) expone que las consideraciones distributivas pueden ser fácilmente incorporadas en el enfoque AVAC si se maximiza la suma ponderada de AVACs (según edad, género, situación laboral,...). La función de bienestar social se construiría de modo que reflejara la aversión de la sociedad a la desigualdad, pero manteniendo la consideración de la eficiencia. Entonces, dicha función de bienestar social podría ser maximizada sujeta a las restricciones de recursos.

Acerca de las ponderaciones a emplear, Harberger (1971) propone que sean iguales para cada individuo. Hurley (2000) considera esta opción tan arbitraria como cualquier otra, y sugiere basarse en las preferencias sociales, la productividad individual o el enfoque de los *fair innings* de Williams. Según éste, existe una cierta cantidad de vida ajustada por calidad que se puede considerar un derecho del individuo. De este modo, se daría una mayor ponderación a aquellos que todavía no han disfrutado dicha cantidad.

Al identificar eficiencia con maximización de la salud, el enfoque AVAC (*the QALY approach*) supone un distanciamiento de la tradicional economía del bienestar paretiana, ya que la sociedad rechaza abiertamente que la disponibilidad a pagar sea el criterio empleado para el racionamiento de la atención sanitaria. Otros autores, como Culyer (1989), sugieren que este enfoque supone algo más que un rechazo de las ideas de Pareto, ya que existe una negación implícita de toda la teoría del bienestar (*welfarism*).

Mientras que el utilitarismo busca la maximización de la suma de utilidades individuales, los defensores del enfoque AVAC pretenden optimizar la suma de años de vida ajustados por calidad. Ambas teorías llevan a la conclusión de que debe privarse de los recursos sanitarios a aquellos individuos o grupos de la población con menos capacidad de beneficiarse de ellos. En ambos enfoques el tratamiento de los individuos de edad avanzada es similar (Tsuchiya, 2000). La maximización de la salud también implica que, en una economía de pleno empleo, los recursos sanitarios deberían concentrarse en aquellos individuos cuya producción es más valorada y pueden volver a trabajar antes como consecuencia del tratamiento (en este marco se situarían los DALYs empleados en sus análisis por el Banco Mundial). Williams (1974) se muestra muy crítico con esta última idea.

Sen (1973) remarca que el utilitarismo sólo aborda la suma de utilidades y no trata los aspectos relativos a la distribución de dicha suma entre los individuos. En cambio, Drummond (1989) considera que el enfoque AVAC incluye una noción de igualdad al suponer que cada AVAC tiene el mismo valor sin importar el individuo al que se refiere.

El principal atractivo de la función de bienestar social es que recoge nociones no sólo de eficiencia sino también de equidad. Una vez que se ha obtenido la distribución deseada de AVACs adicionales, debe resolverse el problema técnico de hallar los tratamientos de mínimo coste para conseguir dichas mejoras de la salud de la población.

Mientras que la maximización de la salud lleva a la condición de que los recursos deben asignarse de modo que el coste marginal por AVAC sea el mismo para todos los tipos de atención sanitaria, la maximización del bienestar social supone una modificación de esta regla: la pendiente de la frontera de producción (dada por el ratio de los costes marginales) debe igualarse a la pendiente de la función de bienestar social.

Al asignar los recursos entre los distintos programas sanitarios e individuos de un mismo sistema sanitario, se debe prestar atención tanto al grado de desigualdad que implica cada decisión como a la importancia que la población otorga a dicha desigualdad (Wagstaff, 1991).

Podemos concluir que el principal aspecto negativo de esta comparación es que la maximización de la salud de la población, incluso en su fórmula ponderada, no consigue reflejar adecuadamente la aversión social a las desigualdades en salud. Por otra parte, un aspecto a destacar es que dicha aversión puede ser incorporada en las decisiones de asignación de recursos si se emplea una especificación adecuada de la función de bienestar social. Por supuesto, la obtención de la asignación óptima de recursos mediante la función de bienestar social implica un mayor coste computacional que la maximización de la salud de la población. También requiere una mayor cantidad de información (con los costes derivados de su obtención, que también deben ser legitimados por la sociedad y priorizados frente a otras inversiones) y la posibilidad de tener que emplear técnicas de programación no-lineal.

4.6.1.1.2. Regla del rescate

Este principio ético ya se ha mencionado antes para justificar la preferencia social por el tratamiento de estados de salud graves. Según Hadorn (1991), la sociedad y cada individuo tienen el deber moral de hacer todo lo posible para ayudar a aquellos que se encuentran en un peligro de muerte inminente. Puede resultar incompatible con la maximización de AVACs, pero es el principio de asignación dominante en la práctica clínica.

La práctica de la medicina se caracteriza por la necesidad de tomar decisiones en situación de incertidumbre y por la presencia de situaciones en que las medidas consideradas de alta efectividad fracasan. Asimismo, hay un gran número de condiciones clínicas en las que no hay una intervención posible de efectividad contrastada, pero el constante avance tecnológico brinda medidas de intervención que son potencialmente efectivas, a un ritmo bastante superior al que es posible evaluarlas adecuadamente, y está en riesgo la salud o la vida de un paciente particular e identificado. Estas situaciones, frecuentes en la práctica clínica y, por definición, fuera de la posibilidad de ser consideradas de forma sistemática en guías de práctica clínica, motivan que los profesionales de la salud recurran al uso de tecnologías/tratamientos en condiciones de baja efectividad (y, por tanto, no eficientes) con la intención de agotar todas las posibilidades razonables para rescatar a sus pacientes de la enfermedad.

A pesar de que la intención perseguida al introducir nuevas tecnologías es siempre mejorar el tratamiento y aumentar la supervivencia de los pacientes graves, debe considerarse la posibilidad de que los resultados reales obtenidos no satisfagan las expectativas creadas, por las siguientes razones (Segarra, 2003):

1. Disponer de nuevas tecnologías puede tener repercusiones sobre los criterios de indicación de diversos tratamientos que lleven a aceptar a pacientes con perfiles de riesgo cada vez más elevados en los que el posible éxito del tratamiento sea cuestionable.
2. Debe considerarse la posibilidad de que las nuevas técnicas tengan efectos contrarios a los previstos.

En las sociedades desarrolladas, está profundamente arraigada la obligación de invertir recursos en salvar la vida/mejorar la salud de personas identificables, siempre que haya una mínima posibilidad de éxito, independientemente del coste que ello suponga. Esta conducta es la que Jonsen ha definido como *regla del rescate*, y supone el principal conflicto entre beneficio individual y colectivo en la organización de los sistemas sanitarios.

La regla del rescate, en la medida en que supone seguir utilizando recursos con efectividad decreciente, no hace sino contribuir a la polarización del gasto. Si se considera que en la medicina actual se está produciendo un aumento progresivo en las enfermedades crónicas, y que la mayor parte de las nuevas tecnologías que se introducen no resuelven definitivamente los procesos ni tienen como resultado un aumento en la cantidad sino en la calidad de vida, resulta obvio predecir que, en el futuro, la aplicación de la regla del rescate, en un proceso continuado de mejora en la calidad de la atención del paciente, puede causar auténticos estragos en los sistemas de salud. De hecho, Segarra (2003) recoge que los fármacos con la indicación de uso compasivo pueden suponer hasta un 30-50% de la facturación de farmacia ambulatoria para cada servicio del Hospital Universitario de Barcelona.

También son posibles otras perspectivas para el análisis de la regla del rescate: como derecho positivo, el derecho a la atención sanitaria está condicionado a los recursos económicos disponibles y es de aplicación progresiva. No obstante, son exigibles en justicia y, por tanto, obligaciones perfectas y no actos de caridad. Desde una perspectiva filosófica, la regla del rescate se basa en la teoría de que el hombre es un fin último en sí mismo. Desde el punto de vista de la psicología de las preferencias, se podría relacionar con el concepto de aversión al riesgo (de poder llegar a sufrir una enfermedad grave que suponga una seria amenaza para la propia vida).

La incertidumbre en cuanto al pronóstico y la efectividad de las intervenciones hace que, en estos casos, el límite en los principios de máxima beneficencia y no maleficencia sea impreciso. Las decisiones no deben ser potestad absoluta del médico sino que deberían incorporar el respeto a la voluntad del paciente (o sus familiares más cercanos).

Desde una perspectiva médica, hay posibilidad de que se ponga en marcha la regla del rescate cuando se dan a la vez las siguientes circunstancias (Segarra, 2003):

1. Hay una condición clínica aguda o crónica no resuelta ante la cual no hay posibilidad de intervención o las medidas de intervención de efectividad contrastada han fracasado.
2. Aparece una nueva opción para poder intervenir, con eficacia previsible pero efectividad no adecuadamente contrastada o baja.

Independientemente de la perspectiva desde la que se realice el análisis, cualquier proceso de racionamiento, ordenación y de distribución de recursos en un sistema público de atención sanitaria, para ser socialmente aceptado debe contemplar, además de los criterios de eficiencia, la posibilidad de asignar recursos a quien más los necesita, el imperativo social implícito en la regla del rescate y las situaciones que pueden suponer posibles límites a la eficiencia en la práctica médica real.

Algunos autores, como David Hadorn (1991), plantean abiertamente que el conflicto entre coste-efectividad y regla del rescate es simplemente irreconciliable. Sin embargo, hay algunos caminos que permiten un posible acercamiento entre ambos conceptos. Para ello, Segarra (2003) defiende que es necesario encontrar el procedimiento que permita gestionar adecuadamente tanto la perspectiva social como la perspectiva médica de la regla del rescate y establecer un nexo de unión entre ambas y un criterio de eficiencia.

En lo que respecta a la perspectiva social, el objetivo es incorporar los valores sociales a los datos crudos de coste-efectividad o utilidad buscando caminos alternativos para la elaboración de las listas de prestaciones. Los intentos realizados en distintos países han sido experiencias

bastante heterogéneas en cuanto a objetivos y metodología, sin embargo, es interesante constatar que, en algunos casos, el producto final obtenido es muy similar, aunque al mismo se haya llegado a través de diferentes vías. Los referentes más importantes a destacar son: el experimento de Oregón (además de la clasificación en 17 categorías y la introducción de 3 criterios, en 1993 se añadió la noción de que *nada dejaría de hacerse si peligraba la vida de una persona*), la Swedish Parliamentary Priorities Commission (categoría de *tratamiento de problemas agudos fatales, problemas crónicos graves, cuidados paliativos a pacientes terminales y problemas que reducen la autonomía*), el experimento de Sommerset (los grupos de discusión de esta localidad británica establecen la edad, la responsabilidad individual y la calidad de vida como criterios para la priorización), el desarrollado en Noruega (que sitúa a los pacientes crónicos como grupo prioritario), la experiencia de Nueva Zelanda (las recomendaciones sobre priorización se basaron en el criterio de que el objetivo de la política sanitaria debe dirigirse no tanto a extender la vida como a mejorar la calidad de ésta) y el modelo Dunning holandés (basado más en la necesidad de acuerdo social que de un acuerdo técnico).

Desde el punto de vista social, los sistemas de organización, delimitación y priorización de prestaciones basados en criterios de eficiencia no pueden impedir la incorporación de los valores sociales imperantes en cada comunidad. Los ejemplos de la evolución de los sistemas de salud parecen haber interiorizado ya la necesidad de incorporar los valores y las preferencias sociales en la toma de decisiones, pero queda todavía un largo camino por recorrer.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, el primer paso es conocer la eficacia y la efectividad de las nuevas tecnologías y medicamentos, ya que sin medidas de efectividad no existe un criterio económico de eficiencia.

4.6.1.1.3. Asignación según necesidad

Artells (1989) afirma que si, en el proceso de asignación de recursos sanitarios, se acepta como juicio de valor central que el individuo es quien mejor puede decidir acerca de lo que más le conviene –como es el caso en los sistemas sanitarios basados en el mercado–, el paciente-consumidor utilizará los servicios sanitarios hasta el punto en el que el precio corriente iguale la última unidad marginal demandada. En cambio si el juicio de valor predominante discrepa de la *soberanía del consumidor* como criterio dominante en las decisiones de consumo sanitario, el sistema de asignación y racionamiento de atención sanitaria se basará en la noción de necesidad.

Así, pues, la distinción entre las nociones económicas de *demanda* y *necesidad* nos conduce a la distinta aceptabilidad que para cada individuo tienen los dos criterios económicos que permiten evaluar el comportamiento del mercado como mecanismo eficiente para alcanzar situaciones socialmente óptimas: *eficiencia de consumo* (asociada a la decisión individual *racional* de demandar una cantidad para la que los beneficios marginales de su consumo sean iguales a su coste marginal o precio corriente) y *eficiencia de producción* (la consecución del mayor beneficio o efecto positivo al menor coste posible).

Artells considera que en el sector sanitario existe mayor consenso en la aceptación de este último criterio, registrándose, en cambio, actitudes más polarizadas respecto a la aceptación del criterio de eficiencia de consumo o demanda individual, como instrumento de distribución de servicios sanitarios.

Sin embargo, lejos de ser excluyentes, *demanda* y *necesidad* se refieren a enfoques distintos cuya compatibilización es posible aunque exige un contexto apropiado: el marco suministrado por la relación profesional de *agencia* (*agency relationship*). Por otra parte, ni la demanda vía mercado ni la necesidad como categoría de planificación son respectivamente conceptos capaces de transmitir valores sociales de manera absoluta. Si la aproximación basada en la *soberanía del consumidor*, que se halla implícita en el concepto de la demanda, no puede aportar una respuesta universal a todas las cuestiones relacionadas con la expresión de necesidades sanitarias individuales, tampoco puede aportarla una aproximación estricta basada en los bienes tutelares (*merit goods*), cuyo concepto enmarca la noción de *necesidad* social. De este modo, podemos concluir que la sociedad se enfrenta a un rango continuo de juicios de valor que abarca ambos polos: desde la soberanía del consumidor a la noción de *merit goods* o bienes tutelares.

Un claro ejemplo de la utilización del concepto de necesidad en el establecimiento de prioridades sanitarias es *National Health Planning and Resources Development Act* de 1974 en Estados Unidos, que señala el carácter imprescindible de certificar y demostrar su existencia como requisito para obtener las aportaciones necesarias para iniciar o desarrollar inversiones y proyectos sanitarios.

Este principio de *asignación según necesidad* puede formularse según dos versiones (Hauck *et al*, 2003):

- a. **Equidad horizontal:** personas en igual necesidad deben recibir igual tratamiento, y
- b. **Equidad vertical:** 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.

Se han propuesto distintas definiciones de necesidad (Culyer y Wagstaff, 1993):

- a. 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.
- b. Necesidad como la capacidad de beneficio: cualquier tipo de atención sanitaria inefectiva no puede ser origen de necesidad. Una segunda implicación es que una productividad marginal positiva es condición necesaria pero no suficiente para que exista una necesidad: podría existir otra tecnología menos costosa o más efectiva que alcance el objetivo de modo más eficiente. Hauck *et al* (2003) prefieren suponer que sólo existe necesidad si se trata de un tratamiento efectivo (o coste-efectivo) y una enfermedad que la sociedad pretende combatir.
- c. Necesidad como los gastos sanitarios necesarios para cada individuo: la necesidad se definiría simplemente como la cantidad de atención sanitaria necesaria para alcanzar la igualdad en términos de salud (presumiblemente sujeta a la condición de que la salud *per cápita* sea lo más alta posible).
- d. Necesidad como el gasto necesario para maximizar la capacidad de beneficio: es la cuantía de gasto que proporciona la mayor mejora posible en términos de salud. Esta última definición no proporciona ninguna guía para el establecimiento de prioridades.

El conflicto surge entre la idea de equidad horizontal sugerida en las dos primeras definiciones, y la noción de equidad vertical de la tercera. En general, la implantación del principio

de asignación según necesidad dará lugar a diferentes distribuciones de la atención sanitaria según la interpretación de *necesidad* que se emplee.

Las necesidades de mayor prioridad son aquellas en las que el beneficio sanitario obtenido a partir de cualquier unidad de gasto adicional es mayor. La igualación de las necesidades marginales implicará la maximización de la suma de los estados de salud individuales. Por ello, el criterio de la igualación de las necesidades marginales parece más cercano a la eficiencia que a la equidad.

Matthew (1971) delimita *necesidad de asistencia médica*, *demanda de asistencia* y *utilización* a partir de la definición de cada una:

“La necesidad de asistencia médica debe distinguirse de la demanda de asistencia y del uso de servicios o utilización. La necesidad de asistencia médica existe cuando un individuo padece una enfermedad o impedimento para el cual existe un tratamiento o cura efectivo y aceptable. La necesidad puede definirse en términos de la dolencia causante de la necesidad de tratamiento o de las condiciones materiales y recursos requeridos para suministrar el tratamiento adecuado. Existe una necesidad de asistencia cuando un individuo considera que tiene una necesidad y desea recibir asistencia. La utilización tiene lugar cuando un individuo recibe realmente dicha asistencia. La necesidad no se expresa forzosamente como una demanda y a la demanda no la sigue necesariamente la utilización, mientras que, por otro lado, puede haber demanda y utilización sin una verdadera necesidad del servicio que se utilice.”

Desde un punto de vista socio-administrativo (Artells, 1989), también se puede hablar de:

- a. Necesidad normativa: lo que un experto o profesional juzga que alguien necesita en una determinada situación. Obedece más a juicios de valor personales o criterios de autoridad que a evidencia probada de efectividad, lo que se traduce en considerables márgenes de variación en la fijación de estándares para situaciones idénticas.
- b. Necesidad percibida: idéntica a la secuencia que inicia la generación de la demanda individual, cuya manifestación es la
- c. Necesidad manifiesta: debe hacerse perceptible, de tal modo que obtenga alguna respuesta por parte de la agencia o institución provisor de los servicios que el individuo estima necesarios.
- d. Necesidad comparativa: requiere contrastar la existencia de una necesidad a partir de la comprobación de que las circunstancias (personales, económicas y culturales) asociadas con determinado sujeto son idénticas a las circunstancias que caracterizan a sujetos que se benefician o reciben determinada atención o servicios.

La combinación de estas cuatro definiciones, aplicadas a la consideración de algún caso específico que deba de ser objeto de calificación en términos de *necesidad* –y que en consecuencia su cobertura tenga consecuencias económicas–, da lugar a doce formulaciones distintas que permiten examinarlo en función de la prevalencia de los juicios de valor de algunos de los sujetos relevantes.

Para concluir, podemos afirmar que la planificación de acuerdo con la demanda podría evitar posibles despilfarros y llevar a situaciones más eficientes, aunque no solucionaría los problemas derivados de la infrautilización o la utilización inapropiada. Ni la demanda es siempre aplicable para describir el comportamiento del consumidor-paciente, ni es posible la incorporación de la necesidad como determinante sin invalidar los supuestos de autonomía frente a

la formación de la oferta (ya que existe un efecto decisivo de ésta en la conformación de la necesidad percibida).

Mitton y Donaldson (2003) enumeran tres enfoques para la asignación de recursos sanitarios según necesidad. El primero consiste en definir la necesidad a nivel individual o poblacional y establecer un mínimo de atención sanitaria que permita satisfacer esa demanda. Si bien este enfoque es habitualmente empleado para el establecimiento de prioridades a nivel local, la definición de *necesidad* supone numerosos problemas. Primero, se basa en juicios de valor y por ello no resulta una medida objetiva. Segundo, intentar fijar un nivel mínimo de atención sanitaria supone ignorar la posibilidad de que no existan suficientes recursos para satisfacer dicha necesidad. Tercero, al no considerar los recursos, su reasignación a partir de las necesidades no atendidas no estará teniendo en cuenta los costes y beneficios de la decisión. Cuarto, la necesidad es un concepto dinámico cuyas definiciones y valoraciones cambian según varía la disponibilidad de los recursos, la experiencia y el conocimiento.

Un segundo enfoque es la valoración de las necesidades epidemiológicas, donde los datos de incidencia y prevalencia se emplean para identificar las necesidades de la población, a menudo mediante una clasificación de las enfermedades y sus correspondientes tratamientos de mayor a menor prevalencia. El mayor problema de estos datos es que no proporcionan ninguna indicación acerca de la asignación de los recursos. Este procedimiento tampoco reconoce la efectividad de cada tratamiento listado.

Un último procedimiento es el de la estimación del coste de la enfermedad (*burden of illness studies*). Dado que en él no se consideran explícitamente los costes de oportunidad, la maximización del beneficio social sólo podría ocurrir por casualidad según Mitton y Donaldson (2003).

A propósito de la asignación según necesidad, el reciente trabajo de Asthana *et al* (2004) se centra en la posibilidad de un cambio en el método empleado para el reparto de los recursos del National Health Service (NHS) británico: pasar de medidas de utilización a otras basadas en términos de morbilidad. Este enfoque parte de las críticas a los modelos basados en la utilización para evaluar las necesidades de la población. Además, la evidencia indica que las diferencias en el acceso geográfico a los servicios sanitarios determinan en buena medida su utilización. Esta circunstancia (*distance decay effect* en el original) hace que la utilización de los servicios sanitarios decaiga según aumenta la distancia con respecto a éstos. Por otra parte, las zonas rurales muestran un menor nivel de utilización de los servicios sanitarios que las urbanas.

Es por ello que se estudia la posibilidad de emplear un nuevo enfoque en la asignación de los recursos sanitarios, de modo que el criterio sea medidas directas de morbilidad en lugar de aproximaciones indirectas como la utilización de los servicios. Los resultados sugieren que este cambio implicaría menores recursos para las zonas urbanas necesitadas, ya que aunque la prevalencia de las enfermedades estudiadas (cardiovasculares crónicas) se caracteriza por su fuerte componente social, las características demográficas tienen un mayor impacto. Por ello, los autores concluyen que un método basado en medidas de morbilidad implicaría un trasvase de recursos de las zonas necesitadas a aquellas rurales y con mayor edad media.

Otra sugerencia es el **Análisis Coste-Valor**, en el cual las ganancias en salud se transforman en números que también contienen una indicación de la gravedad de la enfermedad (Nord, 1999).

4.6.1.1.4. Igualdad de acceso

Este principio implica que los individuos deben tener todos igual oportunidad de utilizar los servicios sanitarios, con independencia de características como la renta, la capacidad de pago, su raza o el área de residencia (Hauck *et al*, 2003). Existen distintas definiciones de *acceso* (Culver y Wagstaff, 1993):

- a. Acceso como la utilización de los servicios sanitarios: bajo esta interpretación, la igualdad de acceso sólo requiere la igualdad de atención sanitaria, o igual tratamiento para necesidades iguales (si pretende restringirse la igualdad de acceso a aquellos en igual necesidad).
- b. Acceso como costes (en términos de tiempo y dinero) en los que se incurre al recibir atención sanitaria: entonces, la igualdad de acceso requiere que cada individuo afronte los mismos costes en términos monetarios y de tiempo. Sin embargo, no parece existir motivo por el que dos individuos con las mismas restricciones presupuestarias y de tiempo acaben recibiendo la misma cantidad de atención sanitaria.
- c. Acceso como el máximo consumo alcanzable de atención sanitaria: esta definición evita la desafortunada conclusión de que dos individuos que se enfrentan al mismo precio de los servicios sanitarios acaban disfrutando de igual acceso, incluso si no tuvieran renta alguna.
- d. Acceso como la utilidad perdida por obtener asistencia médica: si se considera que la utilidad marginal de la renta es mayor para las rentas bajas que para las altas, sus costes de acceso serían mayores, y por ello su acceso a la atención sanitaria sería menor, incluso si ambos tipos de individuos se enfrentan al mismo precio de estos servicios. Para igualar el acceso habría que reducir el precio pagado por las rentas más bajas hasta que el producto de precio y utilidad marginal de la renta fuera el mismo que para las rentas altas.

Estos autores recuerdan que para garantizar un igual acceso a un servicio, es necesario garantizarlo para todos los bienes o servicios. Asegurar que todos los habitantes se enfrenten al mismo precio de la atención sanitaria no implica un igual consumo individual. Por otra parte, la igualdad de acceso no proviene necesariamente de la igualación de los niveles de consumo máximo o de los precios de acceso (en términos de utilidad). La igualación de los costes (tanto en términos monetarios como de utilidad) no garantiza un mismo nivel de consumo máximo de la atención sanitaria, mientras que asegurar un mismo nivel máximo de consumo suele implicar la fijación de distintos precios.

El concepto de *igualdad de acceso* es difícil de definir e implantar en los sistemas sanitarios donde los individuos se enfrentan a un precio cero en el momento de ser atendidos. Estas dificultades al trasladar los conceptos de *necesidad* y *acceso* a la práctica suponen un obstáculo para los decisores.

4.6.1.1.5. Mínimo decente y paquetes esenciales

En su informe de 1993, el Banco Mundial propone la definición de paquetes esenciales de servicios de salud pública y clínica a partir de cuatro criterios: coste-efectividad, condiciones epidemiológicas, preferencias locales y renta nacional. Estos paquetes deberían incluir al menos:

- a. Servicios para proteger el periodo de embarazo.
- b. Fomento de la planificación familiar.
- c. Acción contra la tuberculosis.
- d. Control de las enfermedades de transmisión sexual.

- e. Cuidado de las enfermedades más comunes y graves en los niños.
- f. Tratamiento de infecciones leves y traumatología.
- g. Alivio del dolor.

4.6.1.1.6. Principio del *maximin* de Rawls

El propio Rawls no incluyó la salud en su lista de bienes públicos esenciales, ya que al tratarse de un *bien natural* no puede ser distribuido por la sociedad. Este principio establece que la política social debería buscar la optimización de la situación del individuo más necesitado al asignar los bienes sociales y económicos. Se ha llegado a considerar que el establecimiento de prioridades en Noruega pudo guiarse por este principio. En 1987, el gobierno noruego enfatizó la *gravedad de la enfermedad* como el principal criterio para el establecimiento de prioridades sanitarias. En 1994, añadió un segundo criterio: *la efectividad esperada del tratamiento*.

4.6.1.2. Liberalismo (*Libertarianism*)

Como describen Williams y Cookson (2000), de acuerdo con los principios del liberalismo, la justicia es enteramente una cuestión de fortalecer los derechos de la propiedad privada, incluyendo el derecho a los frutos del propio trabajo. El papel del Estado debe limitarse a garantizar la ley y el orden: salvaguardar la propiedad, evitar el fraude en las transacciones privadas y obligar a los criminales a pagar compensaciones económicas a sus víctimas. El Estado no debe aumentar los impuestos o interferir con la libertad individual con ningún otro fin –ni regular mercados, ni proveer bienes públicos, ni redistribuir renta o salud hacia los menos favorecidos. En consecuencia, el liberalismo rechaza la idea de que deban existir agencias gubernamentales con responsabilidad directa sobre la eficiencia o la equidad de la provisión de cuidados de salud. Desde este punto de vista, el Estado no debe implicarse y debe ser reemplazado por seguros sanitarios privados y caridad privada para los pobres y discapacitados.

Para los planteamientos liberales carece de sentido buscar la justicia en una determinada distribución de cargas y beneficios –como los resultados en salud–, lo que importa es el patrón histórico de los hechos: en tanto que la distribución de salud sea el resultado de un proceso de libre negociación privada entre adultos que consienten en ello, es una distribución justa. El Estado no tiene competencia para vulnerar los derechos de unas personas en pro de los de otra, y la redistribución se considera una violación de los derechos de aquellos a los que se desposee del bien que se redistribuye.

La idea de un paquete esencial financiado públicamente, junto a prestaciones financiadas privadamente para los individuos con mayor renta, resulta muy atractiva para algunos sectores políticos, especialmente en los países con menores ingresos.

4.6.2. Sistemas de valores e incentivos de los profesionales sanitarios

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*) (Del Llano *et al*, 1999).

Mooney (1986) 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. Mooney 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 acepte 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 la medicina clínica (Singer, 2000). El avance reciente más importante en este campo ha sido el desarrollo de un marco ético – *accountability for reasonableness*, comentado en el apartado 4.8. - que permite legitimar un proceso justo de establecimiento de prioridades.

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 (Klein, 1998).

4.6.3. Principios defendidos por la comunidad

En un estudio acerca de la labor del instituto británico NICE (*Nacional Institute for Clinical Excellence*), Williams *et al* (2003) obtienen que la sociedad parece defender tres principios en el establecimiento de prioridades:

- a. La *regla del rescate (rule of rescue)*, que da prioridad a aquellos con necesidades más urgentes.
- b. Maximización de la salud.
- c. Reducir las diferencias en términos de salud.

Asimismo, la igualdad de acceso, según la opinión pública, debería prevalecer sobre la maximización de los beneficios sanitarios.

Parece existir cierta disponibilidad a sacrificar beneficios sanitarios para ocuparse de aquellos con peores perspectivas de salud, lo que implicaría renunciar a cierto nivel de salud general. Sin embargo, se encontró un considerable grado de heterogeneidad en la importancia que cada individuo otorga a la reducción de las desigualdades en salud. La naturaleza y la intensidad de las preferencias individuales son muy sensibles al tipo de desigualdad existente y su localización. Las preferencias por la reducción de las desigualdades en la esperanza de vida parecen estar más presentes que aquellas que abogan por menores desigualdades en términos de enfermedades crónicas.

Por otra parte, la población parece más dispuesta a reducir las desigualdades debidas al estrato social que aquellas relacionadas con el género o los hábitos tabáquicos. Los autores concluyen que desigualdades de igual magnitud son consideradas de modo distinto según su naturaleza (género, clase social, o hábitos tabáquicos). El siguiente paso sería comprobar si las opiniones de los profesionales del sector sanitario entran en confrontación con las expresadas por el público.

Dado que más de un principio de equidad parece entrar en conflicto con los restantes, los evaluadores deberían considerar los distintos *trade offs* entre objetivos de equidad, así como entre objetivos de equidad y eficiencia. Este hecho complicaría la estimación las ponderaciones de la función de bienestar social, especialmente si existieran interacciones entre ellas.

Otra posibilidad sería especificar las relaciones entre las ponderaciones de cada atributo para hallar los *pesos multiatributo*. Un área que necesita más investigación es la posible aplicación del argumento de los *fair innings* al bienestar social, donde la salud sería sólo uno de los elementos ponderados.

El instituto británico NICE incorpora aspectos de equidad en sus decisiones con las distintas ponderaciones estimadas para cada uno. De este modo, completa un proceso transparente y consistente. Si pretende seguir reflejando los valores de la población en sus políticas, debe seguir investigando en este campo tan complejo.

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 (Kind *et al*, 2003). 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. Por ello, Kind reclama un nuevo paradigma para la estimación de preferencias.

A partir de una sencilla encuesta, Ubel (1996) encuentra que la población concede mayor importancia a la equidad que el análisis coste-efectividad. Concluye que los individuos son menos propensos a racionar la atención sanitaria según un método de distribución aleatoria que según un mecanismo *first-come, first-served* (*atención por orden de llegada*). 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 segunda observación de Ubel es que los partidarios del análisis coste-efectividad como base del establecimiento de prioridades sanitarias deberían tratar de convencer al resto de los individuos de la bondad de este enfoque.

Una revisión sistemática de toda 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 (Menon *et al*, 2002).

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: necesidades de la población, equidad, coste, efectividad de las intervenciones o tecnologías, estados 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). Este es el planteamiento que subyace a la línea propuesta por Gavin Mooney (1998) en relación a las *demandas comunitarias (communitarian claims)* como fundamento ético para la asignación de los recursos sanitarios

Los distintos procedimientos empleados para caracterizar los valores de la población incluyen encuestas (telefónicas, por correo y en persona), grupos de discusión (que se reúnen una vez o periódicamente), paneles de expertos, reuniones en edificios públicos, y comités populares. La mejor opción sería una combinación de técnicas, ya que recogería un mayor número de puntos de vista y características.

Se pueden identificar cinco métodos para la medición de las preferencias y valores comunitarios (Ubel, 2000):

- i. Cuantificar los valores de la población en un análisis coste-utilidad mediante las técnicas de medición de utilidades. Supone hallar una medida de los valores comunitarios a partir de la importancia relativa de distintas mejoras en términos de salud. Un año de salud equivaldría a un AVAC. Exactamente, esta valoración de utilidades no mide los valores comunitarios, sino que agrega los individuos. Un ejercicio de promedio de utilidades es moralmente cuestionable.
En el método de la lotería estándar para la medición de utilidades, se pregunta qué probabilidad de muerte estaría dispuesto a asumir a cambio de mejorar su estado actual de salud. En el método de la compensación temporal, se pregunta a cuántos años de vida estaría dispuesto a renunciar el encuestado para superar cierto estado de salud.
- ii. Ordenar según su importancia distintos servicios sanitarios o principios de distribución.
- iii. Puntuar la importancia de ciertas prestaciones sanitarias.
- iv. Estimar la disponibilidad a pagar por los servicios sanitarios.
- v. Encuestas experimentales diseñadas para hallar los factores influyentes en los valores personales.

4.7. OBSTÁCULOS PRÁCTICOS AL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

El proceso de establecimiento de prioridades tiene lugar en un contexto en el que existen numerosas restricciones políticas, institucionales y ambientales. Los modelos de establecimiento de prioridades bajo restricciones prácticas intentan reflejar con mayor precisión la realidad del proceso de toma de decisiones que los modelos económicos tradicionales (Hauck *et al*, 2003).

4.7.1. El proceso político de toma de decisiones

Los modelos de economía política intentan explicar por qué el proceso político de toma de decisiones no consigue generar cambios óptimos en el sentido de Pareto (*government failure*). Estos modelos se basan en dos supuestos:

- a. El mismo comportamiento puede emplearse para explicar la toma de decisiones tanto en el sector privado como en el público. Los políticos tratan de maximizar el apoyo que reciben.
- b. Si bien es cierto que los errores políticos son posibles, no resulta adecuado confiar en el error o la ignorancia como base de explicación de los resultados de una política.

Es posible diseñar un espectro de funciones de utilidad gubernamentales con respecto a la sanidad. En un extremo, el gobierno estaría preocupado sólo por la eficiencia y la equidad en el largo plazo. En el otro, podría buscar su propio beneficio y desear un establecimiento de prioridades que le permitiera mantener el poder. El contexto más realista se encontrará entre ambos extremos. A continuación se presentan algunas de las teorías elaboradas para explicar la toma de decisiones políticas (Hauck *et al*, 2003):

- a. El votante central (*the median voter*; Hotelling, 1929).
- b. Grupos de interés (*lobbies*).
- c. Restricciones asociadas a una donación (*donor constraints*).
- d. Proceso burocrático de toma de decisiones.
- e. Búsqueda de rentas (*rent-seeking behaviour*).

Por último, citamos las cuatro causas a las que Stiglitz (1988) atribuye los casos de *government failure*: falta de compromiso a largo plazo, la creación de coaliciones y los procesos de negociación, competencia destructiva, e incertidumbre.

4.7.2. Costes de transición y externalidades

En este apartado citamos las teorías *incrementales* de Simon (el proceso político busca satisfacer más que optimizar) y Lindblom (*muddling through*: ir reemplazando procesos ineficientes por otros más eficientes). También se han propuesto medidas para tratar los costes de transición y otras restricciones, como el *Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA)*, el análisis de robustez, el análisis de problemas multiatributo, y el análisis de opciones.

La presupuestación por programas y análisis marginal (PBMA) supone un marco teórico para el establecimiento de prioridades en sanidad basado en el principio económico de costes de oportunidad, que también sustenta la evaluación económica. Su punto de partida es el análisis de cómo se asignan actualmente los recursos, para después centrarse en los costes y las ganancias marginales en términos de salud de los cambios en las asignaciones.

Aunque se han propuesto distintos formatos para este método, puede describirse básicamente a partir de cinco preguntas acerca del uso de los recursos (Mitton y Donaldson, 2003):

- i. ¿De qué recursos se dispone?
- ii. ¿Cómo se están empleando actualmente esos recursos?
- iii. ¿Cuáles son los principales programas candidatos a recibir más recursos y cuál sería su nivel de efectividad?
- iv. ¿Existe algún área de la atención sanitaria que podría mantener su efectividad con menos recursos, de modo que éstos se puedan asignar a la financiación de los candidatos de la anterior pregunta?
- v. ¿Existen áreas de la atención sanitaria que, a pesar de ser efectivas, deberían recibir menos recursos porque alguna propuesta en la tercera pregunta es más efectiva (por cada euro gastado)?

Tanto paneles de expertos como evaluaciones económicas pueden ser una ayuda en la valoración del impacto de las reasignaciones de recursos sugeridas, y por ello la PBMA puede entenderse como un marco que incorpora, entre otras cosas, evidencia de la literatura.

La falta de datos disponibles y el tiempo necesario para llevar a cabo un ejercicio de PBMA suelen citarse como las principales limitaciones de este método. Sin embargo, éste ha sido frecuentemente utilizado en las organizaciones, ya que supone aplicar los conceptos de escasez, coste de oportunidad y margen económico en la toma de decisiones diaria y el establecimiento de prioridades estratégicas en el largo plazo.

La existencia de varios niveles de decisión política puede llevar a divergencias entre las prioridades locales y nacionales.

4.7.3. Establecimiento de prioridades y financiación de la sanidad

Ciertas formas de financiación pueden tener importantes implicaciones en el comportamiento del proveedor y el paciente. Estas respuestas pueden afectar a los resultados sanitarios, la equidad y la magnitud de ingresos disponibles para el sistema financiado públicamente.

Podemos distinguir cuatro formas de financiación de los servicios sanitarios: seguro colectivo (mediante impuestos, seguridad social o sistemas asociados al empleo), seguro privado, seguros complementarios, y copagos.

Resulta interesante señalar que subsidiar la contratación de un seguro privado puede significar una pérdida de ingresos para el seguro colectivo público. Este proceso puede acabar como una espiral en la que las prestaciones públicas se vayan recortando frente a las cada vez más numerosas prestaciones del sistema privado. En el corto plazo, el presupuesto disponible para el seguro colectivo es endógeno y depende de la elección de cada individuo. Si va perdiendo asegurados, las primas del sistema público tendrán que aumentar, y se podría llegar a la quiebra del mismo (Hauck *et al*, 2003). Otra posibilidad es que los gobiernos sesguen las prestaciones del sistema público para atraer a los ciudadanos con mayor capacidad de pago.

4.7.4. Los cuasimercados (*quasi-markets*)

Los *cuasimercados* (*quasi-markets*) combinan las variables de mercado y la financiación pública de modo que se promueve la igualdad. Le Grand (2003) argumenta que las fuerzas de mercado son mejores instrumentos para alcanzar dicho objetivo que los métodos habitualmente

empleados por gobiernos socialistas y socialdemócratas. El citado autor considera que estos gobernantes rechazan la conjunción de mercados y servicios públicos basándose en dos ideas: primero, como proveedores, buscan lo mejor para la sociedad, no para ellos; y segundo, los usuarios de los servicios públicos son beneficiarios pasivos, sin iniciativa. Estas creencias, según Le Grand, son erróneas pero también contrarias al igualitarismo. Es decir, que un adecuado diseño de los cuasimercados mejora la calidad y la valoración.

De este modo, el autor establece que la política debe entender que los proveedores de los servicios públicos están simultáneamente motivados por el altruismo y el propio interés. La conjunción de ambos motivos puede dar lugar a una curva de oferta fluctuante.

Las políticas a implementar deben intentar aumentar el poder de los usuarios sobre los proveedores tanto porque se promueve la eficiencia como porque resulta deseable desde un punto de vista igualitarista.

Los incentivos en los cuasimercados deben ser situados de modo que generen instintos altruistas y egoístas. Con un diseño adecuado, las políticas basadas en el propio interés pueden incentivar el altruismo. En consecuencia, los mercados regulados no sólo pueden ser eficientes, equitativos y éticos en el sentido de incentivar el altruismo, sino que también pueden reconducir el comportamiento entre los individuos.

4.8. TRANSPARENCIA EN EL DEBATE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES SANITARIAS (ACCOUNTABILITY FOR REASONABLENESS)

Llevar a cabo una evaluación de tecnologías sanitarias es tan exigente como comprometido. La calidad de los estudios debe ser excelente y debe basarse en metodologías rigurosas. Abordar asuntos polémicos es un ejercicio arriesgado. De hecho, a pesar de la naturaleza de un estudio de evaluación, sus implicaciones nunca pueden ser neutrales. Conciliar y preservar la credibilidad tanto científica como política es un reto constante para la evaluación de tecnologías sanitarias.

La experiencia de Quebec con el CETS (Conseil d'évaluation des Technologies de la Santé) muestra la importancia de ciertas condiciones en la evaluación de tecnologías sanitarias. Así, una actitud receptiva con respecto a un proceso racional de toma de decisiones permite un entorno favorable para dicha evaluación. Cada vez son más los médicos, científicos, gestores, políticos y pacientes que aceptan la necesidad de realizar elecciones, lo que parece determinar un uso más eficiente de la información resultante. Además, la organización de los servicios sanitarios en Quebec facilita que la información recogida pueda ser fácilmente filtrada en el proceso de toma de decisiones, lo que redundará en una mayor eficiencia del sistema gracias a los mecanismos de regulación (Jacob y Battista, 1993).

De este modo, se puede concluir que existen ciertos factores determinantes del éxito en la evaluación de tecnologías sanitarias. El primero sería la **credibilidad**, tanto científica como política. La experiencia y el aprovechamiento de metodologías rigurosas son elementos clave para lograr la mencionada credibilidad científica. En el caso de la política, los miembros de la sociedad evaluadora no deben depender del ministro o haber sido elegidos por su afiliación ideológica. Un segundo elemento a tener en cuenta es la **relevancia de las condiciones locales**: las evaluaciones deben tener en cuenta las características de los problemas, los agentes y los

procesos de toma de decisiones. Un último condicionante del éxito es el **debate**: el centro evaluador sugiere qué política debería adoptarse y, en ocasiones, quién sería el responsable de su adopción y cómo debería ser implantada.

La contención de los crecientes gastos en salud y la mejora en la calidad de la atención médica requerirán una acción concertada de todos los sectores involucrados y un Estado que otorgue los medios para garantizar una participación activa de las organizaciones sociales. Por otra parte se considera una función primordial del Estado –para garantizar el derecho a la salud– la constante y efectiva recepción de datos epidemiológicos que permita orientar adecuadamente el gasto en salud y el desarrollo de los servicios, así como crear los mecanismos para el permanente acceso público a esta información (Barroca, 2000).

Otras consideraciones, como que los servicios de salud constituyen una de las ramas de la actividad humana más importantes a la hora de generar empleo, reactivar la economía de un país y mejorar la calidad de vida de su gente, suponen que las políticas de salud deberían buscar el sustento de la concertación social y el tratamiento legislativo de los consensos alcanzados por los colectivos sociales. De igual modo, en muchas ocasiones se reclama que el Estado se esfuerce en alcanzar una asignación más equitativa de los recursos sociales, ya que su gasto se incrementa pero no llega adecuadamente a los sectores más vulnerables.

Numerosos países con sistemas sanitarios de cobertura universal intentaron solucionar el problema de la falta de legitimidad del proceso de establecimiento de prioridades mediante la creación de comisiones nacionales que articularan los principios en los que se basarían dicho proceso (Daniels, 2000). Autores como Holm consideran que aquellos principios eran demasiado generales. Parece que todos los sistemas estudiados adolecían de escasa capacidad de consenso en los principios básicos para la resolución de conflictos ocasionados por el racionamiento. A ello atribuye Daniels una segunda fase de esfuerzos encaminados al establecimiento de un proceso justo y aceptable por la sociedad para la toma de decisiones.

En ausencia de consenso sobre los principios, un proceso justo y transparente permitiría un acuerdo sobre lo que se considera legítimo y acorde a justicia.

Si bien el enfoque *accountability for reasonableness* proporciona una guía sobre cómo deberían tomarse las decisiones en el establecimiento de prioridades, necesita ser contrastado con estudios empíricos de calidad que muestren cómo se toman dichas decisiones en distintos contextos. Esta teoría propone la verificación de cuatro condiciones en el proceso de toma de decisiones para el establecimiento de prioridades sanitarias (Singer, 2000):

1. **Publicidad**: las decisiones relativas a la cobertura de las nuevas tecnologías y los razonamientos subyacentes deben estar disponibles para el público.
2. **Relevancia**: estos razonamientos deben basarse en la evidencia disponible y en principios que los agentes (gestores, médicos, pacientes, y consumidores en general) deben acordar como relevantes para decidir cómo satisfacer las distintas necesidades de la población con cobertura sanitaria bajo la restricción presupuestaria.
3. **Apelación**: debe existir un mecanismo para la reclamación y resolución de disputas relativas a las decisiones de racionamiento, que incluso incluya la posibilidad de reconsiderar dichas decisiones a luz de evidencias o argumentos posteriores.
4. **Ejecución**: es necesaria una regulación voluntaria o pública del proceso, que asegure que las tres condiciones anteriores se cumplen.

Accountability for reasonableness supone un punto intermedio en el debate entre los partidarios del racionamiento explícito e implícito. Como el enfoque implícito, no requiere que los principios del racionamiento sean explicitados con anterioridad. Por otro lado, al igual que los enfoques explícitos, impone la necesidad de un proceso transparente sobre el que todos puedan opinar que es relevante (Daniels 2000).

Una idea similar aparece en Klein (1998), que expone que la aspiración del proceso de establecimiento de prioridades debería ser alcanzar una situación en la que las decisiones adoptadas sean razonables y públicamente defendibles, ya que toda la población las consideraría relevantes y justas (sin que ello necesariamente implique que esté de acuerdo con ellas). Inevitablemente, este es un proceso lento y gradual. Sin embargo, intentar salir del paso (*muddling through*), que es el enfoque que considera la elección de políticas como un proceso experimental e incremental, podría representar una forma de racionalidad más sofisticada y realista que intenta fijar estándares técnicos. Esta conclusión, según Klein, está avalada por la experiencia internacional.

Un ejemplo de esta *segunda fase* en el establecimiento de prioridades sanitarias aparece en Holms (1998). En este trabajo se describe una primera etapa basada en la creencia de que era necesario establecer prioridades de un modo racional, ya que todas las decisiones resultantes serían legítimas. La situación actual (segunda etapa) deriva del conocimiento de que era un error pensar que un simple sistema de reglas bastaría para legitimar las decisiones acerca de la asignación de recursos sanitarios. La principal idea que acompaña esta etapa es que no existe un único modo de establecer prioridades. Un proceso correcto legitimará las decisiones por él obtenidas y se caracterizará por la transparencia y la responsabilidad. Por ello, los países escandinavos se encuentran en un proceso de análisis del procedimiento por el que se establecen prioridades y su transparencia. De este modo, el *Danish Council of Ethics* elaboró recomendaciones que aseguraran que el proceso de establecimiento de prioridades se llevaba a cabo de un modo transparente y que tuviera en cuenta los intereses de todos los agentes. En Noruega se elaboró un informe en 1997 que proponía un sistema de grupos de trabajo que aconsejaran a los decisores, en lugar del método usado hasta entonces.

Se puede involucrar al público en el desarrollo de políticas sanitarias mediante tres tipos de mecanismos: el sistema de representación democrática, los distintos grupos de interés (organizaciones de consumidores, sindicatos), y la intervención directa de los individuos (Abel-Smith *et al*, 1995). A modo de ejemplo, citamos la situación de los sistemas de salud en Latinoamérica, que presentan varios elementos comunes: las políticas de **descentralización** y promoción de la **participación social**, y la introducción de reformas basadas en la aplicación de **mecanismos de mercado y orientación al cliente** (Vázquez *et al*, 2002).

El concepto de *participación en salud* ha evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud (Oakley; Foranoff; Bronfman y Gleizer). Además de la participación **colectiva**, existen formas **individuales** de interactuar con los servicios de salud, que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado.

Para una efectiva participación social en salud, deben concurrir elementos políticos (creación de espacios y redistribución de poder y recursos), organizativos (creación de mecanismos institucionales y capacidad de respuesta) o poblacionales (como la disposición u organización).

En general, se pueden observar dos formas de aplicación: participación como un medio para alcanzar unos objetivos y participación como un fin en sí misma, como un espacio democrático para el control social de las instituciones. Así, en los distintos sistemas conviven diferentes enfoques:

- a. Participación comunitaria como elemento esencial de la atención primaria de salud y la promoción de la salud.
- b. Participación individual y colectiva aportando recursos humanos, materiales y monetarios.
- c. Participación social como elemento esencial para lograr la transparencia y responsabilidad de los sistemas de salud frente a la población que atiende.
- d. Participación individual en la libre elección de los proveedores y aseguradoras, la expresión de la satisfacción y el descontento con los sistemas de salud, en un sistema basado en la competencia.

4.9. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

El debate acerca del establecimiento de prioridades comenzó en la segunda mitad de los años ochenta y continuó en los noventa. El intento de Oregón llamó la atención de países tan diversos como Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia, Holanda, Nueva Zelanda, Israel y el Reino Unido, donde los políticos siguen tratando de encontrar *la cuadratura del círculo* que supone la existencia de demanda creciente y escasez de recursos (Ham *et al*, 2003).

En Abel-Smith *et al* (1995) la primera pregunta que se plantea 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. Se indica 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. Este estudio propone que los servicios sanitarios ofrecidos en la Unión Europea sean necesarios, efectivos y eficientes. Aquellos que proporcionen protección y cuidado para los más necesitados deberían ser una prioridad para las autoridades. De este modo, se sugiere que la definición de *salud* del Comité Dunning (ver apartado 4.9.6) podría ser adoptada por la Unión Europea.

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 enfoques. 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 (Ortún *et al*, 2001).

Junto a los habituales criterios de efectividad, coste-efectividad y coste-utilidad, aparecen otros que Ortún (2002) clasifica según:

1. si reflejan preferencias sociales sobre edad u otras características. Holanda, por ejemplo, considera 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. si incorporan las concepciones que cada sociedad tiene 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; o,
3. si 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.

El reto actual debería ser aceptar el establecimiento de prioridades como el proceso político que inevitablemente es, encontrar el modo idóneo de institucionalizarlo en el sistema sanitario y darle contenido con evidencia de la mejor calidad posible.

4.9.1. Oregón

Su importancia reside en que se trata del primer intento organizado a nivel comunitario de establecer explícitamente la prioridad de los servicios sanitarios mediante el análisis de su coste-efectividad.

En Estados Unidos, tanto la financiación como la provisión de servicios de salud son mayoritariamente privadas. El sector público desarrolla esencialmente un papel regulador. El 70% de los ciudadanos menores de 65 años recibe cobertura médica a través de su empleo mediante la contratación con aseguradoras privadas.

En 1966 se inician los programas *Medicare* (mayores de 65 años, discapacitados e insuficiencia renal crónica) y *Medicaid* (pobres, justificado por la existencia de 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 laboral). A pesar de que la cobertura de estos colectivos es parcial y el primero no es totalmente gratuito, su gasto creció considerablemente.

El proceso comienza con la ley denominada *The Oregon Basic Health Services Act* (1989): *Senate Hill 27*, que incitaba a definir un conjunto básico de servicios para todos los ciudadanos de Oregón. Las leyes 534 y 935 instaban 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 se crea *The Oregon Health Services Commission* para establecer qué servicios sanitarios deberían ser incluidos en todos los programas de seguros sanitarios del Estado y el *Medicaid*. Tras sucesivas reformas y oposición federal, la administración Clinton aprobó la lista de servicios sanitarios por 5 años, con la condición de minimizar los problemas de los discapacitados. El programa entra en vigor en 1994 con un aumento de los impuestos sobre el tabaco y de los fondos del *Medicaid*. Se requirió aprobación federal para ampliar el paquete básico de servicios.

A continuación se muestran los principales aspectos conceptuales y metodológicos del plan de Oregón (Benach *et al*, 1995):

- Cálculo de la razón coste-utilidad: para cada par diagnóstico-tratamiento, es el ratio entre el coste del tratamiento y el producto del beneficio neto por su duración. Los beneficios se calcularon a partir de revisiones bibliográficas y el juicio subjetivo de un grupo de especialistas.
- Valores sociales: audiencias públicas para las fuerzas sociales y sanitarias, cuestionarios y encuestas telefónicas. La lista choca con la *regla de rescate* y existen grandes dificultades para definir los elementos del ratio coste-efectividad. Acabaron prevaleciendo los puntos de vista de técnicos y políticos sobre la opinión popular.

- Listas prioritarias sucesivas: mediante el *Cost-free method for setting health care priorities*, que asigna cada par a una categoría de beneficios sanitarios. En las sucesivas ordenaciones, el coste jugó un papel muy limitado frente a la efectividad y el valor del tratamiento. Se crean tres subapartados: servicios esenciales, servicios muy importantes y servicios de valor sólo para algunos ciudadanos (excluidos del *Medicaid*).

Las críticas a este plan se centraron en su aplicabilidad sólo a aquellas prestaciones incluidas en el programa Medicaid y a los pares enfermedad-tratamientos definidos (Evans *et al*, 1994), las dificultades técnicas e insuficiencias del método ACU, la falta de información, y el insuficiente papel de opinión popular. Los méritos de esta experiencia pionera son que supone un avance en las metodologías de análisis para establecer prioridades, y que hace explícito el actual racionamiento de servicios existente en forma implícita en los Estados Unidos.

4.9.2. Nueva Zelanda

El *National Health Committee (NHC)* recibió el encargo de asesorar al Ministerio de Sanidad acerca de las prestaciones que deberían financiarse públicamente y las prioridades relativas, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Una de las principales tareas del NHC era generar un debate público, concienciar de la escasez de los recursos sanitarios y acerca de la necesidad de elegir qué servicios financiar y para quién.

Uno de los primeros pasos del NHC fue rechazar una lista al estilo de Oregón y buscar un consenso en los principios en los que se basaría el establecimiento de prioridades. En lugar de definir qué servicios serían financiados públicamente, se discutiría sobre si ciertos servicios se ofrecerían y en qué momento. Se propusieron cuatro principios para el establecimiento de prioridades: efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad. Otras medidas fueron la creación de sistemas de reserva para la cirugía electiva en lugar de las listas de espera, y la redacción de recomendaciones y criterios para la priorización (Ham *et al*, 2003).

Tanto la *Health Funding Authority (HFA)* como la *Pharmaceutical Management Agency (PHARMAC)* desarrollaron mecanismos para la selección de qué tratamientos y fármacos deberían financiarse públicamente. Los principios básicos de la HFA fueron eficacia, coste, equidad, aceptabilidad y la protección de la etnia maorí. La principal deficiencia de este proceso fue que dichos principios no fueron consultados a la población.

La evaluación de nuevas tecnologías por parte del Ministerio de Sanidad es un lento proceso que incluye la evaluación sistemática de toda la evidencia disponible acerca de su eficacia y coste-utilidad. Se busca la mayor cantidad y calidad posible de la evidencia, a través de revisiones sistemáticas, meta análisis y análisis coste-utilidad. A menudo, se pide a un grupo de expertos que valoren esta evidencia y cualquier otra información relevante, así como que recomienden una política adecuada. Los juicios de los representantes de la etnia maorí, la población de las islas del Pacífico y los consumidores son considerados esenciales. No olvidemos que una segunda fuente de asesoramiento son las evaluaciones de las tecnologías a partir de cuatro criterios: efectividad, equidad, aceptabilidad y eficiencia.

Si bien todavía no existe un proceso uniforme para la toma de decisiones acerca de la financiación de nuevas tecnologías, el Ministerio de Sanidad y los *district health boards (DHBs)*, anteriormente la HFA) exigen una alta calidad de la información a utilizar: ensayos controlados aleatorios para la valoración de la eficacia, y al menos algún análisis coste-beneficio. Un pro-

cedimiento más formal fue recientemente introducido y ha supuesto una mejora de la calidad exigida para dicha evidencia. De este modo, mientras que las decisiones acerca de la financiación y el establecimiento de prioridades continúan siendo afectadas por una serie de factores, cada vez se considera más necesario un nivel muy alto de la calidad en la evidencia sobre efectividad y los ratios coste-utilidad. Otro requisito de la información es que debe permitir una evaluación de la tecnología a partir de criterios como la equidad, la aceptabilidad y el posible impacto sobre la salud de la población maorí.

PHARMAC también exige calidad en la evidencia (ensayos controlados aleatorios) empleada para la toma de decisiones y ha desarrollado cierta habilidad técnica en la evaluación coste-utilidad. Dicha evidencia debe mostrar ganancias significativas en términos de salud y con buenos valores del ratio coste-utilidad. Otros criterios que aseguran que la calidad de la información empleada es aceptable antes de tomar decisiones sobre la financiación de una tecnología, son (Ham *et al*, 2003):

- a. las necesidades sanitarias de la población de Nueva Zelanda;
- b. las particulares necesidades de la etnia maorí y los pueblos del Pacífico;
- c. la disponibilidad e idoneidad de los medicamentos;
- d. los beneficios clínicos y los riesgos;
- e. el impacto presupuestario, en términos de gasto farmacéutico y sanitario; y,
- f. los costes directos para los usuarios del sistema sanitario.

Al decidir si se financian o no nuevas tecnologías sanitarias, las compañías aseguradoras en Nueva Zelanda confían en gran medida en la experiencia clínica de la profesión médica y las decisiones de los competidores. Apenas se busca información acerca de la eficacia o los ratios coste-utilidad.

De este modo, un buen número de organizaciones, tanto públicas como privadas, participan en la toma de decisiones acerca de la financiación de nuevas prestaciones y tecnologías sanitarias en Nueva Zelanda. En el sector público, se produjo un cambio en el principal órgano decisor en diciembre del año 2000, ya que el HFA fue sustituido por los DHBs. PHARMAC es la principal agencia para el gasto farmacéutico. El NHC tiene un papel clave en las decisiones de financiación.

Los esfuerzos para mejorar la calidad de la información empleada van en detrimento de su utilidad, al exceder la capacidad de ciertos decisores para acceder y utilizar dicha evidencia. Sin embargo, se requiere una formación en el largo plazo para que este cambio cultural se produzca.

Las decisiones del sector público cumplen las cuatro condiciones del *accountability for reasonableness* planteadas por Daniels y Sabin. El proceso es público y sólo emplea evidencia de calidad contrastada. Por otra parte, todavía debe mejorar el proceso llevado a cabo por el sector privado. Las compañías aseguradoras se rigen por principios distintos a los del sector público y confían más en el juicio de la profesión médica. Sería deseable que ambos sectores basaran sus decisiones en la misma información acerca de la eficacia y coste-efectividad de las tecnologías, incluso dándole distintas ponderaciones a cada objetivo antes de la toma de decisiones finales. Esta cooperación permitiría que las compañías aseguradoras entendieran mejor por qué el sector público decide no financiar ciertas tecnologías, lo que les sería útil en su labor.

4.9.3. Canadá

Resulta muy complicado describir el procedimiento para el establecimiento de prioridades en Canadá por tres motivos:

- a. la variedad de contextos en el sistema sanitario canadiense;
- b. el amplio rango de métodos, procedimientos y técnicas empleado; y,
- c. existe poca documentación acerca de las acciones emprendidas en cada contexto.

El establecimiento de prioridades tiene lugar en distintas instituciones según variados procedimientos, como la evaluación de tecnologías, el análisis coste-utilidad, los comités institucionales y la gestión de listas de espera. Un ejemplo es el *Western Canada Waiting List Project (2001)*, que estableció una lista con puntuaciones según la urgencia.

Una innovación del sistema canadiense es la *regionalization by disease*, que ha dado lugar a organizaciones provinciales que tratan ciertas enfermedades. La responsabilidad del proceso de establecimiento de prioridades queda repartida por todos los niveles del sistema sanitario canadiense, si bien no existe una organización nacional que coordine todos los esfuerzos y tenga autoridad para establecer prioridades (Ham *et al*, 2003).

Esta característica tiene ventajas e inconvenientes. La descentralización puede ayudar a los políticos a evitar responsabilidades por medidas impopulares. Pero también puede ocasionar que la toma de decisiones tan complejas recaiga en instituciones o personas no preparadas para esta tarea. Por otra parte, permite que se tomen decisiones acordes con los objetivos de cada institución y se satisfagan las necesidades de los pacientes bajo su tutela. También permite una mayor implicación de los pacientes y la población, que conocen mejor que nadie el impacto de las decisiones de priorización.

Parece existir gran énfasis en la información acerca de la efectividad (ensayos controlados aleatorios), el coste, y el análisis coste-utilidad. La equidad, la salud pública frente a la individual, y la regla del rescate son algunos de los valores considerados en el establecimiento de prioridades, si bien no parecen alcanzar la misma relevancia. Como se explicó anteriormente, estos principios pueden ser introducidos en el ejercicio de evaluación económica, pero tal vez sería preferible incorporarlos directamente en un enfoque sintético, basado en experiencias anteriores y principios necesarios. De hecho, el análisis coste-utilidad no suele estar disponible para la toma de muchas decisiones acerca de tecnologías sanitarias.

Dado que no existe un único proceso para el establecimiento de prioridades en Canadá, y no se exige uniformidad en la información empleada, no resulta sorprendente que no exista un estándar de calidad para la evidencia como el empleado en otros países.

Un objetivo esencial para cada agente en la toma de decisiones de priorización es lograr legitimidad y justicia. La primera requiere una institución con un mandato legal de establecer prioridades y seguir un proceso justo. Por ello, la legitimidad y la justicia son distintos conceptos a la vez que aspectos relacionados.

A pesar de que los procesos empleados guardan cierta similitud con las condiciones de *accountability for reasonableness*, no se cumplen todos los requisitos enunciados por Daniels y Sabin.

Concluimos que Canadá se beneficiaría de un mayor énfasis en el desarrollo de organizaciones relacionadas con el establecimiento de prioridades, aprendiendo del proceso llevado a cabo en cada contexto y creando una plataforma que comparta las distintas experiencias. Tam-

bién sería necesario adoptar los criterios de *accountability for reasonableness* como marco ético en el cual deben evaluarse todas las experiencias empíricas.

4.9.4. Reino Unido

El *National Health System (NHS)* implantado en el Reino Unido es un sistema de salud nacional financiado públicamente, gratuito en el momento en que se prestan los servicios, y basado en dos objetivos fundamentales desde su creación en 1948: la cobertura universal y la equidad del acceso según la necesidad.

El establecimiento de prioridades a nivel local (médicos y responsables sanitarios locales) tiene la ventaja de permitir que las decisiones se tomen a partir de las restricciones presupuestarias locales y reflejando las preferencias de dicha población. Pero también ocasiona distintos niveles de provisión de servicios y se ve perjudicado por la falta de experiencia local en la evaluación de tecnologías.

A nivel nacional, el *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*, de reciente creación, tiene tres funciones (Ham *et al*, 2003):

- a. evaluar tanto las nuevas tecnologías sanitarias como las existentes;
- b. desarrollar y difundir guías de recomendaciones para la práctica clínica; y,
- c. emprender auditorías e investigaciones internas.

Cada una de las evaluaciones tecnológicas del NICE y las consiguientes recomendaciones al NHS se basan en tres tipos de documentación:

- a. un informe de evaluación que comprenda una revisión sistemática de toda la evidencia disponible y un análisis económico del propio NICE o encargado a una agencia independiente;
- b. comunicaciones de los productores y patrocinadores; y,
- c. información facilitada por profesionales, grupos de expertos, grupos de pacientes y asociaciones.

Las recomendaciones del NICE acerca de cada tecnología pueden tener distintas características:

- a. si los efectos clínicos y el ratio coste-utilidad son fiables, el NICE puede recomendar el uso rutinario en todos los pacientes para los que la tecnología resulte adecuada;
- b. si los efectos de la tecnología sólo han sido probados en ciertos grupos de pacientes, el NICE puede recomendar su uso restringido a los mismos. También puede aconsejar que se investigue durante un periodo dicha tecnología para confirmar los resultados en mayores grupos de pacientes;
- c. en ciertas situaciones, el NICE puede restringir el uso de la tecnología a ensayos clínicos apropiadamente diseñados. Esto puede suceder en casos en los que la información clínica o la obtenida a partir de la evaluación económica necesita ser confirmada; o,
- d. si la evidencia disponible acerca de la tecnología no es la adecuada o es defectuosa, puede recomendar que el NHS no las adopte.

Las condiciones del *accountability for reasonableness* no se cumplen en el proceso de establecimiento de prioridades a nivel local en el NHS británico. Sin embargo, el NICE puede considerarse como un paso intermedio entre un modelo *antiguo* basado en la provisión de información acerca de nuevas tecnologías, y otro *nuevo* que busca alcanzar un mecanismo for-

mal para la toma de decisiones centralizada o la emisión de recomendaciones. Los decisores no tienen que elegir entre más información y mejores instituciones, ya que el trabajo de éstas puede ser potenciado tanto por la existencia de evidencia de mayor calidad como por otros mecanismos.

El instituto NICE sí que parece cumplir las cuatro condiciones del *accountability for reasonableness*. Sin embargo, se requiere un debate público acerca del estado del NHS y su capacidad para satisfacer las necesidades actuales y futuras de la población.

Una de las preguntas que rodean al sistema sanitario británico, y que es un factor clave para el éxito del NICE, es si será capaz de difundir de modo efectivo toda la información a aquellos encargados del racionamiento en el día a día: la profesión médica.

4.9.5. Noruega

La Comisión Lonning (*The Lonning I Commission*) dio lugar a la primera guía nacional para el establecimiento de prioridades sanitarias (*Norges Offentlige Utregninger 1987*), que consideraba cinco principios: gravedad de la enfermedad, igual acceso al tratamiento, tiempo de espera, coste, y la responsabilidad del paciente sobre su estado de salud. Recomendaba que **la gravedad de la enfermedad** debería ser el criterio principal en el establecimiento de prioridades, a la vez que identificaba cinco niveles de prioridad. Este informe sugería que en los dos primeros niveles de prioridad no debería existir financiación pública antes de que se alcanzara un nivel satisfactorio de provisión en los tres grupos restantes (Ham *et al*, 2003).

Otro avance supuso la garantía de un plazo máximo de tiempo de espera de seis meses (reducido a la mitad en 1997), basado en la definición del segundo grupo de prioridad: condiciones que sin ser graves tendrían consecuencias catastróficas si se retrasara su prestación.

Asimismo, se elaboraron guías que proporcionaban criterios explícitos para la elección de pacientes idóneos para los trasplantes de órganos, especialmente en el caso de médula ósea. Éstas se basaban en un análisis coste-utilidad utilitarista que reconocía la imposibilidad de atender todas las necesidades.

La posterior *Lonning II Commission* aconsejó que las modificaciones en el sistema de establecimiento de prioridades tuvieran lugar a partir de las recomendaciones de grupos de trabajo, cada uno de los cuales se ocuparía de una especialidad médica (en la literatura anglosajona, este enfoque se denomina *from the bottom up*). También aconseja un mayor énfasis en el análisis coste-utilidad y la calidad de la evidencia, frente a la importancia de la gravedad de la enfermedad en la *Lonning I Commission*.

Dado que la regulación sanitaria en Noruega está centralizada, pero la financiación se descentralizó, resulta difícil identificar en qué instituciones tienen lugar dichas decisiones. Posiblemente, las más importantes sean las relativas a la legislación, mientras que los decisores a nivel regional y local son los responsables de la financiación y provisión de los servicios sanitarios en los hospitales.

La información extraída a partir de ensayos clínicos aleatorios, revisiones sistemáticas y meta análisis se considera de la máxima calidad. Las conclusiones de análisis coste-utilidad suelen citarse, pero sólo como información adicional en aquellos casos en que la evidencia no resulta definitiva. Los resultados exigidos a una tecnología sanitaria para que sea financiada públicamente se basan en las siguientes reglas:

- I. Tratamiento curativo: 5-10% mejora en la supervivencia a largo plazo (suele ser medida como extensión de la esperanza de vida en 5 años).
- II. Tratamiento para la prolongación de la vida: la supervivencia media debe mejorarse al menos en un 20% o en un mínimo de 3 meses.
- III. Tratamiento para la prevención de síntomas relativos al cáncer: no se definió un estándar mínimo, ya que no existía un consenso en los principales aspectos clínicos.
- IV. Tratamiento para el alivio de síntomas: más de un 20% de los pacientes deben haber experimentado mejoras en síntomas subjetivos como dolor, náuseas o dificultades al respirar.

La experiencia noruega muestra la resistencia política y administrativa a introducir procedimientos e instituciones con el encargo de la toma explícita de decisiones acerca de la cobertura de las prestaciones. La evaluación de tecnologías tiene un papel secundario (Ham *et al*, 2003).

La búsqueda de información acerca de los resultados, riesgos y costes tendrá un escaso efecto político si no se hace con un objetivo determinado. Si se llevara a cabo una búsqueda sistemática por grupos de pacientes, con el propósito de identificar a los pacientes que se pudieran beneficiar en mayor medida de las intervenciones, así como excluir aquellos para los que los costes serían demasiado altos y los beneficios esperados escasos, el impacto sobre la asignación de recursos sería significativo. En este sentido, el enfoque de Nueva Zelanda, Holanda y el Reino Unido al trabajar con guías clínicas parece prometedor.

En el establecimiento de prioridades, los gobiernos e instituciones deben ir más allá de la medicina basada en la evidencia y el análisis coste-utilidad. La confianza en las soluciones técnicas basadas en argumentos científicos será poco adecuada si no se sitúa en el contexto de los procesos políticos y las instituciones encargadas de la toma de decisiones acerca de la cobertura de las prestaciones. El reto es clarificar el papel de tales instituciones, de modo que la información relevante y la evidencia científica puedan ser enfrentadas a argumentaciones políticas y económicas.

4.9.6. Holanda

Un rasgo distintivo de la política sanitaria holandesa es la debilidad del gobierno en la práctica. Un concepto esencial es el de *autogobierno* (*self governance*), es decir, el principio por el que lo que puede ser dirigido desde el sector privado no debería ser manipulado por el gobierno.

Los tres principales agentes en el sistema sanitario holandés (gobierno, proveedores y aseguradoras) son interdependientes y se necesitan para lograr sus respectivos objetivos. Esta interdependencia es la base del principal rasgo de la política sanitaria en Holanda: la participación de las asociaciones nacionales de hospitales, médicos y compañías aseguradoras en la política pública. Un proceso más reciente es la contribución de hospitales, organizaciones de asistencia y otros agentes sociales a la producción de bienes públicos como la atención sanitaria (Ham *et al*, 2003).

La evaluación de tecnologías sanitarias (*Medical Technology Assessment, MTA*) fue introducida a principios de la década de los ochenta como respuesta a la aparición de las tecnologías de elevado coste. Se creó un fondo para la investigación médica, encargado de los ejercicios de análisis coste-utilidad. Sin embargo, no existen numerosos ejemplos de decisiones políticas tomadas a partir de estudios de evaluación de tecnologías sanitarias.

En 1982, la publicación del *Dunning Report* supone un hito en el establecimiento de prioridades en Europa. Este informe se basa en los siguientes principios:

- a. resulta más justo asegurar los cuidados sanitarios necesarios para toda la población que permitir que sólo una minoría tenga acceso a todos los tratamientos médicos disponibles
- b. una elección explícita y pública es siempre mejor que el racionamiento implícito; y,
- c. los valores sociales deben combinarse con la opinión de profesionales y expertos acerca de qué tratamientos son necesarios.

El informe Dunning establece los siguientes criterios para la elección de tratamientos:

- a. ¿Es un servicio necesario (desde un punto de vista comunitario)?
- b. ¿Se ha demostrado que es efectivo?
- c. ¿Se ha demostrado que es eficiente?
- d. ¿Puede considerarse su financiación una responsabilidad de cada individuo?

A pesar del avance que supone este texto en el proceso de establecimiento de prioridades, fue objeto de diversas críticas, como (Ham *et al*, 2003):

- a. la dificultad de elegir las prestaciones necesarias que serán parte de un paquete básico,
- b. los tratamientos que pueden dejarse a la responsabilidad individual varían según el caso y no pueden determinarse de modo único,
- c. el informe muestra un enfoque utilitarista, que subordina lo individual a lo social,
- d. sólo unos pocos tratamientos son completamente ineficientes o ineficaces.

Por otra parte, la bifurcación de la sanidad holandesa en un sistema privado (rápido y caro) y otro público (lento y con pobres resultados) era una amenaza para la equidad y solidaridad. En 1988 se alcanzó un acuerdo para que los hospitales recibieran financiación para aliviar los principales problemas de saturación, con la condición de que emitieran una propuesta y tomaran medidas estructurales para reducir las listas de espera. En consecuencia, el problema de las listas de espera se dejó a la creatividad y tenacidad de cada proveedor de servicios sanitarios.

En lugar de tratar de establecer prioridades desde la macrogestión, el énfasis de la política pasó a los niveles *meso* y *micro*, en los que se incentivó el uso apropiado de los recursos escasos. El mayor obstáculo en la búsqueda de la efectividad era la falta de conocimiento de los métodos de análisis coste-efectividad y coste-utilidad. Por ello, se recomendó la creación de guías basadas en los resultados de estos métodos.

El último cambio de enfoque de la política sanitaria holandesa ha prestado mayor atención a las guías clínicas y la medicina basada en la evidencia. No ha desaparecido el problema de la escasez de recursos, ya que el gobierno ha mantenido una capacidad de producción muy limitada y las listas de espera como principal modo de racionamiento. Los análisis de evaluación de tecnologías sanitarias se llevan a cabo para orientar la política nacional, si bien la lista de prestaciones excluidas es mínima.

Otro problema es la poca coordinación entre las diferentes guías y entre las agencias que establecen prioridades y las que financian la investigación en evaluación de tecnologías. Mientras que los aspectos relacionados con los costes apenas son incorporados en dichas guías, otras consideraciones normativas (justicia, solidaridad, perspectiva del paciente) son aún menos tenidas en cuenta.

La citada interdependencia entre gobierno, organizaciones privadas, profesionales independientes y compañías aseguradoras hace que la confianza, el consenso y la cooperación sean

herramientas imprescindibles en la política sanitaria holandesa. Por ello, el establecimiento de prioridades en la práctica es un asunto de agentes públicos, privados y profesionales, que tienen que actuar en un entramado de responsabilidades y capacidad de decisión.

Un modo de lograr una reducción en costes y un mayor nivel de calidad sería prestar mayor atención a los esfuerzos locales, para lograr una evidencia no basada en datos agregados. Sin embargo, en ausencia de decisiones a escala nacional, la equidad está en peligro. La actual política de delegar las decisiones en ciertos profesionales puede ser peor que el problema que se trata de resolver.

4.9.7. Israel

Los intentos para contener los costes de los servicios sanitarios en Israel llevaron a diseñar un proceso explícito de establecimiento de prioridades, que acabó llevándose a cabo de un modo implícito. La Ley Nacional de Seguridad Sanitaria de 1995 especificaba una cesta exhaustiva de servicios que todas las compañías aseguradoras deberían proveer. A pesar de las numerosas reclamaciones, no se fueron incluyendo más prestaciones a esta cesta ya que se habían generado déficits considerables. Los posteriores intentos de restringir la prestación de ciertos servicios provocaron un gran debate público y político, que el gobierno intentó aplacar con una dotación económica que permitiera añadir quince fármacos a la cesta mencionada. Finalmente, las compañías aseguradoras recibieron habilitación para cobrar copagos y comenzaron a limitar la disponibilidad de ciertos servicios (Chinitz *et al*, 1998).

De este modo, vemos como un proceso explícito de establecimiento de prioridades supone el estancamiento de las prestaciones, en parte por las sucesivas legislaciones. Las compañías aseguradoras se ajustaron a la cesta básica de prestaciones indicada por la ley, y sólo la ampliaron por motivos competitivos. Mientras que la discusión sobre las prestaciones a incluir era explícita, el sistema se autoimpuso límites implícitos.

La experiencia israelí sugiere que los enfoques explícito e implícito para el racionamiento y el establecimiento de prioridades sanitarias no son alternativas excluyentes, sino perspectivas complementarias.

4.9.8. Suecia

La estructura del actual sistema sanitario sueco se basa en los valores sociales del país tras la segunda guerra mundial. Un factor fundamental es que la provisión de la atención sanitaria tradicionalmente se ha considerado un aspecto esencial del Estado del Bienestar. Por ello, la sanidad sueca enfatiza la necesidad de equidad. Además, se pretende no sólo que los suecos tengan igual acceso a los servicios sanitarios sino que éstos sean de la mayor calidad (Hjortsberg *et al*, 2001).

Otro rasgo del sistema sanitario sueco es que se sustenta con financiación pública, principalmente a través de la recaudación fiscal. Su provisión también es pública, mediante hospitales y centros de salud cuya propiedad y gestión recaen sobre los condados, que son responsables de la provisión de los servicios sanitarios desde la atención primaria hasta la hospitalaria, así como de la salud pública y prevención. Los condados son regiones independientes con órganos políticos propios, y que desde la *Health Care Act* de 1982 tienen la obligación legal de planificar la gestión de los servicios sanitarios. Este deber, junto con la progresiva transferencia

de responsabilidades sanitarias desde el gobierno central a los condados, hace que este sistema sanitario disfrute un elevado grado de descentralización. Este traspaso de competencias ha continuado desde los condados a los municipios, con el resultado de que éstos últimos están dotados de un poder discrecional para la gestión de la sanidad. Otra peculiaridad es la gestión regional de la atención especializada para evitar una duplicación de los recursos con mayor repercusión en el gasto.

Los 21 condados suecos se agrupan en seis regiones sanitarias (Estocolmo, Sureste, Sur, Oeste, Uppsala-Örebro y Norte), establecidas para facilitar la cooperación en la atención hospitalaria en los condados. Cada región tiene una población media de un millón de habitantes, y cuenta con distintas oficinas para los aspectos relacionados con la financiación y la provisión de atención especializada.

Los condados suelen estar divididos en áreas sanitarias (*health care districts*), cada uno de las cuales tiene un órgano de dirección propio. Generalmente, existe un hospital y varios centros de atención primaria en cada área, que a su vez se dividen en áreas de atención primaria (*primary health care districts*). Esta división suele corresponderse con la de los municipios, si bien las mayores ciudades se reparten en más de un área sanitaria. En el año 2000, Suecia contaba con 370 áreas de atención primaria.

En las décadas de los setenta, los ochenta y los noventa, el sistema sanitario sueco ha sido reformado en varias ocasiones. Tanto problemas específicos como ciertos aspectos considerados de relevancia política en el momento de cada reforma determinaron los rasgos y objetivos de cada una. Una visión agregada de las tres décadas muestra que la equidad y la calidad fueron los dos criterios que guiaron las reformas en los setenta y a principios de los ochenta; las políticas de contención de costes fueron el factor más destacable a finales de los ochenta; el énfasis pasó a la eficiencia a comienzos de los noventa y, desde entonces, las miradas están centradas en el establecimiento de prioridades y el gasto farmacéutico. Las reformas se emprendieron a nivel nacional y regional, por lo que a menudo distintos procesos de reforma tenían lugar en el mismo periodo.

Centrándonos en el establecimiento de prioridades en la sanidad sueca, es obligado referirse a la *Priorities Commission*. Éste órgano fue nombrado por el gobierno central con el encargo de determinar las responsabilidades de los servicios sanitarios en el marco del Estado de Bienestar, especificar los principios éticos que deben guiar el debate público, y recomendar pautas para el establecimiento de prioridades en sanidad. La comisión reunió a representantes de los principales cinco partidos políticos, así como de los gobiernos central y locales. Su trabajo se desarrolló de dos etapas. En la primera, entre junio de 1992 y noviembre de 1993, se obtuvo información a partir de cuestionarios y consultas a expertos. También se analizaron las distintas experiencias internacionales en el establecimiento de prioridades. La segunda fase comenzó con la publicación de un documento de trabajo (Ministry of Health and Social Affairs, 1993), cuya discusión originó una serie de reuniones a nivel regional, encuestas y comunicaciones de los distintos agentes implicados.

Se emplearon cuatro encuestas para recoger la opinión de cada grupo de interés. Éstas comenzaron con una encuesta aleatoria a nivel nacional sobre una muestra de 1.500 personas entre 18 y 64 años, que obtuvo una tasa de respuesta del 78%. En ella se preguntaba acerca del valor relativo que cada encuestado otorgaba a las distintas formas de atención a cada

grupo de edad. Se diseñó un segundo cuestionario para recoger la opinión de los profesionales del sector sanitario, y fue enviado a 300 médicos y enfermeros. Una tercera encuesta se ocupó de los valores éticos y los conceptos de justicia en un muestra de 168 políticos, 144 gestores y 259 médicos. Por último, un estudio acerca del impacto de los cambios en la gestión de los servicios sanitarios fue remitido a 671 médicos y enfermeros de Estocolmo. Toda la información y opiniones recogidas se emplearon en la redacción del informe final (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995).

Dicho documento describe las distintas experiencias nacionales en el establecimiento de prioridades (Oregón, Noruega, Nueva Zelanda y Holanda). La comisión consideró que debían mejorarse numerosos aspectos de estos procesos, como su insuficiente análisis de los valores éticos o la tendencia a emplear como pretexto los problemas metodológicos en la medición de la efectividad. La especificación de un marco ético es crucial ya que existen muy diversos contextos de valores en los que es posible establecer prioridades. De este modo, se citaron las nociones de *merecimiento*, en las que se realizan juicios de valor acerca de qué merece cada persona según su contribución a la sociedad o si se les puede considerar responsables de su estado de salud; utilitarismo, es decir, la búsqueda del mayor bienestar para el mayor número de individuos; y necesidad, cuyas distintas definiciones hacen que la decisión acerca de la provisión del tratamiento dependa de la capacidad de beneficio del individuo.

A partir de las citadas encuestas, la comisión estableció tres principios éticos como pilares de su posterior labor. Éstos eran, en orden de importancia: dignidad humana, necesidad y solidaridad, y coste-efectividad. El principio de dignidad humana indica que todos los individuos tienen igual dignidad y derechos sin importar sus características personales y su papel en la comunidad, lo que implica rechazar cualquier teoría basada en el concepto de merecimiento. El principio de necesidad y solidaridad recoge tanto la importancia de asignar los recursos a aquellos individuos con mayores necesidades como el deber de prestar atención a aquellos menos capaces de ejercer sus derechos. El principio de coste-efectividad exige una relación razonable entre los costes y los efectos sobre la salud de cada tratamiento. Además, afirma que las comparaciones entre tratamientos sólo son factibles para una misma enfermedad, lo que supone rechazar los enfoques utilitaristas basados en la medición de años de vida ajustados por calidad. También se descartaron otros criterios, como capacidad de beneficio, lotería, demanda y autonomía.

Dichos principios permiten que el informe final de la comisión identifique grupos de pacientes y la prioridad que debe recibir cada uno. Esta ordenación se basa en la gravedad de la condición de cada paciente. Aunque parecía existir un amplio consenso en la población acerca de que, a igualdad de condiciones, los recursos deberían asignarse al tratamiento de aquellos pacientes más jóvenes, la comisión rechazó cualquier criterio de prioridad a partir de la edad del paciente, si bien reconoció las importantes consecuencias del envejecimiento de la población en el proceso de establecimiento de prioridades. También se descartaron otras formas de priorización, como las propuestas relativas a los problemas de peso en los nacimientos prematuros, la posibilidad de que los daños hubieran sido provocados por los hábitos del propio paciente, la capacidad económica o la posición social. Asimismo, la comisión defendió que las restricciones en el gasto no deberían afectar a los pacientes que requieren cuidados por períodos prolongados.

Todas estas decisiones implican la necesidad de una valoración médica de las características de la enfermedad o lesión del paciente. Para facilitar esta labor, se generó una clasificación que incluye nueve categorías de atención sanitaria, así como las medidas destinadas a la prevención. (Tabla X):

Tabla X. Categorías de atención sanitaria.

- (1) Atención de aquellas enfermedades que hacen peligrar la vida del paciente
- (2) Atención de enfermedades crónicas graves
- (3) Cuidados paliativos de carácter terminal
- (4) Atención de personas con autonomía reducida
- (5) Rehabilitación
- (6) Atención de enfermedades crónicas y agudas
- (7) Situaciones en las que es cuestionable la existencia de una enfermedad
- (8) Atención por motivos distintos a enfermedad o lesión
- (9) Atención sin beneficios demostrados
- (10) Prevención

Fuente: McKee et al (1996)

Los miembros de la comisión también reconocieron que las prioridades de aquellos responsables de la planificación y la contratación de servicios sanitarios podría diferir de las de aquellos encargados de su provisión. Por ello, se distinguió entre *priorización política o administrativa* y *priorización clínica*. Mientras que la primera está orientada a la población, es anónima y se suele planificar con antelación, la segunda tiene un carácter más personal y se adapta a las circunstancias cambiantes. Esta distinción llevó a la comisión a establecer dos clasificaciones de prioridades (Tablas XI y XII). En la práctica, los dos conjuntos suelen coincidir, si bien las enfermedades que hacen peligrar la vida del paciente han sido separadas de las enfermedades crónicas en la ordenación de las prioridades clínicas, ya que requieren una mayor rapidez en la respuesta que las restantes categorías.

Asimismo, se identificó una serie de condiciones donde la financiación del tratamiento generaba debate entre ciertos grupos de interés, como son los casos de los tratamientos de infertilidad (que fueron considerados justificados por una mayoría de los participantes), los hormo-

Tabla XI. Prioridades políticas o administrativas en la sanidad sueca.

- (1) Tratamiento de aquellas enfermedades que hacen peligrar la vida del paciente, así como de aquellas que en caso de no ser tratados provocarían incapacidad permanente o muerte prematura. Tratamiento de enfermedades crónicas graves. Cuidados paliativos de carácter terminal. Atención de personas con autonomía reducida.
- (2) Prevención con beneficios demostrados. Rehabilitación (según los términos de la Health and Medical Services Act).
- (3) Tratamiento de enfermedades crónicas y agudas.
- (4) Situaciones en las que es cuestionable la existencia de una enfermedad.
- (5) Atención por motivos distintos a enfermedad o lesión.

Fuente: McKee et al (1996)

Tabla XII. Prioridades clínicas en la sanidad sueca.

- (1A) Tratamiento de aquellas enfermedades que hacen peligrar la vida del paciente. Tratamiento de enfermedad que en caso de no ser tratados provocarían incapacidad permanente o muerte prematura.
- (1B) Tratamiento de enfermedades crónicas graves. Cuidados paliativos de carácter Terminal. Atención de personas con autonomía reducida.
- (2) Prevención individualizada en los servicios médicos. Rehabilitación (según los términos de la Health and Medical Services Act).
- (3) Tratamiento de enfermedades crónicas y agudas.
- (4) Situaciones en las que es cuestionable la existencia de una enfermedad.
- (5) Atención por motivos distintos a enfermedad o lesión.

Fuente: McKee et al (1996)

nales relacionados con la estatura del paciente (cuando no existía una causa identificada), o la psicoterapia en aquellos pacientes en los que es dudosa la existencia de un trastorno mental. En estos dos últimos ejemplos, la comisión apenas encontró motivos para su financiación. Por último, se recomendó que la atención por motivos distintos a enfermedad o lesión no debería ser financiada públicamente.

Acerca de la implementación, la comisión evitó la prescripción de enfoques específicos como guías o incentivos monetarios. Esto se debe a la consideración del contexto sanitario en el que las recomendaciones serán aplicadas, lo que incluye problemas de propiedad y el papel de los mercados. En su lugar, se indica que el éxito de la puesta en práctica de estas conclusiones dependerá de un buen número de habilidades, como la capacidad de análisis, la determinación, la calidad de la labor administrativa, el conocimiento, el liderazgo y el interés entre los profesionales. Ya se señala en el título del documento inicial que no existen *soluciones fáciles*. De este modo, la comisión apoyó la creación de comités asesores del proceso de priorización (*priorities committees*), que contarían tanto con profesionales del sector como con representantes de la población. Estos comités no tendrían la responsabilidad de tomar decisiones acerca de pacientes individuales, sino que tendrían que aprovechar su discusión para proponer pautas para la implementación de las medidas de priorización. La Comisión considera que son las autoridades médicas las que deben decidir si se formarán dichos comités y, en caso afirmativo, su estructura y organización.

También se consideró la posibilidad de una serie de cambios legislativos que tradujeran este marco ético en leyes. Éstos se produjeron en 1997, cuando se modificó el texto de la *Health Care Act* de 1982 con párrafos adicionales relativos a la priorización. Este texto establece un orden de prioridad para los pacientes en función de su problema de salud y su necesidad, además de definir los tres principios éticos mencionados que deben guiar cualquier elección.

Al compararla con otras experiencias nacionales, la *Priorities Commission* sueca es única en varios aspectos (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995):

- a. Su carácter parlamentario.
- b. Sus recomendaciones se basan en un examen minucioso y exhaustivo de todas las opiniones y puntos de vista de los distintos agentes del sector sanitario, incluida la población.
- c. Esta comisión distingue entre priorización al asignar recursos desde el nivel político y administrativo, y priorización a nivel clínico.

- c. Ambos tipos de priorización se basan en unos principios éticos claramente definidos.
- e. El cuidado de los ancianos, los enfermos crónicos y los terminales recibe la misma prioridad que las medidas dirigidas a salvar una vida.
- f. La comisión enfatiza la dependencia de las prioridades con respecto a la investigación clínica.
- g. Se proponen cambios legislativos para una mejor implementación del ejercicio de priorización.

4.9.9. Propuesta para Estados Unidos

El imparable crecimiento de los costes sanitarios y de la población sin cobertura médica hacen que muchos analistas teman una crisis en el sistema sanitario estadounidense. Ciertos políticos reclaman pequeñas reformas que aumentarían las prestaciones para algunos grupos, lo que incrementaría los costes y provocaría menor cobertura para otros. Mientras que el partido demócrata siempre ha defendido la idea de universalidad, el republicano parece favorecer un sistema de cheques y la desaparición de los programas *Medicare* y *Medicaid*. Las compañías desearían no tener que seguir pagando el seguro médico de sus empleados, mientras que la población quiere una cobertura sanitaria garantizada con posibilidades de elección.

Emmanuel y Fuchs (2003) proponen un esquema simple, eficiente y atractivo: un sistema de cobertura universal mediante cheques. Consideran que cualquier país con responsabilidad moral debería proporcionar cobertura sanitaria a toda su población. De este modo, cada familia o individuo recibiría un cheque para adquirir un paquete de servicios básicos, que incluiría consultas, hospitalización, gastos farmacéuticos, ciertos tratamientos de salud mental y dental, y cobertura en caso de enfermedad grave. Aquellos que desearan mayores prestaciones, como una mayor variedad de especialistas, podrían pagar una prima adicional.

Así, se continuaría con un sistema descentralizado pero ya no se basaría en la condición laboral del individuo. Dado que las empresas dejarían de pagar los seguros médicos, podrían competir por atraer nuevos trabajadores mediante incrementos de los salarios o mejores condiciones laborales. Por otra parte, este sistema permitiría que el gobierno estadounidense eliminara los programas *Medicaid* y *Medicare*. La existencia de múltiples sistemas sanitarios supone un despilfarro de recursos.

Un inconveniente de esta propuesta es que las compañías aseguradoras tendrían incentivos para evitar a los individuos con peor salud. Este problema podría resolverse si se les exigiera a todas que ofrecieran un paquete básico de prestaciones con cobertura en caso de catástrofe. Éstas recibirían una cantidad fija y otra en función de los servicios realmente prestados, lo que también reduciría el incentivo a evitar a los pacientes más necesitados. Por último, un impuesto que financiara este sistema podría limitar los aumentos de los costes (para un análisis de esta fórmula, ver Rodríguez 2001).

Acerca de los distintos problemas del sistema sanitario estadounidense (burocracia, cuarenta millones de ciudadanos sin cobertura sanitaria, estudios que muestran que sólo una quinta parte de la población está satisfecha con la atención sanitaria que recibe, restricciones a la libertad clínica,...), resulta muy esclarecedor el análisis de Cutler (2004). Este autor defiende que si bien la atención sanitaria ha mejorado de modo exponencial en los últimos cincuenta años, el sistema sanitario estadounidense se encuentra en crisis, y la solución óptima pasa por aprovechar

los aciertos del pasado e implantar medidas que permitan continuar con dicho progreso y alcanzar un sistema sanitario universal y mucho más flexible que el actual.

Cutler muestra que el nivel de gasto actual no sólo no es excesivo, sino que merece la pena y debería incrementarse para obtener un mayor beneficio social. Existen millones de pacientes con enfermedades fácilmente curables, desde hipertensión a depresión o diabetes, que están recibiendo un nivel de atención inadecuado (tanto por exceso como por defecto), debido a ineficiencias en el sistema retributivo, que originan situaciones de mala salud y muerte prematura. De este modo, la clave para la mejora del sistema sanitario es un cambio en la organización del mismo. La sanidad pública debería proporcionar cobertura a toda la población y financiarse con fondos públicos y privados. Además, su sistema retributivo debería basarse en mediciones de la calidad y efectividad de los servicios prestados.

4.10. ESPAÑA

4.10.1. Análisis de situación

La Constitución Española reconoce el **derecho a la protección de la salud**. Desde un punto de vista legal, se trata de un derecho de prestación, de contenido más amplio que el propio de la asistencia sanitaria. Se trata de un derecho social o de tercera generación.

Las leyes no han agotado en absoluto la concreción de este derecho de configuración legal, por lo que se ha acudido a normas reglamentarias. Resulta imprescindible que las normas que delimiten el derecho sean lo más concretas posibles, de manera que a partir de las mismas pueda deducirse de forma clara a qué prestaciones pueden acceder los ciudadanos, cuáles son las condiciones de dicho acceso y los derechos y deberes intrínsecos o complementarios para su ejercicio.

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.

La protección de derecho y la equidad del sistema no serán efectivas si no se garantiza 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

4.10.1.1. Informe Abril sobre el Sistema Nacional de Salud

Este informe de 1991 presenta una sucinta descripción del sistema que resulta muy útil más de una década después. Muchos de los aspectos que describe siguen siendo una realidad en el Sistema Nacional de Salud. En dicho texto se indica que el contenido y extensión básicos de las

prestaciones existenciales eran comunes para todo el sistema sanitario público español. No existía una definición de las normas de acceso al sistema ni una lista de los servicios y prestaciones cubiertos y excluidos, ni tampoco el concepto de prestación complementaria. De este modo, el sistema se encontraba completamente abierto a las nuevas prestaciones que el avance técnico y científico genera, e incluso podría decirse que estaba sometido a una *interpretación expansiva* decidida, en último término, por sentencias judiciales. La ausencia de una definición explícita de las prestaciones y de las normas de acceso al sistema sanitario público dan lugar a un racionamiento incontrolado, ineficiente y desigual.

En cuanto a los factores impulsores del gasto sanitario, el *Informe Abril* señala cuatro factores básicos que determinan su evolución en el medio plazo:

- a. Envejecimiento: de la población mayor de 65 años, se estima que el 45% ocasiona grandes gastos sanitarios, y el 5%, gastos extraordinarios, todavía superiores. Además, en este segmento de la población, los costes asistenciales durante el último año de vida son de tres a ocho veces mayores a los de uno de los años anteriores.

El creciente envejecimiento de la población tiene un doble efecto económico desfavorable para el sistema sanitario: i) el porcentaje cada vez más elevado de personas mayores significa ingresos más reducidos por el descenso de la recaudación fiscal o las cotizaciones; ii) aumenta el gasto sanitario *per cápita*, ya que se incrementa el número de personas con mayores necesidades de asistencia.

El informe también resalta el desplazamiento de la tradicional barrera de los 65 años, atribuible a la prolongación en la expectativa de vida y una mejor calidad en la atención sanitaria. Puede afirmarse que en los años noventa *el envejecimiento ya se estaba retrasando*, es decir, la mayor frecuencia e intensidad del consumo médico empezaban a producirse a una edad más tardía. Así, surge la denominada *cuarta edad*, tal vez a partir de los 75 años, que necesita normas excepcionales. La Comisión encargada de la elaboración del informe señala que sería preciso que las bases de información del sistema sanitario prestasen atención especial a estas personas mayores de 75 años.

- b. Innovación tecnológica: la introducción de una nueva tecnología médica no siempre era formal y rigurosamente evaluada en sus aspectos relevantes de seguridad, efectividad, eficiencia, aceptación por los pacientes y profesionales e incluso los efectos sobre la equidad.

Tampoco se valoraban de modo suficiente los costes de formación del personal que debe servir a la nueva tecnología ni los de mantenimiento; y en el uso de las tecnologías caras prevalecían los horarios de trabajo del centro sobre las necesidades asistenciales.

Por otra parte, en la gran mayoría de los casos, la nueva tecnología no sustituía a las antiguas, lo que daba lugar a una extensión de los servicios y los costes del sistema y frecuentemente ocasionaba desigualdades. Esta conclusión era aplicable no sólo a las tecnologías caras, sino también a las de bajo coste unitario, pero de utilización frecuente, así como a determinadas innovaciones en las prácticas y procedimientos médicos que no involucraban tecnología pesada.

Citamos ahora los motivos a los que el Informe Abril atribuye la controversia generada en torno a la innovación tecnológica en el ámbito de la medicina:

- *“se tiene hoy la evidencia de que parte de la tecnología médica es ineficaz e ineficiente;*
- *es generalmente muy costosa;*

- *la forma en que dicha tecnología se incorpora al sistema asistencial es inadecuada: en los profesionales sanitarios y en los usuarios (a través de los medios de comunicación) se despiertan expectativas suscitadas por la novedad y rara vez la nueva tecnología es seriamente evaluada antes de su introducción;*
- *el ritmo de cambio de esta tecnología es muy vivo, y*
- *existen enormes variaciones en el uso de procedimientos técnicos, incluso entre las regiones de un mismo país. Un estudio reciente llevado a cabo en el Reino Unido muestra que los índices de empleo de cirugía coronaria arterial (by-pass) eran de 14 por millón en una región y de 212 por millón en otra."*

Por ello, la nueva tecnología médica presenta un carácter ambivalente: amplía las posibilidades de asistencia efectiva (cuando es útil) a la vez que acentúa las graves tensiones financieras.

- c.** Aumento de enfermos crónicos y aparición de nuevas patologías: los estilos de vida arriesgados, los hábitos patógenos y el aumento del número de enfermos crónicos han producido en la epidemiología modificaciones sensibles que incrementan el consumo sanitario. La aparición de nuevas patologías (el SIDA es el ejemplo elegido para 1991) anunciaba también nuevos aumentos en los gastos, además de perturbaciones asistenciales.
- d.** Mayor nivel de exigencia de los usuarios: el desarrollo socioeconómico, con un progresivo aumento en el nivel de vida y un creciente ejercicio de la libertad, estaba transformando al paciente pasivo en un usuario cada vez más exigente con respecto a la calidad y a las posibilidades de elección de los servicios. Las exigencias se acentuaban progresivamente por la falta de conciencia de coste.

Concluye el Informe Abril que estos cuatro factores podrían conducir al sistema hacia un nivel de gasto difícilmente financiable o a una situación de crisis que se traduciría en una todavía mayor insatisfacción de los usuarios y de los profesionales del Sistema.

4.10.1.2. El debate técnico

A la vista de la situación anteriormente comentada, surge la pregunta *¿Es viable el todo para todos y gratis en la sanidad pública española?* (Del Llano, 1999). 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.

La necesidad de establecer prioridades en el sistema español de manera explícita se debe a condicionantes de naturaleza:

- a. Externa:** la viabilidad financiera del sistema sanitario público se encuentra amenazada si se pretenden mantener las condiciones de déficit público impuestas por la Unión Europea.
- b. Técnica:** la literatura económica establece que las asimetrías informativas son origen de ineficiencia. Asimismo, el modelo de comportamiento burocrático se basa en el objetivo de maximizar el presupuesto a cargo de cada dirigente. También hay que considerar la presencia de riesgo moral en la relación entre asegurador y asegurado.
- c. Política:** según la definición que cada país otorga a la atención sanitaria como un bien tutelar. En España, se establece el derecho universal al acceso a la asistencia sanitaria pública junto a la gratuidad en el momento de servicio, lo que genera un consumo excesivo.

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.

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.

Ante las mencionadas dificultades para la financiación del gasto sanitario, López i Casanovas *et al* (1999) describen en su estudio del sistema español distintas soluciones:

a. Reencajar mejor la financiación sanitaria en el gasto público.

Eliminando otras partidas del gasto público y mejorando la gestión del dedicado a sanidad.

b. Un aumento de los ingresos totales resultado de una mayor presión fiscal.

Perjudicaría a la competitividad de la economía española.

c. Favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada.

A partir de tres grandes fuentes: pago directo, total o parcial (copago) por determinados servicios, ya sea en forma de precios o primas. Habría que identificar el impacto sobre la equidad de un copago en los servicios sanitarios. Veamos dos propuestas:

- El seguro sustitutivo MUFACE: se trata de un intermediario financiero que garantiza a los funcionarios y a sus beneficiarios una cobertura sanitaria integral, a través de entidades de seguro públicas y privadas. Un posible inconveniente es que se sospecha que existe selección adversa. Además, se hace necesario plantear dos preguntas acerca de este sistema: ¿Induce el esquema de financiación de MUFACE a un esfuerzo óptimo por parte de los proveedores/intermediarios financieros? ¿Es mínima la extracción de rentas por parte del asegurado?

- La subsidiación pública del gasto sanitario privado.

c. Restringir las prestaciones, seleccionando las existentes o las futuras siguiendo criterios de coste-efectividad.

Existen considerables dificultades políticas y técnicas en la exclusión explícita de prestaciones (más allá de un racionamiento de cantidades, implícito en las listas de espera). También resulta problemática la agregación de efectividades y de utilidades, así como la elección de las ponderaciones de equidad. Se plantean dos opciones:

- Prestaciones básicas (mínimas: riesgos catastróficos, condiciones crónicas y prevención) obligatorias para todos y gratuitas en el punto de acceso (al entenderse como derechos básicos). También se consideran prestaciones complementarias libres, y financiadas públicamente (al nivel medio) tan sólo para colectivos que no superen determinado nivel de renta.

- Prestaciones de aseguramiento libre para colectivos que superen determinado nivel de renta, y obligatorias y/o financiadas públicamente (*pay or play*) sólo para determinados colectivos que no superan cierto nivel de renta.

Una enumeración alternativa de opciones para la solución de los problemas descritos es la siguiente:

- a. aumentar los recursos asignados a la sanidad;
- b. controlar los costes;
- c. mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos;
- d. introducir reformas mayores abriendo espacios a la competencia; o,
- e. establecer prioridades entre servicios y grupos de pacientes, reconociendo la imposibilidad de mantener un sistema sanitario sin límites (*open ended*).

López i Casanovas y Ortún (1998) definen el proceso de establecimiento de prioridades como sumamente complejo ya que requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica. Igualmente destacable es que la validez de los resultados depende de la **legitimidad** del proceso. En este trabajo se enumeran un amplio abanico de opciones:

- ii. Continuar con el **establecimiento implícito de prioridades** difuminado entre decisiones clínicas y procedimientos administrativos.
- iii. Utilizar **listas de espera**, si bien este criterio de priorizar por tiempo de espera no introduce consideraciones ni de efectividad ni de equidad.
- iv. Introducir **copagos** para servicios de baja prioridad, con las exenciones y techos que sean adecuados.
- v. Limitar la disponibilidad de algunos servicios a través de **listas positivas o negativas** del estilo de las empleadas para medicamentos.
- vi. Concentrar los recursos en **servicios de efectividad probada**.
- vii. Introducir la **valoración y regulación de tecnologías**.
- viii. Desarrollar **guías de buena práctica clínica** para establecer prelación de acceso.
- ix. Proporcionar información a los usuarios sobre efectividad y calidad de los servicios, para **estimular una utilización adecuada**.
- x. Definir un **proceso** para el establecimiento de **prioridades**.
- xi. Transferir la responsabilidad de algunos servicios sanitarios al **sector privado**.
- xii. Establecer concretamente una **relación de las prestaciones** a financiar públicamente.

Ortún *et al* (2001) aportan una lista donde cada línea de avance se corresponde con un objetivo o característica de las herramientas disponibles para evaluar y racionalizar el uso de las tecnologías sanitarias:

- Análisis coste-utilidad para informar el establecimiento de prioridades presupuestarias.
- Análisis coste-efectividad para informar las mejores políticas de salud.
- 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 cuando puede establecerse la efectividad nula o dudosa en cualquier circunstancia.
- Valoración de tecnologías.

- Información a los ciudadanos sobre efectividad y calidad de los servicios.
- Guías de práctica clínica.
- Definición de un proceso para el establecimiento de prioridades.

La capacidad de la Economía de la Salud de contribuir a fomentar una política y gestión sanitarias basadas en el conocimiento y en la constatación científica depende, como mínimo, de tres tipos de factores (Puig-Junoy *et al*, 2000):

- a. se requiere que la investigación aporte resultados concluyentes; ello implica acuerdo entre los economistas de la salud respecto de los temas más relevantes para que estos conocimientos puedan trasladarse a la toma de decisiones;
- b. no basta con que los resultados ofrezcan conclusiones claras. Se requiere una difusión eficiente de la misma; y,
- c. es necesario que la aportación al debate sobre la política sanitaria se base más en la constatación científica (conocimientos) y no sólo en diferencias en los valores, ya que éstos no se pueden reconciliar mediante la investigación empírica, por más concluyente y difundida que ésta sea.

4.10.2. El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud Español

Las medidas para el establecimiento de prioridades en la sanidad pública española se pueden clasificar, siguiendo a Gaminde (1999), según si actúan por el lado de la oferta (cartera de prestaciones, limitación del conjunto de fármacos susceptibles de prescripción, y la gestión de las listas de espera) o están más relacionadas con la demanda (copagos y aumento del papel de las aseguradoras privadas en el sector sanitario). Los elementos comunes a todas estas medidas son la falta de coordinación y la ausencia de participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones.

4.10.2.1. Cartera de prestaciones sanitarias

En el mes de febrero de 1994, el Consejo Interterritorial propuso el establecimiento de un paquete de prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud. Uno de los objetivos era evitar que el traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas se tradujera en desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios. Este conjunto de prestaciones se definió a partir de las prestaciones ofertadas en ese momento, y estableció una serie de criterios de exclusión (ausencia de suficiente evidencia de efectividad clínica, impacto en la esperanza de vida, aumento en la autoestima del paciente o reducción de sus niveles de *stress*). De este modo, se recomendó la exclusión de los siguientes servicios: operaciones de cambio de sexo; cirugía cosmética no debida a accidentes, enfermedades o malformaciones congénitas; psicoanálisis; hipnosis; y tratamientos en balnearios. Seguridad, eficacia y eficiencia fueron los criterios en los que se fundamentaron las decisiones de financiación pública de nuevos servicios.

Los dos principales objetivos de esta propuesta eran definir de un modo más preciso los derechos de los ciudadanos en relación a la sanidad, e introducir un nuevo procedimiento para la evaluación continua de las nuevas prestaciones o tecnologías, así como la revisión de las ya incluidas. Ni se tomaron decisiones drásticas ni se sugirió que se trataba de una medida de con-

tención de costes. Todas las prestaciones entonces ofertadas por el Sistema Nacional de Salud fueron aceptadas, salvo las ya mencionadas como excluidas. El hecho de que no tuviera repercusión en la opinión pública se puede atribuir a que no se produjeron recortes en las prestaciones sanitarias.

Esta propuesta se tradujo en el Real Decreto 63/1995. Dicho texto autoriza a las Comunidades Autónomas a configurar una cartera de prestaciones distinta, siempre que no se excluyan ninguna de las establecidas, y las que cada gobierno autonómico decida añadir, sean financiadas por los mismos. Este Real Decreto está siendo empleado en los tribunales para casos de reembolso, ya que los jueces deben determinar si los ciudadanos tienen derecho a acudir a la sanidad privada o a recibir financiación pública.

4.10.2.2. Limitación de la cobertura farmacéutica

En cuanto al control del gasto farmacéutico, la primera ley al respecto aparece en España en 1993. Se trata de una lista negativa de fármacos, es decir, explicita los que no van a ser financiados públicamente. Previamente, cada medicamento aceptado recibía financiación pública. Desde 1993, dos Reales Decretos han limitado el número de fármacos aprobados.

El Real Decreto 83/1993, del 22 de enero, estableció una relación de los fármacos financiados por el Sistema Nacional de Salud, es decir, una lista negativa de aquellos productos no financiados por el mismo. Es la primera ocasión en que la autorización de los medicamentos se separa de las decisiones acerca de su financiación pública. Al desarrollar este decreto, se buscaba la participación ciudadana mediante la consulta a los profesionales y a las organizaciones científicas. Sin embargo, no generó ningún debate público.

El impacto de este Real Decreto fue menor de lo esperado, ya que si bien cambió la tasa de gasto hasta 1995, en esta fecha se produjo un incremento hasta niveles superiores a los iniciales. Se detectó un crecimiento de las prescripciones a los pensionistas, así como un mayor uso de los fármacos alternativos y de mayor coste. La reducción afectó parcialmente a ciertos medicamentos que ya no se emplean.

El posterior Real Decreto 1663/1998, del 24 de Julio, amplió la lista de medicamentos no financiados por la Seguridad Social o los fondos destinados a la atención sanitaria. Este nuevo texto excluye ochocientos sesenta y nueve fármacos (marcas comerciales): algunos por su bajo valor terapéutico y otros por considerarse que su impacto en las patologías era *menor* (como los laxantes). Se esperaba un descenso anual en el gasto farmacéutico de treinta mil millones de pesetas. Ante la oposición social que generó esta medida, las Comunidades Autónomas de Navarra y Andalucía decidieron no aplicarla. También financian otros fármacos a partir de sus presupuestos autonómicos. Se mantuvieron negociaciones con el sector farmacéutico acerca de estas medidas, ya que aproximadamente la mitad de las ventas de los medicamentos excluidos correspondían a diez empresas.

En diciembre de 1998 se aprobó la introducción de medicamentos genéricos y precios de referencia. Esta normativa tuvo un desarrollo muy lento y no fue hasta septiembre de 2003 que el Ministerio de Sanidad y Consumo anunció un drástico recorte de los precios de referencia de los medicamentos que llevan más de diez años en el mercado. Esta medida afecta a 2.256 especialidades con rebajas de precios de hasta el 80% (Pérez, 2004).

4.10.2.3. Gestión de las listas de espera

Las listas de espera aparecen en numerosos sistemas sanitarios financiados públicamente, en los que los pacientes no realizan ningún pago al ser atendidos. En España, las listas de espera se convirtieron en un arma política tras la Ley General de Sanidad de 1986. Según el INSALUD, su reducción se debió al aumento de las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo en el ámbito de la atención ambulatoria, al descenso de la estancia media en los hospitales, y a la optimización del uso de los quirófanos. Las políticas más frecuentes para la reducción de las listas de espera son la derivación al sistema sanitario privado y la ampliación de los horarios de trabajo del sistema público (Gaminde, 1999).

Una de las recomendaciones del acuerdo parlamentario de 1997 es que se garantice un tiempo máximo de espera a todos los ciudadanos, de modo que si se supera este límite, el paciente tendrá derecho a ser atendido en otro centro. Actualmente, esta práctica se ha extendido a la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas. Según un informe del Defensor del Pueblo, en diciembre de 2002 trescientas mil personas esperaban una intervención quirúrgica, dieciocho mil de ellas desde hacía más de seis meses (Pérez, 2004).

4.10.2.4. Introducción de copagos

La opinión pública española parece oponerse a la introducción de copagos en la atención primaria y las especialidades. Se considera que los copagos no son una medida efectiva para el control de los costes y no deberían implementarse salvo para los medicamentos y los costes de estancia asociados a la hospitalización.

Sin embargo, autores como Lamata (1995) defienden que el copago para los medicamentos no ha mostrado ninguna eficacia para el control del gasto en España. Esta postura se basa en los descensos del gasto farmacéutico en el periodo 1981-1991 y su relación con los esfuerzos desde la oferta (los profesionales encargados de la prescripción) más que por el lado de la demanda (los consumidores). Por ello, la Comisión Parlamentaria recomendó la introducción de precios de referencia para los medicamentos y la libertad de prescripción de productos genéricos. Ambas medidas ya han sido comentadas en un apartado anterior.

4.10.2.5. Seguros sanitarios privados

Los incentivos a la contratación de seguros de salud privados requieren un apoyo de la legislación fiscal. Estas propuestas ya han sido comentadas y aparecen en López i Casanovas *et al* (1999) y Freire (1999). Otra medida que ha sido ampliamente discutida desde el cambio de gobierno en el año 1996 es la extensión del sistema MUFACE a toda la población, cuestión que quedó abandonada tempranamente.

4.10.3. Descentralización y distribución de competencias: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

En enero de 2002 se completó el proceso de traspaso de competencias en salud a todos los gobiernos autonómicos, configurando una nueva estructura del Sistema Nacional de Salud a base de Sistemas Regionales de Salud y con funciones centralizadas restringidas.

En su exposición de motivos, la Ley de Cohesión y Calidad (LCC) establece que la asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituye un medio para aproximar

la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

El objetivo de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por esta ley son: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario.

El artículo 7 de la LCC define que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Con este fin, se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

El artículo 10, referido a los aspectos de financiación, establece que la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer.

Citamos a continuación cada uno de los puntos del artículo 20, dedicado al desarrollo de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, ya que resulta de vital importancia para el análisis de las posibilidades del establecimiento de prioridades en España:

- 1. La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.*
- 2. En el seno del Consejo Interterritorial se acordará la cartera de servicios correspondiente al catálogo de prestaciones al que se refiere el artículo 7 de esta ley, que se aprobará mediante real decreto.*

Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

En la elaboración de las carteras de servicios se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo.

- 3. En cualquier caso, no se incluirán aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.*

El citado Consejo Interterritorial aparece como el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. Su labor es conocer, debatir y, en su caso, emitir recomendaciones sobre las siguientes materias (art. 71):

- a. El desarrollo de la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como su actualización.
- b. El establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud por parte de las Comunidades Autónomas.
- c. El uso tutelado (art. 22).

La evaluación económica de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos será llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores a propuesta de las Comunidades Autónomas (art. 21). Dicha evaluación tendrá por objeto, la verificación de la concurrencia de los siguientes requisitos:

- a. Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.
- b. Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.
- c. Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente, en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos o productos sanitarios.

Sólo podrán incorporarse a la cartera de servicios para su financiación pública aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos en las que concurren los requisitos indicados. La exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento actualmente incluido en la cartera de servicios se llevará a cabo cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a. Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.
- b. Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico.
- c. Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

También se determina la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad y Consumo, por propia iniciativa o a propuesta de las correspondientes Administraciones públicas sanitarias y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, autorice el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos (art. 22). Dicho uso tutelado tendrá como finalidad establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Se fijan unas condiciones estrictas para el uso tutelado, de modo que se lleve a cabo a partir de un diseño de investigación, por períodos de tiempo limitados, en centros expresamente autorizados para ello y de acuerdo con protocolos específicos destinados a garantizar su seguridad, el respeto a la bioética y el logro de resultados relevantes para el conocimiento. En todo caso, se establece como imprescindible el consentimiento informado de los pacientes a los que se vaya a aplicar dichas técnicas, tecnologías o procedimientos. Por último, el uso tutelado se financiará con cargo al Fondo de Cohesión (artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre).

En cuanto al capítulo de farmacia, corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo el ejercicio de las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los productos sanitarios (art. 30), así como la decisión sobre su financiación pública y la fijación del precio correspondiente, en los términos previstos en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las Comunidades Autónomas.

El artículo 31 asigna a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios las actividades de evaluación, registro, autorización, inspección, vigilancia y control de medicamentos de uso humano y veterinario y productos sanitarios, cosméticos y de higiene personal, así como la realización de los análisis económicos necesarios para la evaluación de estos productos, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las Comunidades Autónomas.

Otro aspecto tratado por la Ley de Cohesión y Calidad y que nos interesa especialmente es la participación social (art. 67), que se incentiva a través de los siguientes medios:

- a. El Comité Consultivo: órgano dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el Sistema Nacional de Salud.
- b. El Foro Abierto de Salud: que se constituirá, con carácter temporal, a convocatoria del Ministro de Sanidad y Consumo, para el estudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el Sistema Nacional de Salud. En él podrán participar las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar..
- c. El Foro Virtual: que se mantendrá a través de la red informática.

Por último, la disposición transitoria única establece que *en tanto no se apruebe el real decreto por el que se desarrolle la cartera de servicios, mantendrá su vigencia el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.*

Esta Ley de Cohesión y Calidad no se encuentra libre de críticas. A modo de ejemplo, Ruiz-Huerta *et al* (2003) cuestionan su indefinición, ya que pasa de afirmaciones taxativas (la financiación como responsabilidad de las Comunidades Autónomas, según el artículo 10) a dejar las decisiones sobre nuevas inclusiones en el catálogo de prestaciones en manos del Consejo de Política Fiscal.

Estos autores también consideran que, aparte de los nuevos equipamientos de base tecnológica o los nuevos procesos de diagnóstico y tratamiento, también es prioritario mejorar la red de atención, de modo que aumente tanto la accesibilidad de los servicios como la equidad del sistema. En su opinión, la dispersión de recursos financieros, de rúbricas presupuestarias y de procedimientos de gestión puede perjudicar la eficiencia del sistema sanitario al impedir la fijación de prioridades y la reasignación de recursos.

4.10.4. Valoraciones del sistema sanitario español

En el monográfico que el Observatorio Europeo de la OMS dedica al sistema sanitario español, se menciona que éste sufrió grandes transformaciones en las décadas de los ochenta y los noventa: un gran incremento de la cobertura, una nueva red de atención primaria, y unas estructuras de financiación y gestión más racionales. Por ello, se puede decir que España realizó un

esfuerzo significativo para avanzar en su Estado del Bienestar, a pesar de la tendencia internacional a la contención de costes. Todo ello, sin olvidar las complicaciones debidas a los procesos de transición política y desarrollo económico del país en este período.

A partir de cuestionarios enviados a diferentes grupos profesionales relacionados con la Economía de la Salud, Puig-Junoy *et al* (2000) encuentran que, a diferencia de Estados Unidos, en España no encontramos diferencias significativas en el grado de consenso entre los grupos de economistas de la salud académicos, gestores y profesionales clínicos en materia de conocimiento, políticas y valores. Las discrepancias presentes en las preguntas de conocimientos podrían deberse a la posibilidad de que la investigación sobre Economía de la Salud en nuestro país sea poco concluyente.

El estudio realizado en López i Casanovas (2001) recoge que el modelo sanitario mejor valorado entre los ciudadanos españoles es el actual, definido por la universalidad de la asistencia pública y por la posibilidad de complementar la cobertura de sus necesidades por la vía privada. En términos comparados, España muestra niveles de satisfacción y gasto sanitario significativamente reducidos respecto al resto de países de la Unión Europea. Habitualmente, mayores niveles de insatisfacción se asocian a percepciones más intensas a favor de introducir reformas en el sistema.

Hay autores que sugieren que frente al actual *círculo vicioso menor equidad = peor calidad* es preciso aspirar con determinación, como hacen por ejemplo las sociedades nórdicas y los canadienses, a un círculo virtuoso donde más equidad sea igual a mejor calidad. El *círculo vicioso menor equidad = peor calidad* sólo podría romperse con un conjunto de cambios estructurales que tengan como objetivo central la calidad y la excelencia en el servicio a los pacientes junto con un alto nivel de eficiencia. (Freire *et al*, 2003). Asimismo, una mayor cohesión del SNS es necesaria para lograr la equidad real (Fundación Encuentro, 2003).

Para que el sistema sanitario español siga siendo equitativo, universal y con un amplio catálogo de prestaciones, es necesario maximizar el principio de que *lo importante no es gastar menos sino gastar mejor*, incrementando la calidad en toda la cadena asistencial al paciente. El crecimiento del gasto sanitario y farmacéutico puede ser compatible con una reducción del precio global del cuidado sanitario si se incrementa el valor aportado más que el gasto (Soto *et al*, 2001).

Una primera aproximación a los problemas de salud que deberían considerarse *prioritarios* en España aparece en Regidor *et al* (1994). Esta clasificación se basa en distintos criterios: magnitud (morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia), vulnerabilidad (relación causa-efecto, factores de riesgo, diferencias entre grupos, diferencias entre países), trascendencia (letalidad, incapacidad temporal o permanente, mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos), disponibilidad de información, tendencia (proyecciones), disponibilidad de recursos, y decisión política.

De este modo, el estudio concluye que los problemas de salud prioritarios en España son: enfermedad isquémica del corazón, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de pulmón, accidentes de tráfico, SIDA, tabaquismo, consumo de alcohol y obesidad.

Ya se ha indicado anteriormente que el establecimiento de criterios de priorización no solamente está restringido por la necesidad de explicitación de unos criterios, sino que, además, dichos criterios deben ser aceptados por la población. Un intento de estimar dicha aceptación

popular de ciertos principios en los que se basa el proceso es el realizado por Costa (2001), al aplicar un análisis estadístico multivariante sobre la encuesta Eurobarómetro 49.1 de la primavera de 1998.

A partir del mismo, la hipótesis de que el sistema sanitario debe financiar los servicios más allá de lo que se entiende por *servicios esenciales* sería aceptada por la población. Un 73.5% de la población **rechazaría el criterio libertario de asignación de recursos** que propugna que la provisión de servicios sanitarios *no esenciales* debe ser responsabilidad de los propios individuos. El perfil de individuo que expresa dicha actitud de rechazo sería el de un hombre cuyas tendencias políticas se situarían en la izquierda política y cuyo nivel educativo es superior a la media.

Asimismo, la utilización de la **edad como criterio de priorización** en la provisión de servicios es **rechazada** por un 81.5% de la población. Dicha actitud de rechazo está positivamente asociada con la edad, así como a niveles de renta medios y altos.

Finalmente, observa Costa que la población española presenta un **nivel de satisfacción** hacia el sistema sanitario superior a otros países del sur de Europa, tales como Italia y Grecia si bien aún está lejos de los niveles de países escandinavos y del norte de la Unión Europea. El autopoicionamiento político, así como la edad y nivel educativo explican una mayor satisfacción con el sistema.

Un enfoque alternativo pero igualmente interesante es el de Puig-Junoy (1999), basado en la distribución regional de la financiación pública. El modelo propuesto trata de maximizar la función de evaluación o bienestar social sujeta a la restricción presupuestaria y la condición de que la provisión de servicios no excederá el nivel óptimo. Como solución se obtiene una asignación óptima para la financiación de los servicios públicos, que reparte los recursos financieros de modo que todas las regiones sufren la misma pérdida proporcional con respecto a la asignación ideal. Los recursos públicos no pueden atender todas las demandas de la población.

Sin embargo, en esta solución de igual pérdida proporcional, algunas regiones obtienen un nivel de financiación inferior al actual, lo que implicaría una reducción de bienestar muy difícil de asumir por los agentes. Además, esta asignación penaliza a aquellas regiones que reducen sus demandas de modo eficiente con los recursos disponibles. En consecuencia, la solución obtenida modifica la estructura de incentivos y está sujeta a manipulación estratégica.

Es por ello que Puig-Junoy propone una solución *second best* que reduce los efectos de los dos problemas anteriormente comentados, y por ello permite un acuerdo entre los agentes, consistente en añadir en una segunda fase una restricción de igualdad de acceso regional en caso de igual grado de necesidad. Esta nueva restricción va en detrimento de la consecución de la igualdad de acceso para regiones igualmente necesitadas, pero tiene la ventaja de amornar el incentivo a la ineficiencia productiva al aumentar los recursos asignados en la primera etapa del modelo.

Los objetivos de los servicios sanitarios en España son, básicamente, alcanzar una igualdad de acceso a los servicios públicos de sanidad y corregir las desigualdades en su disponibilidad. Hay que señalar que en el momento en que se publica el estudio de Puig-Junoy (1999), las Comunidades Autónomas que habían recibido las competencias de sanidad tenían un presupuesto que dependía de su cifra de habitantes, mientras que el resto se basaba en su gasto histórico.

Las Comunidades Autónomas con los mejores índices relativos de accesibilidad a los servicios públicos son Canarias, Castilla y León, Navarra y La Rioja. En el otro extremo de la lista aparecen Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana.

Con los datos del año 1992, las Comunidades Autónomas que deberían recibir financiación adicional son Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y País Vasco. Puig-Junoy concluye que se requeriría un volumen de recursos financieros adicionales no superior al 10% del gasto total.

4.10.5. Competencias estatales y de las Comunidades Autónomas

Dos aspectos contradictorios surgen de los procesos de cambio acontecidos con la transferencia de competencias en materia de Sanidad a todas las Comunidades Autónomas. De un lado, han permitido **mejorar las estructuras existentes** antes de las transferencias, así como consolidar equipos humanos con mayor formación postgraduada que anteriormente y con dedicación más completa a la salud pública. En cambio, se aprecia una cierta **dilución de la responsabilidad en salud pública en los niveles más periféricos**, y podría darse una menor visibilidad de la autoridad sanitaria. Es importante velar por el mantenimiento de la autoridad sanitaria ejecutiva en materia de salud pública (Segura *et al*, 1999).

Corresponde al Estado dictar las normas que delimiten el contenido básico del derecho a la protección de la salud y, por tanto, garantizar que el contenido mínimo de las prestaciones, de las condiciones de acceso y, en definitiva, de los derechos y obligaciones de los ciudadanos ante el servicio público sanitario sean idénticas en todo el territorio. Las Comunidades Autónomas pueden, en ejercicio de sus competencias de desarrollo, complementarlas o mejorarlas en su ámbito territorial (López i Casanovas, 2001).

Sin embargo, las propuestas de reforma de los Sistemas de Salud en el entorno actual, parten necesariamente de una mayor implicación de la opinión de los ciudadanos en el diseño y gestión de los servicios sanitarios. Se trata de conciliar el principio socialdemócrata de participación ciudadana en el sistema sanitario con la atención personalizada al usuario-paciente, sin confundir ambos planos de actuación.

Aunque el nivel de cobertura universal con financiación pública está próximo al 100% de la población, parece imprescindible un aseguramiento universal en condiciones absolutas de igualdad, al que se accede sin tener que acreditar otra condición que la de ciudadano.

Las Comunidades Autónomas deben garantizar que las previsiones de la Ley General de Sanidad (LGS) relativas a la universalización se cumplen en su territorio, y pueden dictar, en virtud de sus competencias de desarrollo, las normas necesarias tendentes a posibilitar el acceso al sistema sanitario público en los términos de universalidad previstos por la LGS.

Un segundo aspecto de la capacidad normativa de dichas Comunidades Autónomas se manifiesta en la posibilidad de que éstas faciliten en mayor medida el acceso de sus ciudadanos a los Servicios de Salud respectivos, en el sentido de reconocer a un mayor número de ciudadanos el acceso gratuito o en condiciones más beneficiosas que las derivadas del acceso al servicio abonando su coste efectivo en los términos contemplados en el artículo 16 de la LGS.

En 1999, todas las Comunidades Autónomas habían elaborado y aprobado sus respectivos planes de salud, influidos por el creciente énfasis puesto en el establecimiento de prioridades desde 1990. Dicho énfasis se debe a dos procesos políticos: la influencia de la Organización Mundial de

la Salud en la legislación española de aquella fecha, y el cada vez más intenso debate sobre las medidas necesarias para contener los costes sanitarios desde mediados de la década de los noventa (European Observatory on Health Care Systems, 2000). La ausencia de una rápida respuesta a los avances tecnológicos en un contexto de descentralización generó desigualdades en las prestaciones ofrecidas por los distintos servicios regionales de salud.

Señala Gaminde (1999) que España se adhirió al plan *Health for All* de la Organización Mundial de la Salud. La experiencia en el establecimiento de planes de salud y prioridades supone un buen ejemplo de los problemas asociados al proceso de devolución de competencias. La Ley General de Sanidad (LGS) asignó la toma de decisiones a las Comunidades Autónomas. Los consiguientes planes de salud se concibieron como el principal instrumento para la definición de prioridades sanitarias. Cada Comunidad Autónoma debía fijar sus propios objetivos y definir las estrategias adecuadas para alcanzarlos. Diez años después de la LGS, quince de las diecisiete Comunidades Autónomas tenían su propio Plan de Salud, si bien en 1999 aún no se había desarrollado el *Plan Integral de Salud*, que consistía en la suma de todos los planes de salud estatales y de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, Gaminde recuerda que el Consejo Interterritorial había elaborado Planes de Salud Nacionales en áreas prioritarias como los trasplantes, el consumo de drogas y el SIDA.

Las prioridades sanitarias establecidas en los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas se basaban en los siguientes criterios:

- i. la magnitud e importancia del problema;
- ii. si existían tratamientos efectivos; y
- iii. si dichos tratamientos podían ser utilizados apropiada y eficientemente.

Los planes de salud autonómicos podían considerarse catálogos que recogían lo que se estaba ofreciendo y lo comparaba con lo que debería ofrecerse, sin llegar a realizar un verdadero establecimiento de prioridades (lo que iba a ofrecerse en el futuro). De este modo, estos planes de salud autonómicos son, a juicio de Gaminde (1999), un buen ejercicio epidemiológico que determina las necesidades sanitarias de la población. Los principales obstáculos a estos planes fueron la incapacidad de algunas Comunidades Autónomas para implantarlos (ya que no poseían las competencias sanitarias) y la falta de voluntad política para llevarlos a la práctica.

Los objetivos se estructuran de un modo distinto en cada plan de salud. Sin embargo, la mayoría de estos documentos muestran metas cuantificadas y con un horizonte temporal determinado. Estos objetivos abarcaban estilos de vida, medio ambiente y atención sanitaria. No se ha realizado ninguna evaluación del impacto de estos planes de salud, ni del grado en que se han implementado las políticas propuestas. Sin embargo, la mayor barrera parece haber sido la discrepancia entre las prioridades sanitarias y la asignación de recursos. Gaminde destaca los casos de Cataluña y País Vasco como los únicos en los que se había intentado acercar ambas categorías.

Las normas autonómicas pueden reservar, en virtud del principio de territorialidad, su aplicación exclusiva a los ciudadanos que tengan la condición de residente en la Comunidad. La Disposición Adicional Quinta del Real Decreto 63/1995 determina que las CC.AA., con cargo a sus propios recursos o mediante precios, tasas u otros ingresos, podrán ofrecer otras actividades o prestaciones sanitarias.

El artículo 4.4 de la LOSE autoriza al Gobierno vasco a ampliar, en el territorio de Euskadi, el catálogo de prestaciones, determinando su ámbito subjetivo y las condiciones de acceso y cobertura financiera, bien con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma o bien

con cargo a los usuarios, estableciéndose criterios que atiendan a la suficiencia financiera de los recursos económicos de los solicitantes y a la tipología de las prestaciones.

La Ley de Salud de Andalucía determina que el Servicio Andaluz de Salud deberá ofrecer como mínimo las prestaciones establecidas para el SNS, y prevé la posibilidad de su ampliación, previa evaluación de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público.

Esta entrega de competencias en materia de Sanidad se manifiesta en una diversidad creciente de la aplicación de los planes de salud y la atención especial a grupos, en las fórmulas de atención de urgencia *en la calle*, en la duración y composición de las listas de espera (fórmula de racionamiento implícito), en el diagnóstico precoz, en la promoción de la salud y las políticas de salud pública, y en las medidas relacionadas con la salud mental (Fundación Encuentro, 2003).

La coexistencia de distintos niveles de decisión política requiere una labor de coordinación para lograr los objetivos expuestos en la legislación. La ausencia de una estrategia de salud a nivel del Estado que integre los esfuerzos de planificación central y regional, según lo establecido en la normativa sobre el Plan Integrado de Salud, unido a la ausencia de un debate social amplio sobre la salud en España con implicación de los agentes y, especialmente, la falta de liderazgo de los temas de salud en los debates sociales, explican la inexistencia de una política intersectorial explícita para la salud y de un consenso sobre prioridades en salud y entre salud y otros objetivos de la política económica (Cabasés *et al*, 1999).

En primer lugar, es preciso garantizar que las dotaciones presupuestarias se asignen efectivamente al comprador en lugar del proveedor. En segundo término, la relación entre los agentes financiadores, compradores y proveedores debe establecerse en un contexto de autonomía suficiente entre ellos para posibilitar el ejercicio de sus funciones. En tercer lugar, se debe garantizar la integración entre la planificación estratégica y la función central de compra.

En cuanto a la reformulación de los planes de salud tradicionales:

- la estrategia de salud debe ser una estrategia a nivel de gobierno y no sólo de los departamentos de salud;
- debería ampliarse el ámbito de determinación de prioridades a objetivos diferentes a los de salud, y
- se deben definir las estrategias de compra más adecuadas para los objetivos estratégicos perseguidos.

Asimismo, es posible establecer mecanismos contractuales que incorporen la estrategia de salud en el ciclo contractual y que integren éste en el ciclo más amplio de la planificación. Es preciso adaptar el marco institucional y rediseñar tanto la estrategia de los planes de salud como la estructura de los contratos para lograr la integración efectiva de ambos.

Un último aspecto a tratar es la creación y el desarrollo de organizaciones y actividades de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), que se ha producido a diversa velocidad entre las Comunidades Autónomas españolas. La primera organización creada específicamente para realizar ETS fue la Oficina Catalana para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, seguida por otras agencias, como la Oficina de Tecnología Sanitaria del País Vasco, la Agencia Andaluza para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias Andalucía y la Agencia de Tecnología Sanitaria del gobierno central.

Barbieri y Drummond (2003) consideran que diversos estudios sobre tecnologías sanitarias han tenido impacto en la política. Por ejemplo, una evaluación sobre la eficacia de la oxigenoterapia a

largo plazo produjo cambios en la práctica clínica, cambios en el sistema de pago y en los requisitos sobre proveedores (Cataluña). Un estudio acerca de la calidad de la cirugía cardíaca en Cataluña condujo a una reasignación de recursos humanos en muchos centros. Además, en una encuesta enviada a los clínicos sobre el impacto de los informes de ETS en las decisiones de recomendación de tratamientos, el 76% de las respuestas reconoció la importancia de esta información.

4.10.6. La Unión Europea y la delimitación de prestaciones

La integración europea, basada en los tratados de Maastricht y de Amsterdam, ha proporcionado una base legal para la actuación conjunta en salud pública, si bien la Comisión europea sólo trata de coordinar las políticas sanitarias (teniendo siempre en cuenta las restricciones financieras) y contribuir a la convergencia entre los sistemas nacionales en aspectos como cobertura, prestaciones, prácticas terapéuticas y gestión de costes (Fundación Encuentro, 2003).

Así, en el artículo 2 de la *decisión nº 1786 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (1993-2008)* se establecen tres objetivos generales:

- a. mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública;
- b. aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante los riesgos sanitarios;
- c. fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades.

En el mismo documento se aclara que *es esencial que haya un margen de flexibilidad para poder reasignar los recursos y adaptar las actividades respetando la necesidad de transparencia así como los criterios de selección y clasificación de prioridades en función de la magnitud del riesgo o el efecto potencial, los resultados de la evaluación, las inquietudes de la población, la disponibilidad de las intervenciones o la posibilidad de desarrollarlas, la subsidiariedad, el valor añadido y la incidencia en otros sectores. No obstante, es necesario mantener un equilibrio entre los tres objetivos del programa, respetando una distribución equitativa de la dotación presupuestaria de los mismos.*

Ortún (2002) expone que está teniendo lugar una progresiva armonización en el proceso de aprobación de medicamentos. También existe cierta movilidad de profesionales (aunque con limitadas consecuencias prácticas), así como nuevos problemas planteados por la movilidad de los ciudadanos. Las sentencias del Tribunal Europeo de Justicia, de 1998, sobre los casos Kohll y Decker, establecen el derecho de los pacientes a obtener atención sanitaria no urgente en otros países de la Unión Europea y ver reembolsados sus costes como si hubieran recibido la atención en su propio país.

El 12 de julio del 2001, el Tribunal Europeo de Justicia confirmó el derecho de los países miembros a organizar sus servicios sanitarios como consideren conveniente, siempre que cumplan la normativa europea relevante. La novedad es que dicho Tribunal sentenció que: primero, la atención hospitalaria debía conformarse a la libre circulación de servicios con independencia de su forma de reembolso; y segundo, la solicitud de autorización previa, en el país de origen, pese a ser un obstáculo a la libre circulación de pacientes debía mantenerse en ciertas circunstancias.

La autorización previa se justifica en las siguientes circunstancias:

1. Atentar contra la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios de cada país, lo que puede producirse cuando un numeroso grupo de pacientes acude en busca de tratamiento fuera de su país.

2. Ausencia de evidencia de efectividad, ya que no tiene sentido pagar servicios sanitarios fútiles, e incluso perjudiciales, para la salud de los individuos.
3. Ausencia de retrasos indebidos. El Tribunal confirma que las autoridades sanitarias de cada país de la UE pueden negar la autorización previa a un ciudadano para que busque atención especializada programable en otro país siempre que pueda recibir el tratamiento en cuestión, u otro de efectividad similar, en el propio país sin retrasos indebidos.

El flujo internacional de pacientes dentro de la Unión Europea continúa siendo pequeño (aunque creciente), y ya se han producido algunos acuerdos bilaterales entre países para el envío de pacientes. Concluye Ortún (2002) que ante la inhibición del ejecutivo comunitario y de los ejecutivos de los países miembros, ha sido la vía jurisdiccional la que ha abierto un camino para una progresiva armonización de servicios y coberturas entre los países de la Unión Europea.

4.11. CONCLUSIÓN

La revisión sistemática y crítica de la literatura ha presentado y valorado la gran diversidad de enfoques y recomendaciones existentes para el establecimiento de prioridades en los sistemas sanitarios. Su lectura sosegada señala la multitud de propuestas existentes para abordar dicho debate. La principal conclusión que se puede extraer de este análisis es que un proceso de priorización debe incluir factores de muy distinta índole, como los elementos técnicos, los valores y expectativas de la ciudadanía, la ideología y el sistema sanitario establecido, los cambios legislativos, los incentivos de los profesionales... Todo ello debe cumplir el requisito fundamental de transparencia en el proceso de toma de decisiones, sin excluir a ningún agente del sistema (profesionales, pacientes, gestores, políticos, empresas proveedoras de bienes y servicios sanitarios).

Las distintas experiencias internacionales citadas trazan pautas para el establecimiento de prioridades en un sistema sanitario público, si bien cada ejercicio debe adaptarse a las condiciones y contexto en que tiene lugar. Así, la experiencia pionera del estado de Oregón muestra los problemas derivados de un excesivo énfasis en la evaluación económica. Si bien este ejemplo se basaba en la idea de racionamiento por exclusión, Nueva Zelanda prefirió la vía de las guías de buena práctica, de modo que se tuvieran en cuenta las circunstancias individuales de cada paciente. Una síntesis de ambos criterios aparece en las experiencias de priorización desarrolladas en los Países Bajos, siendo el caso sueco el más alabado por su inclusión de los principios de dignidad humana, necesidad (y solidaridad), y coste-efectividad en el Parlamento nacional.

En España contamos con un informe de evaluación del Sistema Nacional de Salud, cuya publicación en 1991 fue políticamente desdeñada a pesar de su acertado diagnóstico de la situación y sus recomendaciones, que paradójicamente fueron implantándose gradualmente y de modo implícito. Cuatro años más tarde se listan en un Real Decreto las modalidades (no explícitas) de prestaciones incluidas en el SNSE. En el año 2003, la Ley de Cohesión y Calidad indica la necesidad de evaluar la eficiencia de las nuevas prestaciones antes de su inclusión en el sistema sanitario público. En la actualidad, sigue siendo necesario un debate acerca de la priorización que incorpore la complejidad derivada del proceso de descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria, así como la exigencia de transparencia y la urgencia de su discusión por parte de la sociedad civil.

La perspectiva de los expertos españoles sobre el establecimiento de prioridades en el SNSE

En esta segunda parte se exponen los resultados de un estudio realizado para conocer las opiniones y experiencias acerca del establecimiento de prioridades sanitarias en España, de expertos procedentes tanto del mundo académico como de la política y la gestión sanitarias. El interés era contrastar la visión de la literatura que ofrece la primera parte con esta otra más vivencial y contextualizada, de forma que del diálogo de ambas surgiera una visión suficientemente amplia para abarcar la complejidad de la cuestión del establecimiento de prioridades en un sistema nacional de salud como el nuestro.

5.1. OBJETIVOS

- a. Conocer las opiniones, valoraciones e ideas que tienen los expertos sobre el establecimiento de prioridades y el racionamiento.
- b. Estudiar las implicaciones en el establecimiento de prioridades que atribuyen a las distintas herramientas y paradigmas teóricos que se manejan en la literatura sobre priorización.
- c. Identificar los principales obstáculos y resistencias que han experimentado o prevén a la hora de adoptar medidas en este sentido en el contexto del Sistema Nacional de Salud Español
- d. Explorar su percepción sobre la viabilidad de un proceso transparente para la toma de decisiones en el caso español, así como las amenazas que podrían dificultar su implantación.

5.2. METODOLOGÍA

A la vista de los objetivos propuestos se consideró que lo más adecuado era un enfoque cualitativo con un diseño a base de grupos de discusión. Se trata de una técnica que capitaliza la comunicación entre los participantes, buscando la interacción del grupo. Es el método más apropiado cuando se desea explorar los temas de mayor importancia para los participantes, su valoración y experiencia. El trabajo en grupo genera variedad y formas muy diferentes de comunicación. Tiene la virtud de permitir que los participantes replanteen el tema de estudio adentrándose en direcciones no esperadas que resultan muy significativas, al no limitar la expresión de sus conocimientos y actitudes a respuestas sesudas a preguntas muy directas. Se examina el grado de consenso y disenso sobre los diferentes temas tratados, y esta interacción grupal genera comentarios más críticos que otras técnicas como la entrevista. Su uso es muy pertinente para el examen del conocimiento y la experiencia de los sujetos permitiendo el desarrollo amplio de las ideas, su operatividad y la adopción de sus propias formas de expresión dado un contexto concreto.

El moderador o conductor de la reunión fue siempre el mismo dando un turno de palabra inicial a cada uno de los componentes, para enseguida comenzar con las comunicaciones cruzadas sobre bloques temáticos hasta su agotamiento. Se siguió un guión (ver anexo 2) que iba de lo general o lo específico. Se consiguió un ambiente permisivo y poco directivo, que mantenía el carácter estrictamente confidencial y anónimo de cada intervención. El moderador tenía experiencia en proyectos similares.

Los grupos duraron una media de 4 horas y tuvieron lugar en los meses de enero y febrero de 2004. Las cintas de audio se transcribieron y fueron remitidas a los participantes para recabar cambios por inexactitudes y conseguir su aprobación, aspectos, conseguidos con plena eficacia. Se celebraron cuatro grupos de discusión, constituido cada uno por cuatro analistas y cuatro decisores. Las características de los integrantes del grupo fueron el liderazgo y la iniciativa gestora indiscutible, la experiencia en el tema objeto de estudio, y su gran relevancia académica y/o política (ver anexo 3).

5.3. RESULTADOS

El discurso de los expertos españoles sobre el establecimiento de prioridades recorre tanto los aspectos teóricos como los prácticos, analizando las peculiaridades, los pros y los contras de su aplicación en el contexto sanitario público español.

5.3.1. Priorizar: una cuestión de objetivos

Parece razonable que el primer paso para la discusión sea esclarecer qué se entiende por *priorización*. Un punto sobre el que estos expertos alcanzan consenso rápidamente es que sólo tiene sentido hablar de prioridades si existen unos objetivos que el sistema debe alcanzar, y son los valores reflejados en estos objetivos los que guían las elecciones que se hacen. Cabe resaltar que, en opinión de estos informantes clave, mientras que el establecimiento de prioridades en sí mismo puede ser un proceso técnico, la discusión sobre objetivos y valores es una cuestión estrictamente política, de forma que no habría planteamientos o soluciones *neutras* sino necesariamente inspiradas por una determinada visión de lo que el sistema debe perseguir, que existe *a priori*:

“Si no existen objetivos, no es necesario hablar de priorización.”

“Antes de hablar de establecer prioridades, deberíamos saber cuáles son los valores que hay que priorizar, así como qué valores queremos que tenga la atención primaria: eficiencia, efectividad, bienestar, satisfacción, atención al sentimiento... Las escalas de valores de la sociedad deben aparecer reflejadas en el sistema sanitario.”

La legitimidad de estos objetivos procederá, desde este punto de vista, de la medida en que reflejen los valores sociales y persigan el bien común, como quiera que se defina en cada contexto. En su análisis de lo que debería ser y lo que es, los expertos repasan una gran variedad de posibles objetivos: la equidad del sistema, la eficiencia, la búsqueda de la efectividad para cada caso individual, la penalización a los individuos que no se responsabilizan de su salud, la

libertad clínica, el recorte de gastos, los intereses lucrativos de las industrias dedicadas a la producción de bienes sanitarios, la perpetuación en el poder de los políticos, fomentar la orientación de los usuarios hacia el sector privado para aquellas prestaciones consideradas no básicas... Y todos ellos pueden ser explícitos o no. El hecho de que no se declaren como objetivos no quiere decir que no se persigan y en su discurso los expertos analizan una serie de realidades del sistema que *de facto* fomentan objetivos-comportamientos que no se han explicitado pero son patentes:

“El establecimiento de prioridades real difiere del que se suele hacer explícito.”

“Escoger qué es lo más importante, seleccionar prioridades, es un tema fundamentalmente político que siempre se está realizando, ya sea de modo explícito o implícito. Cuando es explícito, se realiza formalmente a través de grupos de personas que se ponen de acuerdo para decidir las acciones más importantes en base a criterios claros. En este caso, suele tratarse de un ejercicio a veces disfrazado de trabajo puramente “técnico” pero donde siempre intervienen valoraciones ideológicas sobre los criterios para priorizar e incluso en la selección misma de personas (expertos, población, etc) que van a decidir. Cuando el proceso es implícito, la elección de prioridades se basa en elementos que tienen que ver con factores fundamentalmente políticos relacionados con los intereses ideológicos, las presiones económicas y comerciales, las inercias y modas culturales, etc.”

Consideran que mantenerlos implícitos supone hurtarlos a la discusión pública, evitando que se evidencien como ilegítimos en algunos casos, o que se revistan de la legitimidad que podrían concitar en otros. Este es uno de los argumentos más invocados para exponer la necesidad de que los procesos de establecimiento de prioridades sean explícitos y participativos:

“Todo lo implícito introduce un riesgo de inequidad, aunque es obvio que también pueden explicitarse criterios injustos de priorización. Sin duda el factor crítico es la transparencia que eventualmente permite la discusión crítica en el ámbito de la sociedad para encontrar criterios ampliamente aceptados.”

“Cuanto más transparente y explícito, mejor será el proceso (de establecimiento de prioridades).”

“Si priorizas, dices lo que no haces. Por ello, se trata de evitar la explicitación.”

En cuanto a los objetivos que consideran propios de un sistema sanitario público, la equidad y la eficiencia parecen situarse a la cabeza, con la clásica discusión sobre la necesidad de que interaccionen para encontrar un equilibrio deseable:

“Las prioridades políticas deberían buscar la eficiencia y, muy especialmente, la equidad, dos objetivos que no tienen por qué ser contradictorios.”

“La equidad es un valor tan interiorizado en España, que prima sobre la eficiencia.”

*“- Cualquier mejora en la equidad supone una ineficiencia.[...]
- La peor forma de inequidad es el derroche. Un sistema público debe gastar bien, lo que implica ser eficiente.”*

En este sentido, abordan la discusión sobre cómo conjugar el interés individual con el colectivo, o dicho de otro modo, la relación entre el imperativo de asegurar que cada usuario accede a las prestaciones más efectivas según la evidencia disponible y que el sistema maximice la salud de la sociedad con el presupuesto del que dispone. Lo que se debate es la compleja relación entre el paradigma de la MBE y el de la MCE, que algunos conciben como opuestos en tensión, mientras que otros consideran que aplican a niveles de decisión distintos sin llegar a contraponerse:

*“Existe conflicto entre ambos enfoques, pero no tan frecuente como en la teoría.”
“Se trata de actividades complementarias.”
“Para un presupuesto dado, el beneficio individual debe someterse a las restricciones que rigen para la mayoría.”
“Es posible establecer dos filtros (entre prestaciones, y más tarde entre individuos), pero antes debe establecerse hasta dónde se quiere llegar desde la financiación pública a cada una de aquellas categorías.”*

Hay otro objetivo que con frecuencia se le atribuye a los sistemas sanitarios en el momento actual del debate técnico y que, sin embargo, no parece gozar de gran predicamento entre los expertos de nuestro país: favorecer a aquellos individuos que lo *merecen* frente a aquellos que no (en función de sus estilos de vida). Los argumentos que aportan se sitúan en la línea de la salud pública clásica que considera que los determinantes de salud más relevantes no están bajo el control de los individuos sino que son responsabilidad social. Se recela además de los criterios de responsabilidad individual como llave de acceso a las prestaciones, al interpretarlos como impropios de la razón de ser de un sistema nacional de salud frente a la lógica de otros entornos (EEUU o el sector privado) en los que la atención a la salud no se considera un bien público que debe garantizarse a los ciudadanos:

*“ Las aseguradoras estadounidenses ya varían sus pólizas según los hábitos del asegurado. El sistema sanitario es público para garantizar la equidad.”
“¿Cómo se sabe quién lo merece? ¿Quién decide?”
“Si los determinantes de salud son exógenos al comportamiento individual no deberían penalizar la priorización de prestaciones en el ámbito individual. Si fuesen endógenos se debería tratar de corregirlos incorporándolos a la priorización.”
“Los principales determinantes y factores de riesgo de la salud son sociales y ambientales y no genéticos, personales”*

5.3.1.1. Establecimiento de prioridades y racionamiento

En la literatura y las discusiones, el término *priorización* aparece con frecuencia asociado a otro: *racionamiento*. El discurso de los expertos refleja este hecho tratando de aclarar la relación entre estos dos conceptos. Algunos expertos defienden que se trata de momentos distintos del

proceso de toma de decisiones, el racionamiento vendría a ser la herramienta para la aplicación práctica de las líneas establecidas por la priorización:

“Racionamiento parece más cercano a la toma de decisiones del clínico, y establecimiento de prioridades se aproxima más al decisor.”

“Racionamiento parece referirse a gasto, mientras que establecimiento de prioridades resulta algo más difuso, y podría asociarse a la planificación. Entiendo que al marcarse prioridades, para que éstas sean sostenibles, se debe racionar.”

“Todos nos ponemos prioridades, pero la dura realidad es empezar a racionar. Racionamiento y establecimiento de prioridades no se refieren al mismo proceso.”

En este sentido, se discute la pertinencia de que las decisiones sobre limitación de prestaciones se desplacen hacia el plano micro recayendo en el clínico, lo que se ha dado en llamar el *racionamiento a pie de cama*. El establecimiento de prioridades (o *racionamiento*) a nivel *macro* implica la toma de decisiones de *racionamiento a pie de cama (bedside rationing)*, que entran en conflicto con la libertad clínica y el deber médico de prestar la mejor y más eficaz ayuda posible al paciente. Se aboga por que las líneas y criterios de aplicación y limitación de las prestaciones se definan socialmente, el paciente debe reunir una serie de características para acceder a esa prestación de forma que el médico sólo deba clasificar por gravedad o indicación con arreglo a criterios estrictamente clínicos:

“-Sería injusto que las decisiones de racionamiento recayeran en los médicos.

-Se puede llegar a una situación en que el profesional se plantee a qué paciente opera antes y se discutan socialmente los criterios.

-No tendría que decidir, sólo clasificar según la gravedad.”

En general, esta forma de racionamiento despierta entre los expertos cierta suspicacia, ya que parecen estimar que abre un margen demasiado amplio a la discrecionalidad, amparado en el empleo de la *regla de rescate*, que lo aleja totalmente de los parámetros de racionalidad global del sistema:

“El peligro es que las decisiones se apliquen en la práctica según las características de los médicos y los pacientes.”

“Está bien basarse en criterios técnicos y científicos, pero también hay que introducir la escasez, que no es un concepto clínico.”

Algunos consideran que es un concepto anglosajón, basado en la asunción de que el profesional sanitario comparte y ejecuta los objetivos de la organización, que no es extrapolable al contexto español, porque, como se desarrollará más adelante, el grado de identificación con el sistema que atribuyen a los sanitarios es muy escaso:

“Se trata de un implícito sajón, donde el médico es leal a la organización. No podemos pretender adaptar esta situación al contexto español. Resulta crítico para quién se trabaja y cómo se remunera.”

Es posible identificar otra postura entre los informantes que considera que la distinción entre los términos *racionamiento* y *establecimiento de prioridades* viene marcada más por las sensibilidades de los distintos contextos en los que se emplean que por una verdadera diferencia. Así, el término *racionamiento* parece adolecer de mala prensa, evocando aspectos muy negativos en el imaginario social, lo que hace que su uso público sea prácticamente nulo, siendo sustituido por *racionalidad*, *sostenibilidad* o *priorización*, que tienen una carga positiva que los hace más aceptables:

“Establecimiento de prioridades es más amigable, pero insoluble con racionamiento.”

“- Racionamiento es más seco, duro, menos político, menos entendible, que establecimiento de prioridades.

- En el fondo ambos términos se refieren a lo mismo. En el mundo anglosajón se emplea priority setting y sostenibilidad sería la tercera expresión en discordia. No deja de ser una cuestión semántica.”

5.3.2. ¿Por qué priorizar?

Una vez aclarado qué entienden estos expertos por *establecimiento de prioridades*, parece necesario justificar la necesidad de aplicar este tipo de proceso en el SNSE. Como se desprende de la revisión de la literatura, el debate especializado justifica la necesidad de abordar un proceso de priorización en los sistemas sanitarios por la precariedad financiera por la que, en general, atraviesan. Tal precariedad se explica por el aumento del gasto debido a la conjunción de tres fuerzas: la evolución demográfica, la tensión para incorporar al sistema las nuevas tecnologías que constantemente aparecen y los cambios sociológicos. Estos informantes clave adoptan un planteamiento analítico idéntico, abordando estos tres factores para el contexto español.

5.3.2.1. Los cambios demográficos

En este aspecto, se señala el envejecimiento de la población como una cuestión relevante en el análisis, aunque algunos expertos se resisten a considerarlo un problema del sistema, prefiriendo encuadrarlo como un logro, al que sin duda la mejora de las condiciones de vida generales ha contribuido tanto como la sanidad. Desde este punto de vista, lo que se plantea es la pertinencia de desplazar una proporción mayor de los recursos destinados a la atención a los mayores hacia dispositivos sociosanitarios y de atención domiciliaria, que contribuyen más a la calidad de vida de este sector de población y representan un coste inferior, en lugar de seguir concentrándolos en la atención sanitaria. Se arguye, además que esta es la tendencia en muchos países de nuestro entorno:

“El envejecimiento es un resultado indudablemente bueno de la mejora de las condiciones de vida y del sistema de salud ¿no queremos envejecer en buena salud?”

“No parece lógico quejarse del envejecimiento de la población cuando lo que siempre se ha buscado es la prolongación de la vida. Este envejecimiento también se debe al gasto social, no sólo al sanitario.”

“El envejecimiento afecta al gasto, pero también la excesiva medicalización. Las demandas de no sólo cantidad, sino también calidad de vida hacen tender a una atención social. Por ello, hay que plantearse si las partidas presupuestarias se dedican a sanidad o a gasto social.”

“La asistencia domiciliaria y el ámbito sociosanitario tienen mayores necesidades que la sanidad.”

En cambio otros informantes si manifiestan su preocupación por el aumento de la longevidad, en concreto, se temen un colapso conforme el *baby boom* envejezca. Desde esta postura se debate la existencia del encarnizamiento terapéutico y se plantea si la sociedad debe financiar un pequeño alargamiento de la vida con escasa calidad:

“El baby boom de 1945 me hace temer en un shock de la sanidad pública a partir de 2010. Los nuevos jubilados podemos colapsar todos los servicios.”

“El consumo de recursos en los últimos años de vida del paciente es desproporcionado y el sistema no lo soportará. Los pasivos suponen ya el 82% del coste farmacéutico. ¿Debe un país desarrollado destinar recursos financieros crecientes a garantizar un pequeño alargamiento de la vida no libre de discapacidades? Sería bueno recordar el “ars moriendi” frente al actual “secuestro de la muerte personal” por el SNSE.”

Se ponen de manifiesto diferencias locales en la preocupación por este tema, alcanzando más relieve, lógicamente, en aquellos contextos en los que la población está más envejecida. También parecen existir peculiaridades regionales en cuanto a la apreciación del impacto de otros fenómenos como la inmigración ilegal o el *turismo sanitario* que, en opinión de estos expertos, añaden un factor de sobrecarga a los correspondientes sistemas regionales de salud, que, sin embargo, resulta invisible a efectos del reparto de la financiación:

“Los efectos del envejecimiento dependen de la región en que se den. En Castilla La Mancha es un factor esencial, ya que cuenta con la esperanza de vida más elevada de Europa y esta situación se ve agravada por la dispersión geográfica. Por ello, supone para sus autoridades un reto mucho mayor que la inmigración, en este momento.”

“Existen dos situaciones que no se contabilizan en las Comunidades Autónomas ni reciben asignación presupuestaria: la inmigración ilegal, y la población jubilada procedente del Norte de Europa. Esto sucede en Baleares o en la Costa del Sol y, por ejemplo, constituyen el 40% de las consultas del hospital de Marbella, donde no están empadronados.”

5.3.2.2. Las nuevas tecnologías

En cuanto al efecto de las nuevas tecnologías cabe señalar que para estos expertos su efecto en el aumento del gasto resulta de la máxima relevancia, por encima incluso del envejecimiento de la población al que atribuyen, como se ha expuesto, un efecto moderado a lar-

go plazo y, en principio, controlable. La presión de la innovación, en cambio, se percibe como urgente en el corto plazo y agravada por la interacción con el cambio demográfico y de expectativas de la población.

Una de las primeras cuestiones en el análisis de los expertos es que, en muchos casos, su incorporación no es sustitutiva de las existentes, sino que sigue una pauta incremental en la que la novedad coexiste con todas las tecnologías previas. Desde su punto de vista esta dinámica resulta muy cuestionable ya que indicaría que la aportación del nuevo dispositivo o fármaco es marginal en términos de efectividad, lo que no justificaría su adopción por el sistema público. Algunos se inclinan a pensar que el beneficio tácito en estos casos se limita a favorecer la libertad clínica, aumentando las oportunidades de elección de los profesionales, a los que se supone inevitablemente atraídos hacia la innovación tecnológica y ajenos a criterios de escasez y optimización del gasto:

“Deberíamos hablar en términos de tecnología incremental y tecnología disruptiva. La incorporación y difusión de innovación tecnológica de tipo disruptivo es primordial para agregar valor por unidad de producto o servicio (productividad) y mejorar la rentabilidad de los recursos esenciales.”

“Existen estimaciones de que el envejecimiento de la población supondrá un crecimiento del gasto de un 1.1%, que puede ser fácilmente encajable en el PIB. El crecimiento de los recursos por paciente se puede descomponer en el aumento de la frecuentación, la aparición de nuevas tecnologías y qué se le ofrece al paciente en cada visita. Una tasa de crecimiento anual del 1.1% en términos reales es atribuible a los factores demográficos, el resto es gestionable. La mayor intensidad en el consumo de recursos por paciente lleva a una tasa de crecimiento anual del 4%. ¿Por qué tipos de innovaciones estamos dispuestos a pagar? ¿Qué valor adicional tienen?

“Existe la idea de que cuanto más, más calidad. Los clínicos buscan mayor cantidad y calidad de información (alude a la acumulación de tecnologías diagnósticas).”

Hay otro aspecto que apuntan como muy relevante en relación a la adopción de nuevas tecnologías, y es la intensidad y el patrón de uso que se prevé. En opinión de estos expertos el factor crítico muchas veces no es si se va a ofrecer una nueva tecnología, sino el incremento en utilización de la prestación correspondiente derivado de esa incorporación, que puede aumentar el gasto a pesar de que el coste por paciente sea inferior al ocasionado por la tecnología a la que sustituye. El fenómeno se explica porque la prestación en las nuevas condiciones resulta más atractiva para los usuarios o aumenta el espectro de potenciales beneficiarios, dando lugar a un mayor volumen de utilización. Consideran que en el momento actual el peso de este factor en la toma de decisiones es muy escaso, en contra de lo que su impacto aconsejaría. El caso de los fármacos parece paradigmático:

“Puede hablarse de un binomio incorporación de nuevas tecnologías- modo en que se usan. También hay que resaltar que estas innovaciones generan unas expectativas que exceden las ventajas reales. Con respecto a la importancia del modo en que se usan las innovaciones, puede darse que los resultados sanitarios crez-

can un 10% por la nueva tecnología, mientras que el consumo de otros recursos (personal,...) aumente en un 80%.”

“Hay experiencias con fármacos, por ejemplo las estatinas, cuyo precio por DDD se redujo un 10% entre los años 2002 y 2003, pero su consumo creció un 150%. Por ello, es necesario considerar el gran crecimiento de los patrones de consumo de nuevos medicamentos.”

Abundando en este tema, la opacidad que atribuyen a los criterios de autorización o inclusión de nuevas tecnologías aplicados por las autoridades reguladoras se valora como dejación de responsabilidades y un error grave. Se le atribuye una lógica de autorización de las novedades sin contemplar la viabilidad para el sistema de su financiación, asumiendo como implícito que la preocupación por los recursos disponibles es un asunto *a posteriori*:

“Las Direcciones Generales de Farmacia son una caja negra. Lo esencial es que existan diferencias significativas en efectividad, que luego se asumirá cualquier coste.”

“Han existido diferencias de hasta diez veces en el precio de especialidades con el mismo principio activo. El Estado (a través del Ministerio de Sanidad y Consumo) autoriza, registra, decide sobre la financiación pública y fija los precios y los márgenes de cada agente de modo centralizado y unilateral. El peso del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario sigue creciendo, porque se admite la convergencia de precios con los valores más altos de Europa, con el argumento de evitar las exportaciones paralelas.”

“ - La Agencia del Medicamento aprueba indicaciones ambiguas. El problema pasa al nivel micro y afecta al meso. Supone una dejación de funciones del regulador y planificador.

- Nadie sabe en qué se basa el precio de los medicamentos.

- Tampoco se tiene en cuenta el Real Decreto relativo a la ordenación de las prestaciones. Se llevan a cabo estudios de efectividad una vez comercializado el producto, cuando ya no existe margen para la regulación.”

En este sentido, expresan cierto grado de preocupación por la capacidad de influencia de los intereses de la industria, que controla la I+D, lo que, en su opinión, le confiere un poder excesivo sobre la información y un margen considerable de arbitrariedad en las prioridades de investigación y la fijación de precios:

“La industria es la que marca el camino a la sanidad.”

“Antes hay que preguntarse quién lanza nuevos productos y técnicas, y si suponen una mejora sobre las existentes, si suplen a otra, o es otra más. Los ensayos clínicos y científicos, generalmente están financiados por los laboratorios y son de difícil acceso.”

“El desarrollo de nuevas tecnologías relacionadas con el envejecimiento no es algo casual: la industria invierte en aquellos campos con mayor beneficio potencial. El

envejecimiento genera un mayor número de casos de artrosis, para los que las compañías proporcionan cada vez más respuestas.”

5.3.2.3. Los cambios sociológicos

En opinión de los informantes es notorio el cambio en las expectativas sociales respecto a la salud y el bienestar, así como la obligación del sistema sanitario de ocuparse de esferas de la vida que antes se consideraban responsabilidad personal y su efecto en los patrones de consumo de recursos sanitarios. Se considera que los medios de comunicación juegan un papel muy relevante fomentando esa sensación colectiva de que hay remedio para todo:

“Cada vez más se están tratando problemas de felicidad, no sanitarios. La medicalización de la vida es un fenómeno que asusta. Procesos que nunca han sido sanitarios empiezan a serlo ahora. No deja de crecer el peso de los ansiolíticos en el gasto farmacéutico. ¿Debe la Sanidad atender estos problemas de felicidad?”
“Las expectativas de la población determinan las demandas sanitarias. Los medios de comunicación generan buena parte de dichas expectativas. Parece que nos acercamos al modelo americano basado en el yo vivo y ya me arreglarán los médicos.”

Algunos expertos apuntan que el hecho más relevante es que la asistencia sanitaria se ha convertido en un bien de consumo, y como tal, sujeto a promoción y publicidad para un consumidor que exige variedad, novedad y amplitud de prestaciones:

“Evidentemente, el envejecimiento afecta por el lado de la demanda, aunque también es necesario recordar que la sanidad está tomando un carácter de bien de consumo, lo que implica que cada vez se exigen más avances desde la ciudadanía.”

Se reconoce que también opera el mecanismo de oferta generadora de demanda, que consideran especialmente claro en el caso de la Atención Primaria. Dentro de este proceso de continuo aumento de la frecuentación y el consumo de los servicios sanitarios, merece especial atención el gasto farmacéutico. En todos los grupos de discusión surgió el tema del enorme crecimiento del consumo de fármacos antipsicóticos y antidepresivos, que preocupaba a los expertos tanto por los recursos que implica como por el nuevo cariz que toma la atención sanitaria a partir de su inclusión y receta indiscriminada en cada vez mayores sectores de la población:

“Hay que recordar que la reforma de la Atención Primaria ha creado una explosión del gasto al hacerla más cercana a la gente.”
“También hay que señalar la presencia creciente de fármacos de calidad de vida y fármacos del carácter.”
“-Otra causa del aumento del gasto sanitario son los medicamentos para los problemas de sociabilidad.”

*- 4 de los 16 medicamentos más vendidos son antipsicóticos y antidepresivos.”
“La farmacia hospitalaria ha cambiado relativamente poco en los últimos diez años, sin embargo fuera del hospital, en la calle, hay más productos y los valores sociales y asistenciales son diferentes (receta dirigida).”*

Perciben tensión entre una capacidad de innovación con potencial de mejora sólo marginal (rendimiento decreciente de la investigación farmacéutica) y las expectativas sociales de omnipotencia técnica, lo que les lleva a plantear la pregunta *¿Cuánto estamos dispuestos a pagar por esa mejora marginal?*:

*“Lo ideal sería desarrollar nuevos fármacos muy innovadores y con un bajo coste. Pero la verdadera innovación requiere mucho tiempo y dinero. Ignorar que las mejoras deben ser necesariamente marginales es ignorar cómo se realizan los avances en cualquier sector industrial.”
“La oferta sanitaria parece responder a la demanda y la innovación. Cuando una asociación de enfermos pide financiación para un tratamiento, es el profesional el que solicita la nueva tecnología.”*

Algunos informantes apuntan que estos cambios podrían calificarse como *morir de éxito*: un país desarrollado ha de asumir que su población tiene nuevas necesidades y expectativas mayores y, en consecuencia, prever que necesita destinar los recursos necesarios racionalmente planificados:

*“Este problema es consecuencia de un éxito: el desarrollo supone un mayor gasto sanitario. No creo que la solución pase por una reducción del presupuesto en sanidad, sino por un crecimiento lógico del mismo. Por ello, debe planificarse de modo que dé respuestas a las necesidades y sea equitativo.”
“Las expectativas crecientes de la población respecto al sistema sanitario es el resultado de su propio éxito y no necesariamente significa más gasto cuando la población participa en las decisiones que le afectan (no hay muchos voluntarios a prolongar su vida en UVI...). La afirmación de que la demanda de servicios de salud es infinita no tiene fundamento empírico alguno (más bien lo contrario). Un estudio reciente muestra que, a nivel agregado, el Reino Unido podía satisfacer perfectamente la demanda de prótesis de cadera de su población con los recursos existentes.”*

5.3.3. El entorno en el que se prioriza: análisis de los elementos estructurales del SNSE

Desde el punto de vista de los expertos, un primer acercamiento a la arquitectura del Sistema Nacional de Salud Español (SNSE) muestra la existencia de desajustes estructurales en el mismo que generan problemas persistentes en el tiempo. Estas situaciones caracterizan al SNSE frente a los sistemas sanitarios del resto de países desarrollados, y deben ser tenidos en cuenta antes de cualquier análisis.

5.3.3.1. Hacia un SNSE descentralizado

En primer lugar señalan la evolución desde un sistema de Seguridad Social altamente centralizado hacia un Sistema Nacional de Salud que acaba de completar su descentralización, no sin tensiones. En su opinión esta realidad histórica explica algunos de los elementos más conflictivos que detectan en el SNSE:

“El sistema chirría por la incongruencia histórica entre su origen en un sistema de cotizaciones y sus actuales prestaciones “universales”. La base del sistema sanitario es de seguridad social, mientras que las prestaciones son –nominalmente– tipo sistema nacional de salud. La “afiliación” se puede producir por distintas vías: trabajador, beneficiario de trabajador, “cartilla solidaria”, etc. Así, un ciudadano de 70 años no recibe las mismas prestaciones (V. gr.: gratuidad de los medicamentos) según proceda de una afiliación como trabajador, ahora jubilado, como beneficiario de un hijo aun trabajador en activo, o como extensión de cobertura a colectivos no cubiertos por la antigua Seguridad Social. Y lo más incongruente es que ésta reconoce el derecho a prestaciones en especie – como la gratuidad de fármacos – sin contribuir a la financiación de éstas. Esta obvia incongruencia se mantiene por el ansia, que benévolamente llamamos “jacobina”, de mantener competencias estatales sobre el sistema asistencial, lo que lleva a aberraciones como seguir llamando en la última tanda de transferencias “asistencia sanitaria de la Seguridad Social” lo que hoy es el SNSE, como vía para mantener en la administración central la capacidad de normativa básica.”

Estos expertos analizan la descentralización del sistema y la forma en que se ha llevado a cabo como un factor ambivalente: por un lado, se considera que acercar la organización a los destinatarios permite apoyar una diversidad necesaria para adaptarse a las necesidades diferenciales de los distintos ámbitos autonómicos, pone en evidencia los déficits de equidad interterritorial y añade legitimidad al modelo de SNS. Por otro lado, manifiestan su preocupación por la tendencia a centralizarse de las 17 administraciones sanitarias resultantes, reproduciendo el modelo que se pretendía superar. A esto se añade la dinámica de competencia que perciben tanto en su relación entre ellas como con respecto a la administración central. Describen un panorama en el que, perdiendo de vista la racionalidad global del sistema, cada organización autonómica busca convertirse en autosuficiente, ignorando cuestiones como las economías de escala, sin que desde el gobierno central se articulen suficientes mecanismos para desincentivarlo mediante el apoyo financiero a iniciativas cooperativas:

“El cierre del proceso transferencial de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas, sin duda ha añadido valor de legitimación y coherencia social, pero paradójicamente, la vulnerabilidad del conjunto del sistema es mayor por el riesgo de fragmentación en las políticas sanitarias. Un sistema descentralizado no bien conectado institucional ni instrumentalmente, como actualmente se evidencia en el ámbito de las relaciones de autoridad sanitaria, autolimita el gobier-

no y la eficiencia de todo tipo de transacciones. Es imprescindible una mayor coordinación vertical y horizontal para garantizar la cohesión, la consistencia interna y la gestión global de las políticas y los servicios sanitarios.”

“El sistema sanitario español era muy rígido, pero la apuesta por la descentralización llevó a la creación de 17 sistemas centralizados.”

“Es mayor el grado de inequidad intraterritorial que extraterritorial”

“Tras la descentralización y la Ley de Cohesión y Calidad, puede darse una situación similar al dilema del prisionero con n jugadores, donde el óptimo sería un pacto político entre todos, pero cada dirigente autonómico tiene incentivos para ofrecer prestaciones que el resto de Comunidades Autónomas no incluyen. Esta dinámica de ofertar cada vez más, puede introducir una distorsión en el establecimiento de prioridades. Cada dirigente autonómico quiere un sistema completo, que no derive enfermos y con las últimas innovaciones tecnológicas... sin embargo, lo razonable sería compartir las tecnologías excesivamente costosas entre diversas Comunidades Autónomas aprovechando las economías de escala. En este sentido, la cada vez menor dotación financiera del Fondo de Cohesión constituye un claro obstáculo, junto a la ya citada búsqueda del impacto electoral.”

La lógica de competencia que describen, añadida a la falta de previsión por parte de la administración central que, desde su punto de vista, completó las transferencias antes de haber consensuado un diseño de sistemas y flujos de información, da lugar a otro elemento preocupante para el establecimiento de prioridades, la fragmentación de la información sanitaria:

“-El Observatorio creado en la Ley de Cohesión y Calidad debiera encargarse de eso. Tras la descentralización total del INSALUD nos hemos quedado sin información.

-El SNSE ha tenido en 2001 una descentralización instantánea, sin preparación del día después, en la que no se han previsto cosas tan importantes como la continuidad del sistema de información... En contra del consejo de muchos expertos la Ley de Calidad y Cohesión se ha hecho después y no antes de finalizar las transferencias...

-Existe un vacío debido a la falta de información, y continuará mientras no exista consenso político sobre la Sanidad.”

A la vez, la administración central mantiene competencias que, en opinión de algunos expertos, distorsionan la capacidad de gestión de los responsables autonómicos, como por ejemplo la autorización de bienes y servicios sanitarios o la inclusión de nuevas prestaciones en el catálogo del SNSE, para las que no se prevé financiación adicional, lo que supone que son los presupuestos autonómicos los que han de reestructurarse para hacer frente a ese gasto no previsto:

“- Hay que saber qué nivel de gasto se condiciona en cada nivel de decisión.

-Los fracasos han venido por los planes de salud del Ministerio y de las Comunidades Autónomas, ya que no iban acompañados de financiación.”

“La “distribución” competencial en política farmacéutica es sorprendente. El Ministerio de Sanidad y Consumo se reserva la autorización, registro, fijación de precio y condiciones de dispensación de los medicamentos, sin espacio para la gestión de los supuestos “gestores” de la prestación, las CC.AA. A éstas se les dice que pueden gestionar las guías farmacoterapéuticas, la gestión de la prescripción de los profesionales.....en definitiva todo lo que jamás se gestionó cuando la competencia residía en la administración central.”

“Las transferencias de competencias no son algo tan reciente para algunas Comunidades Autónomas. Cada una prioriza, pero lo esencial es mantener la equidad y la universalidad de las prestaciones. En cuanto a las que se crea necesario incluir, el Ministerio no puede seguir imponiéndolas sin aportar financiación.”

5.3.3.2. Política de personal y productividad del sistema

Otro de los factores estructurales que los informantes analizan como crítico para el sistema es la organización de la producción de cuidados sanitarios basada en el uso intensivo de un factor trabajo hasta ahora abundante y barato en España. El hecho de que cualquier control de costes en el sector haya implicado con frecuencia pérdidas de poder adquisitivo para el personal sanitario ha debilitado la estructura de incentivos del mismo y, por ello, ha afectado a su grado de fidelización con la estructura sanitaria:

“Cuando se ha decidido actuar sobre los costes de los factores, se ha optado por congelar los sueldos del personal sanitario.”

“El personal sanitario español cobra el 40% de la media europea: ahí es donde se está aplicando el control de costes.”

“La crisis financiera será rápida si se incrementan los sueldos del personal (por ejemplo, si existe un movimiento sindical importante) ya que el modelo español se basa en utilizar más personal médico que otros países pero con salarios más bajos.”

La falta de motivación de los profesionales, en la que los expertos inciden con preocupación, vendría además justificada por el divorcio entre la gestión y la asistencia, que sitúa al profesional en un plano “pasivo reactivo”, enormemente perjudicial para la innovación organizativa (se incentiva el comportamiento “funcionarial”). En un ejercicio de autocrítica, se señala la incapacidad (y quizá la falta de voluntad) de las instancias gestoras para incluir a los profesionales en el proceso de diseño de los cambios y para explicar las modificaciones que se proponen, como causa de la falta de identificación de los profesionales con el sistema. Se incide en que esto supone desperdiciar el conocimiento presente en la organización. Es un activo dilapidado:

“El profesional es pasivo reactivo. Esta pasividad ante las innovaciones organizativas supone que se desaproveche buena parte del conocimiento existente acerca de la sanidad.”

“Para los profesionales, el sistema no les permite crecer ni en cargo ni en grado. La participación en distintas iniciativas afecta a la asistencia, como por ejemplo

los anestelistas, razón por lo cual la formación se la damos más fácilmente a aquellos profesionales no imprescindibles haciéndola casi imposible para aquellos profesionales que además tienen más sobrecarga laboral, haciendo motivación adversa, primando más a aquellas especialidades con menos carga laboral. Esto entre otras cosas hace que no dediquemos tiempo suficiente a explicar e informar a los actores de las líneas de cambio sobre las que sería necesario trabajar.”

“El sistema sanitario se basa en los clínicos, que no se sienten identificados con la gestión por desconocimiento en muchos casos. Habría que transmitirles los cambios y saber cómo los interpretan.[...] Los profesionales sanitarios se enfrentan a un nivel de competencia altísimo, además de la complejidad laboral a diario y en las guardias. Se trata de problemas de transmisión de ideas, los profesionales en contacto diario con los usuarios nos dirán cuales son las prioridades que detectan a falta de otro sistema mejor de información, (niveles meso y micro).”

Se reconoce que además existe una creciente carga de trabajo por sanitario, que, unido a todo lo previo, explicaría lo que algunos expertos perciben como una tendencia al trasvase de personal del sistema sanitario público hacia el privado. Cualquier transformación del SNSE debe pasar, en opinión de estos expertos, por una mayor preocupación por el personal, de modo que desaparezca la actual situación de frustración o *burnt out*:

“Existe un escape de personal de la sanidad pública a la privada. El profesional sanitario se siente alejado de la gestión y la toma de decisiones, no se siente responsable de lo que acontece en el Sistema Sanitario.”

“- Creo que el personal de atención primaria aguanta mucho.

- Estoy de acuerdo.

-El volumen de visitas es disparatadamente alto.”

En el momento actual de descentralización del sistema, detectan un nuevo motivo de alarma relacionado con las políticas de personal: la *carrera salarial* iniciada por las distintas administraciones autonómicas, que se une al aumento de personal para provocar un gran aumento del consumo de recursos:

“Se ha establecido un proceso de competencia salarial entre los distintos servicios autonómicos.”

“Un aumento de gasto superior al farmacéutico se ha debido a la creación de más de 200.000 nuevos empleos, así como a la subida de las retribuciones de todos los profesionales. Esta dinámica al alza de los salarios perjudica a las Comunidades Autónomas y supone un aumento del gasto en el largo plazo.”

5.3.3.3. Gobernabilidad y cultura de gestión

La situación de desgobierno del sistema parece una preocupación sentida por muchos expertos. Consideran que la gobernabilidad (*governance*) es una necesidad organizativa ineludible

a la que, sin embargo, se dedica poco esfuerzo político. En su opinión, la descentralización del sistema no ha sido capaz de contribuir a alterar esta dinámica de descontrol:

“El gobierno institucional de los recursos y la mejora de los sistemas para racionalizar y flexibilizar la gestión –excluyendo la burocracia superflua-, es un objetivo estratégico de primer orden para el control del gasto en las funciones críticas de la cadena de valor de los servicios sanitarios. [...] Existe un problema de fondo de gobernabilidad en el conjunto del SNSE, tanto a nivel institucional como en los niveles meso y micro de los servicios sanitarios, con insuficiencias y limitaciones importantes en la gestión de algunas funciones de valor que determinan en última instancia los resultados económicos y asistenciales.”

“El SNSE ha escapado del control social, si bien tampoco se intenta un control político por su elevado coste electoral.”

“Han quedado patentes las dificultades y las resistencias internas y externas a cambios sustantivos en el modelo organizativo y de gestión burocrática de los servicios sanitarios. Los intentos de transformación de la tecnoestructura mecanicista, hierática y funcional, en nuevas formas y modos de dirección y gestión más innovadoras y eficientes, con una cultura de empresa de servicios basada en el conocimiento y los valores, no ha progresado conforme a los requerimientos y necesidades que el sistema sanitario precisa.”

Consideran que la principal causa de esta situación es que en España faltan modelos de gestión y profesionalización de los gestores. Desde su punto de vista, no existen líneas estratégicas que se mantengan en el tiempo, lo que acaba por hacerlas escasamente creíbles y, en la práctica, inoperantes en un sistema que sigue su propia inercia. La causa principal parece ser la inestabilidad en el puesto de la cúpulas gestoras, estrechamente ligadas a los avatares del poder político. Cada nuevo equipo propone cambios en el sistema de medición, cambio de planes, cambio de objetivos y estrategias, y con frecuencia desaparece de escena antes de que nada de lo propuesto llegue a consolidarse:

“El gestor español no tiene sus referentes en modelos planteados. La gestión es en la práctica el adecuado uso del teléfono móvil. Saber hacer las llamadas oportunas. Esto es en todo el mundo una parte de la gestión, pero no la única. En nuestro país la escasa preocupación de una importante proporción de responsables sanitarios por atender a dimensiones distintas al mero servicio a sus “designadores” es preocupante.”

“Existe una excesiva rotación de dirigentes, así como continuos cambios en la medición de los resultados, lo que los hace poco fiables. Los profesionales no entienden tantos cambios y no hay coordinación en la organización. El poco tiempo de vida laboral de los directivos, la falta de continuidad en lo planificado, el cambio de objetivos por parte directiva y la velocidad con que los hemos introducido, lo hacen casi incomprensible para los trabajadores del sistema sanitario, que no se sienten copartícipes de las grandes líneas organizativas.”

El resultado según estos expertos es desconcierto, desmotivación y distanciamiento de los profesionales, que optan por resistirse a cualquier cambio y, *de facto*, ausencia de innovación organizativa, por más que pueda parecer que los cambios son continuos. Este comportamiento genera numerosas ineficiencias y desaprovechamiento de recursos, así como oscurantismo y ausencia de rendición de cuentas. De ahí que reclamen la creación de una burocracia en el sentido weberiano del término, que se ocupe de garantizar que el sistema sanitario sirve los objetivos sociales que son su mandato y favorezca la transición hacia una cultura de servicio y transparencia para con los ciudadanos, imprescindible para un proceso de establecimiento de prioridades sanitarias:

“La gestión en España sólo mide la actividad: estancia media, ocupación media, visitas en atención primaria,... ¿Esto implica que lo que no se mide no se gestiona? ¿Se gestiona algo en Sanidad? Desde la Ley General de Sanidad hasta ahora, ¿qué decisiones no micromarginales se han tomado?”

“El Estado (Ministerio y Parlamento) puede cambiar las reglas del juego para implantar el accountability de la institución sanitaria. Pero para ello se requiere una burocracia de alto nivel persistente en el tiempo, como la de Hacienda.”

En sintonía con esta inestabilidad de líneas estratégicas en el sistema que describen, consideran que el establecimiento de políticas sanitarias en nuestro país viene siguiendo una lógica perversa en la que se elaboran planes de salud carentes de dotación presupuestaria, que no se cumplen, entre otras cosas, porque la administración de las contingencias se impone a cualquier previsión a largo plazo. Tales contingencias pueden ser, según los informantes, crisis sanitarias -que catalogan como factores exógenos a los que hay que hacer frente: vacas locas, ola de calor...-, crisis organizativas por falta de previsión y crisis electoralistas, que obligan a desviar recursos presupuestarios para atender asuntos que se vuelven prioritarios por mor del “juego electoral” (el paradigma de éstas parece ser la cuestión de las listas de espera de cirugía) y que, a medio plazo, dan lugar a nuevas crisis organizativas. Su conclusión es que se trata de una política eminentemente reactiva en lugar de lo que necesariamente debería ser, proactiva:

“Las prioridades de los planes de salud se establecen en torno a los grandes determinantes de la salud, especialmente los exógenos (consumo de tabaco, estilos de vida), pero al llevarlos a la práctica difieren. Debemos fijarnos en los factores exógenos circunstanciales, como las grandes crisis sanitarias que rápidamente se colocan arriba en la agenda (vacas locas, SARS, aceite de orujo, ola de calor).”

“Las ofertas electorales alterarían la planificación del gasto, y obligarían a acomodar las nuevas prestaciones y redistribuir la financiación aunque deben entrar dentro de los presupuestos organizativos como hechos relativamente cotidianos.”

“- El margen (para el decisor sanitario) es nulo o muy escaso. Además, no existe el contexto adecuado ya que actualmente diversas corrientes de opinión prefieren tratar la necesidad de reducir las listas de espera.

- La política aplasta la “racionalidad” técnica, o dicho de otra manera, la visión a corto plazo, propia del “tempo” político, se impone a las visiones más racio-

nales a medio-largo plazo. De hecho, es un tema que no está en la agenda de ningún político, y puede constatarse que ya han fracasado diversas comisiones con el objetivo de introducir racionalidad (y estabilidad) en las políticas sanitarias.”

“La política en España no es proactiva, sino reactiva.”

“El problema actual no son las listas de espera (trampa maquiavélica que se arregla durante un año y vuelve a aparecer). En Cataluña se pasó de 1.500 prótesis de rodilla anuales a 12.000, y la lista de espera también se multiplicó. Quizá lo mejor para evitar una lista de espera sería no introducir dicha técnica.”

“Resultado paradójico que la reducción de las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas sea una prioridad para la población según las encuestas, cuando sólo una minoría se somete a operaciones.”

Hay otro elemento propio de la gestión y toma de decisiones en la asignación de recursos en el SNSE, que aparece como relevante en su discurso: el hecho de que las diferentes partidas presupuestarias se contemplen como compartimentos estancos en lugar de considerarlas elementos interrelacionados en una lógica sistémica que trasciende la suma de las partes. En opinión de algunos expertos, esto limita considerablemente las posibilidades de gestión eficiente y retroalimenta la rigidez burocrática, dificultando la adaptación a los cambios sociales emergentes:

“No se trata de gastar menos, sino de gastar mejor. Ningún estudio ha demostrado que el envejecimiento haga peligrar la sanidad pública. [...] hacer frente al envejecimiento requiere otras respuestas. Un problema es que seguimos pensando en presupuestos separados, como si el gasto farmacéutico no dependiera del resto. Una prueba de este error es que se puede gastar mucho más en medicamentos para enfermos crónicos y, de este modo, evitar que acudan periódicamente a los hospitales. Tampoco se puede confundir gasto y precio.”

5.3.3.4. La viabilidad financiera del sistema

Otro de los rasgos del SNSE que los informantes consideran peculiar y distorsionador es el déficit crónico en la financiación. Tal como ponen de relieve estos expertos, distintos estudios señalan que la dotación presupuestaria (como porcentaje del PIB) para el sistema sanitario público español está por debajo de la media de los países de nuestro entorno. Consideran que esta insuficiencia no se ajusta a la riqueza del país ni está a la altura de las expectativas de sus ciudadanos, lo que entre otras cosas contribuye al deterioro de la imagen del sistema:

“El 5.2% del PIB se destina al gasto sanitario, y el 0.2% a inversión. Nos encontramos a 0.6 puntos de la media europea, lo que supone unos 600.000 millones de pesetas, quizá más.”

“Al comparar con otros países de la OCDE y ajustar por variables socioeconómicas, se concluye que la sanidad pública española está subfinanciada entre un 6 y un 12%.”

“Según aumenta la renta, va existiendo una mayor frustración de las expectativas de la población. Se estima que en algunas CCAA con mayor renta por persona el sistema sanitario público ofrece un 60% de lo que se espera de él.”

Estiman que el problema no es que el SNSE sea muy caro. Desde su punto de vista, no existe un problema de viabilidad financiera, ya que hay margen técnico para el crecimiento, sino de falta de voluntad política, imprevisión, clientelismo u opacidad. Se reclama la provisión de la financiación suficiente y la racionalización de todo el gasto:

“La sanidad es dinero. La cantidad y calidad de vida dependen de la cuantía de la inversión. ¿Hemos llegado al techo?”

“- La situación financiera depende de las prioridades políticas: los recursos se van asignando según las políticas.

- Las políticas sanitarias determinan las necesidades financieras.

- Cada vez que se renegocia la deuda parece que se olvidan los problemas existentes, e incluso se pueden conceder aumentos salariales.

- Sin embargo, en la actualidad, parece existir un cierto margen para el crecimiento.

- El crecimiento continuará porque el gasto sanitario es inferior a la media de la Unión Europea.”

“La sanidad no está acostumbrada a ser transparente en sus resultados. La transparencia no se emplea para mejorar la toma de decisiones, pero tampoco para reclamar mayor financiación.”

“El sistema sanitario español no es caro, de hecho se gasta poco. ¿En qué se emplearía el extra de financiación que se reclama? Debería incentivarse el trabajo eficiente, el mejor gasto y la relación con el ciudadano.”

Según los argumentos de estos expertos la consecuencia previsible del déficit de financiación es la existencia de un racionamiento implícito que se gestiona fundamentalmente a través de las listas de espera (aunque también a través de la calidad del servicio que *desanima* a los usuarios) y que permite ajustar el desequilibrio entre oferta y demanda sin limitar explícitamente las prestaciones, evitando el coste político, pero erosionando la legitimidad del sistema y motivando la desviación hacia la privada de los grupos acomodados:

“Las demoras en la asistencia son una forma de contención de la demanda que, si son excesivas, no son asumibles socialmente. La sanidad se merece una mejor financiación.”

“Conviene tener en cuenta la reflexión del economista canadiense Evans sobre aquellos agentes que hablan de “cost-cutting” en sanidad –necesidad de cortar gastos-, cuando en realidad quieren decir “cost-shifting” –redistribución del gasto, que generalmente implica más gasto privado en detrimento del público.”

“-El sector sanitario privado goza de buena salud en nuestro país y eso es un índice inequívoco que los ciudadanos no ven colmadas sus expectativas con la Sanidad Pública, porque de lo contrario el sector privado hubiera desaparecido hace tiempo.

- Parece que la balanza va tomando progresivamente más peso hacia el sector privado.
- Cada año, el peso del sector privado gana un punto en relación con el gasto sanitario global, de forma tal que, actualmente, algo más de la cuarta parte del gasto sanitario no sale de los presupuestos generales del Estado sino directamente de los bolsillos de los ciudadanos."

Algunos expertos creen que el modelo de reparto de la financiación sanitaria puede estar en la raíz de los problemas de insuficiencia que se detectan actualmente, al no haber corregido de forma completa el déficit de dotación presupuestaria que arrastra el sistema casi desde sus orígenes, y haber traspasado a los 17 gobiernos autonómicos esta insuficiencia financiera. Las fórmulas de ponderación adoptadas se consideran rígidas y alejadas de las circunstancias reales de la población atendida por cada sistema regional, lo que favorece que la infradotación se perpetúe. Desde esta postura piensan que esta circunstancia puede ser un obstáculo importante para cuestiones como el establecimiento de prioridades en el SNSE:

"El modelo de financiación de los sistemas sanitarios autonómicos se basa en la demografía, con factores de reparto como el envejecimiento y la lejanía - insularidad. Estos elementos son decisivos en el gasto sanitario, y las tasas de crecimiento acumulado de éste en el período 1999-2003 muestran una clara relación con los cambios en la población. Sin embargo, a la vista de regiones que con crecimiento poblacional casi cero experimentan incrementos importantes en el gasto sanitario (Galicia, País Vasco), se deduce que existen otros factores en la determinación de dichos cambios. El gasto farmacéutico en Canarias crece a una tasa del 11,5% (la media nacional un 9,30%, supera en más de 3 puntos la tasa de crecimiento del PIB). La población protegida es la base de la financiación, pero existe una cláusula que exige un aumento de más de 3 puntos sobre el valor medio del SNSE para poder revisar dicha fórmula. Canarias ha reivindicado una cláusula de revisión automática a partir de la población y el envejecimiento, ya que en ciertos períodos no ha recibido mayor financiación porque sus variables crecieron en tasas ligeramente inferiores al 3%, respecto de la media."

"La mala calidad de los sistemas de financiación puede ser un grave impedimento en el establecimiento de prioridades. Está subfinanciado desde la década de los setenta. Ahora el déficit se ha traspasado a las Comunidades Autónomas. Debería tratarse de un sistema sanitario suficiente."

En su mirada sobre la financiación del sistema discuten las potencialidades de modelos alternativos, en particular la capitación. Este modelo parece contar entre los expertos con detractores y defensores. Los que lo propugnan le atribuyen la virtud de fomentar la coordinación entre distintos niveles asistenciales, ya que la medida presupuestaria sería el usuario, que transita por ambos, y favorecer la flexibilización de los conceptos presupuestarios que, tal como

se exponía en el epígrafe anterior, permitiría una visión más integrada de la actividad y los resultados del sistema. Otros expertos, en cambio, estiman que la transición hacia ese modelo de financiación requeriría una adaptación lenta y difícil, dada la configuración actual de la oferta y resaltan la complejidad técnica de conseguir una buena fórmula para el ajuste de riesgos, condición ineludible:

“Insisto en que aunque el sistema está subfinanciado en un 6-12%, ésta no es la solución. La solución que prefiero es la capitación, si bien en Cataluña fue muy predicada pero poco aplicada en la práctica. Implica eliminar la noción de presupuestos estancos y coordinar los niveles asistenciales y los proveedores.”

“Dudo de la implantación de un sistema de capitación en un modelo de oferta tan rígido. Además, hay que añadir los problemas técnicos del ajuste por riesgo. Todos los cambios deben ser progresivos.”

Al hilo de esta cuestión surge el tema del copago para la prestación farmacéutica, tal como está establecido en el sistema, y debaten sobre la conveniencia de modificar esta fórmula de participación del gasto privado. Parece haber bastante acuerdo sobre que el modo en el que está fijado obedece más a razones de conquista social histórica que de equidad. Se aboga por su eliminación o por su orientación hacia criterios de equidad o de uso apropiado de los recursos sanitarios, aunque la introducción de los precios de referencia parece haber mermado mucho su capacidad en este último sentido:

“¿Por qué ningún partido político ofrece como oferta electoral la supresión del copago, cuando sólo supondría un crecimiento del gasto farmacéutico de un 6.6% el primer año? El copago en la sanidad española es un modelo agotado, ya que no es equitativo. De hecho, las estadísticas muestran que existe mayor pobreza en la población con 30 años que entre los mayores de 65. Existen fórmulas para hacerlo equitativo, como imponer un fijo por persona con un límite máximo, o los copagos evitables según la efectividad clínica del producto (grupos de medicamentos). Los precios de referencia han acabado con el copago evitable”.

5.3.3.5. La información en el SNSE

El consenso es total en torno a la idea de que los sistemas de información existentes son precarios, lo que se concibe como una circunstancia especialmente problemática no sólo para un eventual proceso de establecimiento de prioridades, sino para la gestión eficiente del sistema. Las bases de datos disponibles se describen como eminentemente orientadas al registro de actividad con fines administrativos, aportando escasa información crítica. No obstante, sugieren que el problema va más allá de la escasa dotación de medios, ya que se recogen datos que no se utilizan o no están accesibles. Parece que tiene más que ver con una cultura del manejo de la información que unas veces caracterizan como oscurantista y otras como negligente, y en cualquier caso muy distante de la de otros países con tradición de evaluación de sus servicios, transparencia y hábito de rendir cuentas a la sociedad desde las instituciones sanitarias:

“-La información es fundamental. En otros países existen buenas bases de datos, mientras que en España sólo se utilizan con fines administrativos. La introducción de historias clínicas informatizadas puede facilitar la labor de investigación en resultados sanitarios.

- Parece existir poco interés en medir resultados.”

“La información de calidad no sólo informa, también mejora la gestión.”

“... datos no es sinónimo de información.

- ¿Para qué sirve la información si no se utiliza?

- Existe cierta información oculta [...]

-Un punto clave para establecer prioridades es la necesidad de tener buenos datos, o mejor aún información relevante.”

“Por otro lado, también es verdad que cuando la información disponible tiene la suficiente calidad ésta tampoco se suele utilizar.”

Ya se ha mencionado el impacto que le atribuyen a la descentralización del sistema en este aspecto, por el excesivo énfasis en la división territorial en Comunidades Autónomas y la desagregación de la información en sistemas no homogéneos y por tanto difícilmente comparables. Consideran que es prioritaria la coordinación de estos sistemas regionales de información y el esfuerzo de homogeneización en los datos registrados, y que esto es competencia de la administración central a través de mecanismos de consenso y cooperación como los puestos en marcha en países como Canadá o Suecia con sistemas nacionales de salud con un grado de descentralización similar al nuestro:

“Es un hecho que en España existen “regiones sanitarias” de hecho –conformadas por la evolución del sistema sanitario- y que éstas no coinciden en sus límites con las fronteras de las Comunidades Autónomas. Por ello, mientras no exista un buen sistema de información sanitaria, emplear datos territorializados por CCAA como única unidad de análisis distorsiona en no pocos casos la realidad del sistema sanitario español.”

“Resulta prioritario obtener información agregada y comparada a partir de la existente en cada Comunidad Autónoma.”

“-La información sanitaria referida al SNSE, debiera ser una competencia del gobierno central, como lo es en Estados Unidos –Medicare-, pero el sentido común aconseja que su organización y gestión tenga una organización cooperativa y consensuada como se hace en Canada (CIHI –Canadian Institute of Health Information) y en Suecia (SOS, Consejo Nacional de Salud y Bienestar).

- El Observatorio creado en la Ley de Cohesión y Calidad debiera encargarse de eso.”

5.3.3.6. La cartera de prestaciones del SNSE

El contexto del SNSE presenta como característica desde el punto de vista de estos expertos una considerable permeabilidad a la inclusión de nuevas prestaciones. Desde el primer intento de elaboración de una nómina de prestaciones en 1995 (Real Decreto 63/1995) perciben

que la tónica es la indefinición y la amplitud de criterios poco comprometedoras al no explicitar restricciones ni inclusiones específicas:

“El Real Decreto 63/1995 no incluía nuevas prestaciones, y apenas excluía algún tratamiento. Se limitaba a recoger lo ya incluido en el Sistema Nacional de Salud.”

“El Real Decreto 63/1995 se basa en modalidades de prestaciones, cuando sería más apropiado un listado exhaustivo de prestaciones. No existe una definición clara de lo que se incluye en la financiación pública y lo que se excluye. Se requiere un cambio cultural y un consenso político.”

Y es que, en opinión de estos expertos parece haber un estrecho vínculo entre este fenómeno de indeterminación y el deseo político de no explicitar restricciones ni en cuanto a las prestaciones ni en cuanto a los grupos con acceso a ellas para evitar la impopularidad derivada de ello. Identifican tímidos intentos por parte de las autoridades sanitarias que siempre parecen terminar en el temor a la reacción de la opinión pública, manteniéndose prestaciones que se juzgan obsoletas o no coste-efectivas:

“-Las nuevas prestaciones dependen de la presión social en cada Comunidad Autónoma. Dicha presión depende del nivel cultural, la oferta del sector privado, la presencia social de la profesión médica y la influencia del extranjero. No es fácil resistir esa presión con regulaciones.

- Los medios de comunicación actúan como correas de transmisión.”

“Debería determinarse qué prestaciones se ofrecen y a quién, de modo que se fijen tipos de prestaciones y para cada una de éstas entre individuos, ya sea según criterios de necesidad o capacidad de beneficiarse. La discusión sobre criterios es obviamente política.”

“Las tecnologías se incorporan sin particularizar su interés social, más bien en una función acumulativa (láser para miopía, tratamientos de fertilidad). ¿Cuentan estas técnicas con interés social suficiente para ser incluidas en un sistema de solidaridad?”

“-Ya han empezado a hacerlo los decretos de exclusión (no reembolso) de medicamentos.

-La exclusión resulta complicada desde el punto de vista terapéutico. Podría aplicarse en casos de completa ineficacia.

- Existen distintos procedimientos para una misma tecnología.

- Pero se incluyen en la misma prestación. [...]

-Las medias elásticas se siguen incluyendo en la financiación pública cuando no son eficaces ni eficientes.”

Señalan la existencia de cierta incongruencia en los mecanismos de regulación de las prestaciones, que se articulan como regulación de dispositivos, sin tener en cuenta que lo realmente relevante para tomar la decisión es en qué contexto clínico y para qué fines se va a emplear ese dispositivo. Se aboga por que las inclusiones o exclusiones se determinen en función del gru-

po de pacientes para el que se considera o no indicado, al estilo de las recomendaciones sobre tecnologías coste-efectivas del NICE británico:

“Debemos distinguir entre: a) dispositivo (instrumento o aparato) que es lo que se comercializa, b) tecnología (o técnica) como forma de utilización del dispositivo y c) procedimiento (conjunto de dispositivos y técnicas encaminados a una finalidad terapéutica) que es lo que normalmente motiva la movilización de recursos y su organización y que es a su vez lo que normalmente se compra como actividad. Una de las problemáticas es que frecuentemente existen varios usos para una misma técnica, conocidas como diferentes prestaciones. ¿Por qué se regula únicamente los dispositivos (FDA, CE, TUV) y no se regula también las técnicas y los procedimientos, ya que consumen cuantiosos recursos? Deben darse instrumentos de ayuda a la decisión.”

“No se debería autorizar un medicamento, sino su aplicación a un determinado grupo de pacientes.”

La lógica que perciben como imperante resulta muy poco favorable para la racionalización y el establecimiento de prioridades. Su sensación es que se impone una llamada a la responsabilidad de todos los actores implicados que permita parar esta dinámica y hacer un ejercicio de reflexión pública sobre lo que el sistema puede y debe ofrecer a los ciudadanos, buscando una maximización del bienestar social a partir de unos recursos limitados:

“Lo ya alcanzado se considera una conquista irrenunciable. A partir de aquí sólo queda trabajar marginalmente. Todo se complica aún más cuando las decisiones sobre las prestaciones, a nivel macro, no se corresponden con la responsabilidad de financiación.”

“-El conocimiento público (explicitación) de las necesidades y limitaciones en las prestaciones sanitarias, la evaluación y análisis social de esta cartera de servicios y la visión comparada a nivel agencial y territorial, pueden contribuir a reducir las inequidades en el conjunto del sistema.

- Lo fácil es un sistema universal con listas de espera, lo difícil es ser selectivo.”

“Explicitación de prioridades supone fijar criterios de exclusión o, por lo menos, de no inclusión de nuevas prestaciones. Deberíamos intentar un consenso político para una moratoria de 3 años de nuevas prestaciones. Pero prevalece el populismo de prometer siempre algunas nuevas. Podrían prometerse si incluyeran un copago, manteniendo la gratuidad de las antiguas.”

Paradójicamente, a tenor de lo descrito, en los últimos años se asiste a una proliferación de agencias de evaluación de tecnologías en los ámbitos autonómicos, aunque los expertos no se ponen de acuerdo sobre la interpretación de este hecho: mientras algunos lo saludan como un indicio de ligero cambio de la mentalidad política hacia un paradigma de evaluación y racionalidad, para otros parece obedecer a la lógica de territorialización del sistema, sin que prevean efectos significativos a corto plazo sobre la toma de decisiones. En general,

hay acuerdo sobre que en el momento actual el impacto de los informes técnicos emitidos por estos organismos no es muy grande, y parece marcado por la utilización política para justificar decisiones ya tomadas. Algunos señalan que parte del problema puede ser que la mentalidad política, centrada en el corto plazo, no considera útiles las evaluaciones cuando los resultados no son concluyentes, lo que sucede con frecuencia, desdeñando el valor de saber que se requiere más información para establecer una diferencia clara. Por otro lado, se señala que, en general, los informes de evaluación no se acompañan de una previsión económica sobre el coste de implantación de las recomendaciones que aporta, lo que les resta utilidad práctica:

“Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias apenas son tenidas en cuenta, ni por parte del Ministerio ni por las Comunidades Autónomas en las que existen.”

“El escaso impacto de las agencias de evaluación, en España, y de sus informes, constituye un ejemplo de la inoperancia de los gobernantes para acometer algunas de las actuaciones relevantes de modular la pendiente de crecimiento del gasto sin restringir al acceso de la población a las tecnologías efectivas y seguras.”

“Las agencias intervienen en la promoción y confección de las guías de práctica clínica (que ayudan en la toma de decisiones de la microgestión), la medicina basada en la evidencia, la evaluación económica... En cuanto al número de agencias existentes o el idóneo, decir que incluso están apareciendo otras nuevas, como la de la Agencia Laín Entralgo, señal de que son consideradas útiles por quienes las promocionan.”

“Los informes de evaluación, además de una recomendación de decisión en uno u otro sentido, deben incluir una previsión económica del efecto de los diferentes escenarios de su implantación.”

“Los resultados de la evaluación no tienen por qué ser siempre concluyentes a los efectos de que sean útiles como instrumento para informar las decisiones. El criterio político de corto plazo (por ejemplo, el miedo a determinadas críticas coyunturales) se impone constantemente a cualquier otra consideración.”

Algunos expertos insisten en que las agencias no deben sólo concentrarse en las tecnologías emergentes, sino que parte de su función debería ser evaluar el uso apropiado de las tecnologías ya implantadas en el sistema, lo que apoyaría una lógica de discriminación de indicaciones por grupos de pacientes y de sustitución de unas tecnologías por otras en lugar de la actual superposición:

“Las agencias no son importantes ahora, lo serán para elegir qué tecnologías implantar. Según avanza la medicina (campo en el que España va a remolque), las agencias se van volviendo más útiles. Pero quizá haya que gastar más en lugar de ahorrar. Es necesario ver cómo se utilizan las tecnologías actuales y si se emplean criterios adecuados.”

“Existen factores modificables y otros no fácilmente modificables que inciden sobre el gasto. Entre los primeros se encuentran la posibilidad de modular tanto la incorporación como el uso apropiado de las tecnologías sanitarias, y no exclusivamente de las nuevas tecnologías, término que incluye equipamiento, fármacos y profesionales. Sin embargo, nuestro país se muestra inoperante a la hora de actuar sobre estos aspectos en los que otros países están haciendo cada vez más énfasis.”

Se elogia el modelo del NICE británico, apostando por un organismo fuerte e independiente que se convierta en la necesaria puerta de paso para la incorporación de cualquier tecnología. La idea de un único organismo evaluador con varias sedes parece tener bastante apoyo entre los expertos, frente a la tendencia a crear pequeñas unidades de evaluación con menor ámbito de acción, que fomenta la redundancia en las líneas de investigación y consiguen, en general, menos medios e influencia:

“Me gusta el ejemplo del NICE”

“- Debería existir sólo una agencia, que fuera independiente.

- Mejor una agencia con distintas sedes.”

“Sugiero un tratado de no proliferación de agencias y la necesidad de que se especialicen para no rivalizar en el mismo campo.”

5.3.3.7. ¿Agotamiento del modelo? Escepticismo

A pesar de todo lo expuesto, parece haber una sólida corriente de opinión entre los expertos que considera que el SNSE no está agotado y que aún tiene un potencial esperanzador y unos logros que lo legitiman socialmente. Parafraseando a una conocida publicación electrónica -aunque modificando su sentido-, estos expertos parecen describir una situación de escepticismo: una especie de tendencia generalizada al descreimiento en los valores y las virtudes del sistema y en su capacidad regeneradora, que debe ser combatida. Desde esta posición se argumenta que uno de los principales problemas del sistema es la construcción que de él se ha hecho en el imaginario social, en la que aparece como una especie de sumidero de recursos sin ninguna vertiente productiva o generadora de riqueza. Estiman que esta es la visión dominante también entre la clase política y los decisores y reivindican otro enfoque que ponga de relieve que también es un sector productivo:

“La cultura administrativa española ve la sanidad como un gasto puro, cuando existen beneficios no sanitarios de esta actividad. Ver la sanidad como un negocio amplía el mercado.”

“El país debe creer en su sistema sanitario, no puede seguir considerándolo una losa. En realidad, es un sistema que genera riqueza.”

Según estos expertos no se puede hablar de agotamiento del modelo, sino de situación crítica del sistema, sometido a todas las presiones descritas, y analizado en el momento en el que es ineludible innovar para adaptarse a las nuevas necesidades:

“No creo que el sistema sanitario esté agotado, sino que se encuentra en un constante estado crítico por las crecientes exigencias.”

“No existe un agotamiento de los sistemas sanitarios públicos, sino un conjunto de problemas puntuales”

Los “problemas puntuales” serían los que previamente se han desgranado en el análisis previo, pero estos expertos consideran que el propio sistema tiene recursos para solucionarlos y paliar los efectos de los factores de aumento del gasto que se han indicado, aprovechando las grandes oportunidades de mejora en la eficiencia y contemplando los elementos de presión de forma más constructiva. Para ellos las líneas de actuación están claras: incidir en la microgestión, mejorar la información y fomentar la participación ciudadana, atender los incentivos profesionales y su inclusión en la gestión, y buscar la cooperación como lógica organizativa:

“Existe una cierta institucionalización del pesimismo referido a lo que podríamos llamar los tres jinetes del Apocalipsis del sistema sanitario (el envejecimiento, tecnología y expectativas de la población), que son vistos con una gran carga negativa en los costes y como la gran amenaza. Sin embargo, ¿por qué no una visión positiva?: el envejecimiento es un resultado indudablemente bueno de la mejora de las condiciones de vida y del sistema de salud (¿no queremos envejecer en buena salud?); la tecnología supone gastos adicionales pero también ahorros sanitarios, mejoras de la salud, retraso de incapacidades, etc.; las expectativas crecientes de la población respecto al sistema sanitario es el resultado de su propio éxito y no necesariamente significa más gasto cuando la población participa en las decisiones que le afectan [...] Hay un cierto catastrofismo que apunta en la dirección equivocada: si es cierto que existe déficit de recursos sanitarios en España, también lo es que nuestros hospitales con sus ingentes recursos tecnológicos y humanos tienen un horario normal de funcionamiento ¡de 8 a 15h!, que consumimos muchos más antibióticos de los necesarios, etc.. Hay muchas mejoras en estas y otras cosas que supondrían significativas ganancias de eficiencia.”

“El gran tema pendiente es la revolución a nivel microgestión o de consulta. Los cambios deben pasar por la información (al ciudadano, transparencia) y los incentivos (cada nivel actúa según su remuneración). Más que competencia, debe buscarse la cooperación entre los agentes y niveles asistenciales. Una revolución en la microgestión permitiría una toma de decisiones más adecuada y acorde a las preferencias de los usuarios.”

“Ser capaces de plantear un sistema sanitario suficiente, controlarlo, proponer medidas para que no se desboque, que los ciudadanos participen y decidan. Considero que el gran reto es conseguir la participación ciudadana en el sistema sanitario”

“El sistema sanitario no está agotado, pero requiere participación e incentivos para los clínicos y gestores.”

En la raíz de todos estos cambios que proponen parece residir la necesidad de una *revolución* en la cultura del sistema, que algunos definen como ética de la eficiencia y que se acompaña del traslado de parcelas de libertad de decisión y responsabilidad a todos los niveles de decisión, incluido el clínico:

“La organización sanitaria debería impulsar medidas que faciliten trasladar parcelas de libertad y responsabilidad en cada nivel de decisión, con especial énfasis en el nivel micro. Habría que incentivar la ética de la eficiencia”

Entre los rasgos positivos y esperanzadores que encuentran sitúan la satisfacción de los ciudadanos que siguen traduciendo las encuestas (aunque algunos sugieren que se debe más al hecho de estar asegurado que al producto en sí) y los indicadores de salud de la población española -en la medida en que sean atribuibles al sistema de salud. Defienden que es un sector innovador en el ámbito de la gestión pública, tanto por los procesos de descentralización que se han acometido, como por los esfuerzos en la medición de resultados y la exploración de nuevas fórmulas de gestión, aportando numerosas experiencias, y, todo ello, a pesar de que el gasto sanitario es bajo:

“El sistema no está agotado. De hecho, para lo que gasta, es uno de los mejores del mundo.”

“El sistema no está agotado, al contrario: hasta la descentralización no disfrutábamos completamente de él.”

“La descentralización ha supuesto un avance en la gestión que no se ha dado en otros sectores de la Administración.”

“En realidad, ningún sector de no-mercado ha avanzado tanto en la medición de resultados como la Sanidad.”

“El sistema no está agotado si nos basamos en los indicadores de salud macro o en los resultados ofrecidos por las encuestas (barómetros) en los que queda recogida la opinión de la propia sociedad.”

“Existen experiencias en Mataró, Tarrasa o Sabadell donde la atención primaria y la especializada dependen del mismo ente y se experimenta con nuevas medidas.”

“La experiencia de un call center, a partir de la idea de mejorar la accesibilidad del sistema para el ciudadano, ha provocado cambios en la organización de la atención primaria, pero también permite evaluar ¿cada cuanto cita cada médico?, ¿cumple lo planificado?, ¿se ha mejorado el aprovechamiento de las tardes?”

“En España es obligado mencionar la experiencia del establecimiento de prioridades en la cirugía electiva en Cataluña”

“Como ejemplo de experiencia de interés para mejorar la toma de decisiones y optimizar la asignación de recursos y resultados de salud podría citar el caso del Plan de salud canario presenta una lista ordenada de acciones a partir del análisis coste-efectividad, identifica seis problemas de salud y propone las acciones y financiación necesarias.”

5.3.4. El debate ausente

La escasez de recursos y las dificultades que se han analizado en el SNSE contrastan con las cada vez mayores expectativas de la población, que llegan a los decisores a través de los medios de comunicación y los *lobbies*. La pregunta inmediata es ¿cómo es posible que esta discrepancia no sea objeto de debate, que no se suscite la discusión sobre lo que el sistema puede abarcar y qué debe priorizar? Los informantes consideran que la explicación hay que buscarla en los ciudadanos y sus modos de utilización del sistema, y, también, en la cultura política de nuestro país:

“Alguien debe empezar a hablar de establecer prioridades, de que no se pueden satisfacer todas las necesidades. Pero este tema no aparece ni en la política ni en los medios de comunicación”

Por lo que se refiere a la primera cuestión, estiman que el descontento de los usuarios, que podría hacer ineludible ese debate público, está paliado por la existencia de vías alternativas de acceso a los servicios sanitarios: por un lado el recurso generalizado a las urgencias, y, por otro, la existencia no oficial de una doble cobertura para los grupos que podrían demostrar más fácilmente su descontento:

“Siempre queda la posibilidad de obtener las prestaciones a través de los servicios de urgencias.”

“Una de las razones que explica el escaso debate existente en nuestro país sobre estas cuestiones es que en nuestro sistema sanitario existen válvulas de escape institucionales para la presión social y el descontento de los sectores más influyentes: son algo menos de tres millones de personas (funcionarios civiles, judiciales, militares, periodistas, clero y grandes empresas -conocidas como “empresas colaboradoras de la Seguridad Social”-) que pueden optar entre sanidad pública y privada (aunque sin perder por ello la posibilidad de tener acceso a la pública). La existencia de estos colectivos con sistemas sanitarios alternativos dificulta que lleguen a la opinión pública la realidad de las listas de espera que vive el resto de la población, y la sensación de que existan urgencias sanitarias no atendidas. En nuestro país, sigue siendo cierto que “el rigor de la ley está atemperado por su inobservancia” y todos los actores prefieren mirar a otro lado ante los problemas, trampeando –cada cual como puede- la situación.”

En cuanto a la cultura política y de lo público en nuestro país, estos expertos opinan que se caracteriza por una falta de tradición cívica y democrática que hace que rendir cuentas sea algo prescindible o que el electoralismo pueda imponerse a la racionalidad técnica y al bien común sin producir escándalo:

“Ahora que estamos en campaña electoral vemos como se puede volver a proponer lo que ya se prometió cuatro años atrás y no se hizo (salud dental infan-

til). Los debates públicos sobre prioridades en salud –o en cualquier otro aspecto de la política pública- surgen en un contexto político y social en el que estas cosas no son posibles o están castigadas por la opinión pública. Por eso en España el debate sobre establecimiento de prioridades sanitarias sólo surge en ámbitos académicos.”

“No existe ninguna tradición de “accountability”, y fallan todas sus condiciones (qué, cómo, y ante quién). Ante tal oscuridad, toda la métrica y los aparatos sobran.”

“Es importante destacar que a nivel nacional han existido intentos oficiales de debatir sobre prioridades en salud en Suecia, Noruega o Nueva Zelanda, todos ellos países con una tradición cívica y democrática mayor que la nuestra en relación a los servicios públicos.”

“Por lo general a los políticos le preocupa sólo el corto plazo del ciclo electoral, es decir, no se plantean acciones prioritarias fundamentales que requieren muchos recursos y esfuerzos y que requieren llevarse a cabo a medio y largo plazo.”

Señalan que el papel de la ciudadanía es muy limitado, entre otras cosas, por falta de canales y de experiencia en la participación:

“Tampoco existe la presión social necesaria que exija un cambio en las actuales políticas sanitarias”

“Por un lado, porque raramente se consulta a la población sobre sus problemas sin que se establezcan los mecanismos de participación democráticos apropiados para que puedan hacerlo. Además, hay que tener en cuenta que la población suele percibir de forma diferente los problemas de salud que los expertos o los políticos, empezando por la propia percepción de los riesgos.”

Apuntan que en este marco de falta de rendición de cuentas y de debate, la sanidad tiene la desventaja añadida de no estar bien situada en la agenda política, lo que contribuye a silenciar la necesidad de esclarecer públicamente qué se le pide y qué se debe hacer con ella. Esta falta de notoriedad política contrasta, en su opinión, con lo que sucede en otros países, donde el sistema sanitario atrae gran cantidad de esfuerzo legislador y de consenso. Nombran los escasos intentos estructurados en nuestro país y los describen como fracasados:

“Quizá el principal problema es que teniendo la sanidad pública una dimensión política tan importante, ocupa sin embargo un muy bajo lugar en la agenda de los políticos. Esta realidad sólo se ve bien cuando se compara España con otros países, por ejemplo, en producción legislativa sanitaria, en debates en el parlamento, en informes encargados por las administraciones públicas o los parlamentos sobre los múltiples aspectos del sistema sanitario que son problemáticos o manifiestamente mejorables, etc. ¿Es un hecho que algo tan importante como

la transferencia del INSALUD a 10 CC.AA. realizada en diciembre de 2001 se hizo sin ningún debate parlamentario! Ojalá se reunieran en España –como sucede en Canadá- el Presidente del gobierno central con los presidentes de las CC.AA. para hablar de la financiación sanitaria.. ”

“Es un hecho fácil de comprobar que en España, no ha habido en los últimos años ningún debate político serio sobre la sanidad. El ejemplo más significativo fue el debate que hubo en el Congreso sobre el Informe Abril que apenas duró unas horas y no tuvo trascendencia política alguna.”

Se arguye también que en España no existe una cultura de priorización en los servicios públicos y se pone como ejemplo la falta de concreción del Real Decreto de prestaciones de 1995:

“No existe una cultura adecuada en España para priorizar. El Real Decreto 63/1995 se basa en modalidades de prestaciones, cuando sería más apropiado un listado exhaustivo de prestaciones. No existe una definición clara de lo que se incluye en la financiación pública y lo que se excluye. Se requiere un cambio cultural y un consenso político.”

Identifican como peculiaridad de la política sanitaria española el que se encuentra más cercana a la demanda que a la oferta, mientras que en otros países desarrollados se muestra más ecuánime. Esta circunstancia conlleva un mayor peso de las expectativas ciudadanas en la decisión de inclusión de nuevas prestaciones:

“En lugar de mostrarse equidistante entre la demanda y la realidad (presupuesto, oferta), el político español se aproxima más a la demanda: en campaña electoral, busca el titular (reducción de listas de espera, salud bucodental).”

Detectan ausencia de una planificación de la política sanitaria a largo plazo y esta carencia cobra especial relevancia en su valoración de la factibilidad de un proceso explícito de establecimiento de prioridades, al provocar que ciertas propuestas sean aprobadas sin la necesaria financiación, así como una concentración de los anuncios de inclusión de nuevas prestaciones en los periodos electorales, y casi siempre tras cierta presión por parte de los medios de comunicación.

5.3.5. Condiciones para el establecimiento explícito de prioridades

Las condiciones básicas para el establecimiento de prioridades en el SNSE que describen estos expertos comprenden, por un lado, la definición sobre las características del proceso propiamente dicho, y, por otro, unas condiciones mínimas previas que garanticen la viabilidad del proceso tal como se pretende llevar a cabo

Hay práctica unanimidad en que el establecimiento de prioridades ha de ser necesariamente explícito, lo que implicaría, desde su punto de vista:

“El conocimiento público (explicitación) de las necesidades y limitaciones en las prestaciones sanitarias, la evaluación y análisis social de esta cartera de servicios

yla visión comparada a nivel agencial y territorial, que pueden contribuir a reducir las inequidades en el conjunto del sistema.”

“Una de las prioridades debe ser fijar el crecimiento en puntos del gasto sanitario.”

La otra condición ineludible es que sea participativo e inspirado por una lógica de consenso y diálogo entre las distintas instancias implicadas, en especial entre la administración central y las autonómicas. Desde su punto de vista, debe incluir a todos los actores: expertos, representantes de la población, decisores políticos y clínicos, y el horizonte debe referirse al corto, al medio y al largo plazo:

“No existen soluciones simples a problemas complejos. Por ello las decisiones basadas en modelos de consenso, lealtad institucional y cooperación sirven mejor a los intereses generales y al establecimiento de prioridades para los ciudadanos.”

“Debemos ver el establecimiento de prioridades como un proceso en el que deberían intervenir los expertos, representantes de la población y quienes finalmente toman las decisiones políticas con acciones a corto, medio y largo plazo”

La priorización debería contemplar la equidad territorial (de ahí el énfasis que se pone en la cohesión del sistema y el diálogo entre administraciones) e interpersonal, focalizando en aquellos problemas de salud donde la actuación sea más coste-efectiva y/o que sean más prevalentes, o causantes de mortalidad, frente al enfoque “todo a la vez” desarrollado hasta ahora en la mayoría de los planes de salud:

“Hay que buscar una equidad en el acceso en todo el país, que no se encuentra garantizada en el medio plazo por el sistema actual. La autonomía fiscal debe ser tratada con cautela ya que existen grandes diferencias de capacidades entre las Comunidades Autónomas.”

“Disminuir las desigualdades sociales en salud. Porque este es un tema fundamental de política sanitaria. A este respecto es importante señalar cómo en los países que van por delante en políticas sociales –Holanda, Suecia, por ejemplo– existen comisiones parlamentarias (y programas) para abordar los problemas de desigualdades en salud con una alta visibilidad política, totalmente inexistente en España.”

“Es una cuestión de equidad. Bastaría con actuar sobre esas seis patologías para mejorar la cantidad y calidad de vida. Antes, se elaboraban planes mastodónticos.”

Hay voces que sostienen la necesidad de que el acuerdo que se alcance permita un margen a las Comunidades Autónomas para incrementar sus prestaciones o variarlas en función de sus necesidades, sin menoscabo de la garantía de equidad interterritorial:

“Consensuar prestaciones básicas (verdaderamente básicas) a nivel estatal me parece correcto, siempre que se permita un amplio espacio de autonomía para

proveer prestaciones adicionales en las Comunidades Autónomas. No veo riesgo importante de falta de equidad interterritorial en esta estrategia.”

Algunos abogan por la conveniencia de que el debate se plantee como una cuestión intersectorial ante las múltiples raíces y derivaciones de los problemas de salud. Se argumenta que muchas veces se están dando cuidados “paliativos” a problemas debidos a causas no sanitarias. Se añade que hay colectivos especialmente vulnerables y poco tenidos en cuenta como las mujeres y los inmigrantes:

“Hoy en día deberíamos hablar de factores de riesgo emergentes como son riesgos ambientales tales como los compuestos orgánicos persistentes, riesgos laborales como el acoso moral o los factores psicosociales, riesgos familiares relacionados con la violencia de género; o por ejemplo en el plano social la creación de nuevas “enfermedades” (muchas de ellas inducidas por las compañías químico-farmacéuticas), o de temas como la insatisfacción, la creciente medicalización de la sociedad, o el aumento de las desigualdades en salud entre y dentro de las sociedades.”

Se proponen modelos procedentes de otras experiencias, basados en encuestas sobre la efectividad y las preferencias de la población o en el establecimiento de un umbral coste-efectividad para la financiación, o en comités de expertos y comisiones parlamentarias:

“Creo que son muy buenos ejemplos de priorización los de Países Bajos (informe Dunning), Reino Unido (NCCHTA) y Suecia. En cuanto a la priorización y regulación de la entrada de nuevas prestaciones, las de Nueva Zelanda, Australia y Canadá.”

“Soy partidario de la organización empleada por los distritos del Reino Unido, como en el caso de Oxford. En España es obligado mencionar la experiencia del establecimiento de prioridades en la cirugía electiva en Cataluña.”

“Me inclino por el planteamiento del NICE de emitir guías y financiar aquellos valores del ratio coste-efectividad por encima de un cierto umbral”

Consideran que hay suficiente marco legislativo para poner en marcha un proceso de esta índole, y que lo único que haría falta es la voluntad política de pasar a la acción:

“Lo que no falta precisamente es regulación, a la vista de las numerosas disposiciones que existen ya. Yo diría que hace falta más voluntad y menos temor.”

Se reclama un pacto político que, como se hizo en el caso del sistema de la Seguridad Social, saque a la sanidad del plano de la contienda electoral y sienta las bases de una necesaria lealtad institucional, que posibilite un debate constructivo y razonable y garantice una mirada a largo plazo:

“El Pacto de Toledo acabó con los problemas de la Seguridad Social: pido uno similar para la sanidad.”

“Se necesita un pacto de estado de todos los partidos políticos para abordar los problemas de la sanidad pública.”

Sin embargo, poner en marcha este proceso requiere una serie de ajustes previos en el sistema que se derivan fácilmente del análisis que hacían sobre sus particularidades: mayor grado de participación ciudadana y transparencia en todos los órganos de decisión, cohesión nacional y mejora de los sistemas de información.

Estos cambios, en el caso de la ciudadanía, se deberán manifestar en una mayor participación en el proceso político de toma de decisiones, así como en la aceptación de la noción de responsabilidad individual con respecto a la salud. En opinión de algunos expertos, el marco doctrinal del empoderamiento (*empowerment*) ha demostrado su efectividad para involucrar a la población en la toma de decisiones, sin embargo, otros consideran que la participación en la toma de decisiones políticas trasciende los planteamientos del empoderamiento:

“El término “empowerment” no es sinónimo de participación. Aunque empiezan a llevarse a cabo cada vez más experiencias de participación ciudadana en la toma de decisiones sanitarias, hay que señalar que existen diferentes factores que la condicionan según se trate de la toma de decisiones a nivel micro (interacción médico-paciente), meso y macro (política sanitaria). La educación y la disponibilidad de información útil es un factor determinante para la participación efectiva en cualquiera de los niveles de toma de decisiones.”

Se estima que hasta ahora el papel de los ciudadanos en las decisiones sobre el sistema ha sido muy precario, en forma de *lobbies* de pacientes, o inexistente, por lo que se requeriría un gran esfuerzo por parte de todos para el cambio de actitudes necesario, que también debería delimitar el nuevo papel de los profesionales y cómo afecta el establecimiento de prioridades a la relación médico-paciente:

“Muy escaso (el papel de los usuarios/ciudadanos) tanto a nivel individual como colectivo. Quizá aparente mucho poder colectivo dentro del proceso político pero en este caso no podríamos hablar de prioridades. En este proceso, “todo” es prioritario.”

“Bien es cierto que algunas organizaciones sociales, sanitarias y de consumidoras pueden ejercer un papel de lobby presionando para que se establezcan prioridades, pero eso no es lo mismo a participar seriamente en un proceso democrático y participativo de establecimiento de prioridades.”

“La visión del empowerment del paciente ha generado experiencias satisfactorias, pero requiere dos condiciones: que la organización pueda satisfacer sus expectativas sociales y que se disponga de niveles eficientes de información.”

Se señala que la dificultad estriba en que las percepciones de usuarios y gestores difieren sustancialmente. En su opinión, aunque es posible hacerlas caminar juntas, exigen cambios sustanciales por ambas partes:

“Los objetivos de los gestores y las preferencias de los ciudadanos pueden caminar juntos, pero, veo difícil que en algunos aspectos los ciudadanos sepan que es lo mejor y tenemos dificultades para recibir lo que realmente quieren ellos.”

Por lo que se refiere al tipo de información que sería necesaria para apoyar este establecimiento de prioridades, además de la insistencia en la necesidad de que sea agregable y comparada, estos expertos se adentran en la discusión sobre el protagonismo que debe dársele a la evaluación económica en este tipo de procesos, y la idoneidad de cada uno de los métodos al uso, según el nivel en el que se haya de priorizar. Así, hay acuerdo en que a nivel macro la evaluación económica sólo debe ser una de las herramientas utilizadas para apoyar la priorización, cediendo la relevancia a los valores sociales. No obstante, hay expertos que defienden la utilidad del análisis coste-beneficio (ACB) para las decisiones sobre usos alternativos del presupuesto sanitario entre programas asistenciales diferentes, o incluso programas no sanitarios. En su opinión, la capacidad de esta herramienta de traducir cualquier resultado a valores monetarios la convierte en el método de elección para este nivel de decisión. Otra postura sostiene que este tipo de análisis no refleja la idea de necesidad y escandaliza al clínico por lo que resulta poco útil en el contexto sanitario fuera del plano teórico. El análisis coste-efectividad (ACE) y el coste-utilidad (ACU) se prefieren cuando se trata de elegir entre tecnologías alternativas en el nivel mesogestor. Al ACE se le atribuye la ventaja de ser menos abstracto que el ACU, más directo, por lo que lo consideran indicado para el nivel micro. Por lo que se refiere al nivel individual, consideran que en este ámbito la evaluación económica carece de sentido porque ya no se trata de evaluar beneficio social, sino individual y el único criterio pertinente es la efectividad:

“La evaluación económica sólo tiene sentido al anteponer el beneficio social. En cuanto al beneficio individual, lo que debe primar es la eficacia. La política sanitaria debe tratar de maximizar el beneficio social dados los recursos disponibles. A nivel macro, tiene más sentido utilizar el análisis coste beneficio, ya que te permite comparar programas diferentes, tanto sanitarios entre si como sanitarios y resto de programas públicos. En cuanto a nivel meso, es útil el análisis coste utilidad, ya que permite comparar diferentes tecnologías sanitarias, mientras que a nivel micro tiene más sentido el análisis coste efectividad.”

“Un motivo que desaconseja el ACB en Sanidad es que se basa en la disposición a pagar frente a la idea de necesidad que subyace en la sanidad pública.”

“El análisis coste-efectividad es entendible por el clínico, pero el análisis coste-beneficio le escandaliza y resulta menos útil.”

5.4. CONCLUSIONES

1. Los expertos consideran que el establecimiento de prioridades en los sistemas sanitarios es un proceso eminentemente político que debe estar guiado por unos objetivos socialmente consensuados y realizarse de forma explícita para garantizar su legitimidad (y la de su consecuencia directa, el racionamiento) en el contexto en que se aplica.

2. Identifican tres factores clásicos de presión sobre el gasto sanitario que justifican la necesidad de priorizar:
 - a. Los cambios demográficos: envejecimiento y movimientos no controlados de población, ya sea en forma de inmigración ilegal o de *turismo sanitario*.
 - b. La innovación tecnológica incremental (por oposición a la disruptiva) y la intensidad y los patrones de uso de las nuevas tecnologías incorporadas, que en su interacción con los cambios sociodemográficos modifican y multiplican la oferta afectando al alza la demanda.
 - c. La modificación de las expectativas ciudadanas sobre bienestar social y la *medicalización* de los procesos vitales que expanden las exigencias de prestaciones tanto en cantidad como en calidad y diversidad.
3. El SNSE presenta, según los expertos, una serie de rasgos que afectan a sus posibilidades de viabilidad y al eventual proceso explícito de establecimiento de prioridades:
 - a. Es un SNS en el que acaba de completarse la descentralización con problemas de competencia institucional entre el nivel estatal y los autonómicos, y de éstos entre sí, y riesgo de fragmentación de las políticas y de los sistemas de información
 - b. El modelo intensivo en el factor trabajo a bajo coste y el divorcio entre gestión y asistencia han deteriorado la estructura de incentivos de los profesionales sanitarios y, por consiguiente, su fidelización al sistema, lo que genera un “cuello de botella” en el nivel micro de toma de decisiones resistente a los cambios organizativos
 - c. En consecuencia, el sistema adolece de un problema de gobernabilidad, acrecentado por el alto grado de rotación y el carácter político de las cúpulas gestoras, que supedita la racionalidad técnica a la lógica electoralista, restando estabilidad y credibilidad a las líneas de cambio estratégico en el sistema. Esto fomenta la *funcionarialización* reactiva de los estamentos asistenciales e imposibilita la planificación a largo plazo
Existe un problema de insuficiencia de gasto sanitario en comparación con la media de la Unión Europea (UE-15) o de los países desarrollados de la OCDE, lo que se traduce en una subfinanciación crónica del sistema y da lugar a un racionamiento implícito a través de listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado. Esta insuficiencia se ha transferido a las CC.AA. en el proceso de descentralización, generando tensiones alrededor del modelo de reparto de la financiación sanitaria.
 - e. Los sistemas de información sanitaria existentes son precarios, orientados más a la actividad que a los resultados, fragmentados y heterogéneos entre CC.AA. El resultado es la opacidad del sistema y una cultura del manejo de la información oscurantista o negligente.
 - f. La cartera de prestaciones del sistema está definida de un modo tan inespecífico que no permite inducir criterios claros de inclusión o exclusión. El peso de las agencias de evaluación de tecnologías en la toma de estas decisiones es todavía escaso, tanto para la incorporación de nuevas prestaciones, como para la evaluación del uso apropiado de las existentes.
4. A pesar de todo lo descrito, se aboga por una visión no catastrofista de la viabilidad del sistema, confiando en las oportunidades de mejora de la eficiencia que se detectan y en la legitimidad social que lo avala.

5. Los expertos denuncian la ausencia de debate público sobre el establecimiento de prioridades en el SNSE y lo achacan a la ausencia de una cultura de transparencia y rendición de cuentas a la sociedad, propia de tradiciones cívicas y democráticas más asentadas que la española, y a la existencia de “válvulas de escape”, como el libre acceso a las urgencias o la doble cobertura sanitaria. Se lamenta la escasa prioridad que la sanidad presenta en la agenda política española.
6. Valoran que la forma adecuada de establecer prioridades en el SNSE pasa por un proceso explícito y participativo -con especial énfasis en el establecimiento de cauces democráticos de participación ciudadana-, guiado por un espíritu de cohesión basado en el consenso y la lealtad institucional. Se reclama la necesidad de un compromiso político de alto nivel, capaz de establecer horizontes a corto, medio y largo plazo. El marco adecuado podría ser un pacto de estado que rescate a la sanidad de la contienda electoral y la sitúe como una de las prioridades nacionales

A la luz de las conclusiones extraídas de la revisión de la literatura teórica y las experiencias internacionales sobre establecimiento de prioridades, así como del análisis de los expertos gestores y académicos sobre la situación del SNSE, es posible inferir una serie de recomendaciones sobre las condiciones para poner en marcha un proceso de priorización explícito en el contexto español, que contribuyan a garantizar la viabilidad de un proyecto en este sentido.

A partir de las valoraciones de los expertos españoles es posible identificar diez elementos claves (ver Honigsbaum *et al*, 1995) en el proceso de establecimiento de prioridades:

1. Es necesario que antes de comenzar el mismo se hayan delimitado claramente los **principios éticos** en los que se sustentará. Para que esta discusión sea todo lo transparente y consensuada que sería deseable y tenga la relevancia necesaria, resultaría conveniente que se estableciera un pacto entre las fuerzas políticas que situara a la sanidad como una cuestión de Estado y comprometiera a las instituciones de máximo rango en este proceso, al margen de las disputas electorales.
2. Debe realizarse un **listado** que recoja todos los **servicios** ofertados por el sistema sanitario público y los ordene de mayor a menor frecuencia e intensidad de prestación, estableciendo claramente los grupos de pacientes beneficiarios.
3. Hay que determinar la **necesidad de atención sanitaria** existente en el país en ese momento, que puede definirse a partir de los siguientes criterios: magnitud (morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia), vulnerabilidad (relación causa-efecto, factores de riesgo, diferencias entre grupos, diferencias entre países), trascendencia (letalidad, incapacidad temporal o permanente, mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos), disponibilidad de información, tendencia (proyecciones), disponibilidad de recursos, y decisión política.
4. El proceso de priorización está sujeto a una serie de **factores**, que según Ham *et al* (1994) son: los gestores del sistema sanitario, los profesionales a nivel clínico, la participación pública y la presión que ejerce a nivel local, y la evidencia disponible acerca de costes y efectividad. A tenor de la perspectiva de los expertos españoles cabría decir que en nuestro contexto resulta crítico el fomento de una cultura organizativa de transparencia y rendición de cuentas y la apertura a la participación de los ciudadanos en las decisiones
5. No debe pedirse a la **población** que ordene los tratamientos si ésta no dispone de información suficiente para decidir, ni sin habilitar los cauces apropiados para una participación democrática.

6. Aunque se están realizando esfuerzos para mejorar la cantidad y calidad de la **información económica** disponible, los datos aún son deficientes, sobre todo en lo relativo a las enfermedades crónicas. En el caso español, se requiere un esfuerzo en la orientación de las bases de datos sanitarias hacia la medida de resultados (en este sentido, resulta esperanzadora la iniciativa de informatizar las historias clínicas). Además es necesaria una iniciativa desde el Estado que coordine y homogeneice la recogida de información a nivel nacional, evitando la tendencia a la fragmentación derivada de la descentralización del sistema (una iniciativa que pretende cubrir este vacío es el Sistema de Información Sanitaria en España, del Llano *et al*, 2004)
7. Hay que determinar el **rango de los servicios sanitarios** que va a ser afectado por el proceso de priorización, en el cual resulta deseable que los cambios en la asignación de los recursos se produzcan de modo gradual para favorecer una transición no traumática hacia modos de asistencia más coste efectivos.
8. A pesar de las frecuentes **preferencias** por una asignación de recursos más favorable para la prevención, el gasto social, y la atención de los enfermos crónicos y mentales, éstas varían para cada país y deben apoyarse en datos fiables que las contextualicen adecuadamente.
9. En diversas naciones se están llevando a cabo políticas que traspasan recursos de la atención hospitalaria a los menos gravosos y en muchos casos más satisfactorios **servicios sociales o comunitarios**, en especial en lo que afecta a la atención a los mayores.
10. Se desconoce el grado de seguimiento de las **guías y protocolos** entre el personal médico. Por ello es importante la fidelización de los profesionales al sistema, que favorezca, mediante la implicación en la toma de decisiones y en su elaboración, la identificación del personal sanitario con los objetivos generales que persiguen tales medidas.

- 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.
- Anell, A. Priority setting for pharmaceuticals. The use of health economic evidence by reimbursement and clinical guidance committees. *The European Journal of Health Economics* 2004 5(1): 28-35.
- Artells, J.J. Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios. Eficiencia y equidad en la atención perinatal. Colección de Planificación y Gestión sanitaria. Masson, 1989.
- Asthana, S., Gibson, A., Moon, G., Dicker, J., Brigham, P. The pursuit of equity in NHS resource allocation: should morbidity replace utilization as the basis for setting health care capitations? *Social Science & Medicine* 2004;58:539-551.
- Badía, X., Del Llano, J. Investigación de resultados en salud. *Medicina Clínica* 2000;114(Supl 3):1-7.
- Badía, X., López, C., Pinto, J.L., Roset, M. Análisis coste-efectividad del tratamiento antiretroviral de pacientes asintomáticos con VIH. Grupo MSD.
- Banta, H.D., Andreasen, P.B. The political dimension in health care technology assessment programs. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1990;6:115-123.
- Barbieri, M., Drummond, M. Uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones. En: Pinto, J.L., Sánchez, F.I. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- Benach, J., Alonso, J. El plan de salud del estado de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. *Gaceta Sanitaria* 1995;9:117-125.
- Birch, S., Gafni, A. Cost effectiveness/utility analyses. Do current decision rules lead us where we want to be? *Journal of Health Economics* 1992;11: 279-296.
- Birch, S., Gafni, A. Changing the problem to fit the solution: Johannesson and Weinstein's (mis) application of economics to real world problems. *Journal of Health Economics* 1993;12: 469-76.
- Boletín Oficial del Estado: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, jueves 29 mayo 2003: 20567-20588.
- Cabasés, J.M. Establecimiento de prioridades en política sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: MSD y MASSON, 1998.
- Cabasés, J.M., Gaminde, I., Gabilondo, L. Planes de salud. *Gaceta Sanitaria* 1999;13(6):478-480.
- Carballo, F., Júdez, J., de Abajo, F., Violán, C. Uso racional de recursos. *Medicina Clínica* 2001;117:662-675.
- Chalkley, M., and Malcomson, J.M. Contracts and Competition in the NHS, en Culyer, A., Wagstaff, A. (ed.) *Reforming Health Care Systems*, Edward Elgar, 1996.
- Claxton, K. The irrelevance of inference: a decision making approach to the stochastic evaluation of health care technologies. *Journal of health economics* 1999;18: 341-64.
- Claxton, K., Neumann, P., Araki, S., Weinstein, M. Bayesian Value-of-Information Analysis: an application to a policy model of Alzheimer's disease. *Discussion Papers in Economics* nº 2000/39 University of York.

- Clua, J.L. Evaluación de la capacidad de autofinanciación en el ámbito territorial de una dirección de atención primaria. *Atención Primaria* 1999;23:461-466.
- Cochrane, A.L. Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación SIS, 2000.
- Cookson, R., Maynard, A. Health technology assessment in Europe. Improving clarity and performance. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000, 16(2): 639-650.
- Costa, J. Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España. *Gaceta Sanitaria* 2001;15(3):237-244.
- Chinitz, D., Shalev, C., Galai, N., Israelí, A. Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ* 1998;317:1005-1007.
- Culyer, A.J. The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy* 5, 34-58.
- Culyer, A.J., Wagstaff, A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics* 1993;12:431-457.
- Cutler, D.M. *Your Money or your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*. Oxford University Press, 2004.
- Daniels, N. Accountability for reasonableness. *BMJ* 2000;321:1300-1301.
- Dawson, D., Drummond, M. European integration and the Economics of health care. CHE 20th Anniversary Conference, 2003.
- Defever, M., Kesteloot, K. (eds.) Rationing in Health Care (Part I). Special issue of *Health Policy* 1999; 49 (1-2):1-136.
- Defever, M., Kesteloot, K. (eds.) Rationing in Health Care (Part II). Special issue of *Health Policy* 1999; 49 (1-2):1-154.
- Del Llano, J. Gestión clínica y sanitaria: ayudando a conciliar necesidad y escasez. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003;5:3-6.
- Del Llano, J., Hidalgo, A., Pérez, S. *Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)*. Fundación Gaspar Casal y Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha. Edittec, Barcelona, 2004.
- 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.
- Del Llano, J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. *Medicina Clínica* 1999;13(112): 496-498.
- Del Llano, J., Meneu, R. Asistencia sanitaria basada en la evidencia. *Medicina Clínica* 1999;112(Supl. 1):90-96.
- Díaz, I., de la Mata, P., Pérez, I., Prieto, C. *Las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- Drummond, M.F. Making economic evaluations more accessible to health care decision-makers. *The European Journal of Health Economics* 2003;4:246-247.
- Drummond, M.F., 1989, Output measurement for resource allocation decisions in health care, *Oxford Review of Economic Policy* 5, 59-74.
- Drummond, M.F., Weatherly, H. Implementing the findings of health technology assessments. It the CAT got out of the bag, can the TAIL wag the dog? *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000, 16(1):1-12.

- Drummond, M.F. et al. Issues in the cross-national assessment of health technology. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1992;8(4):671-682.
- Drummond, M.F., Stoddart, G., Torrance, G. *Methods for the economic evaluation of health care programs*. Oxford University Press, 1987.
- Emmanuel, E.J., Fuchs, V.R. The universal cure. *The New York Times*. November 18, 2003.
- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Spain*. 2000.
- 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 Cork, 1994.
- Feldstein, P.J. *Health Care Economics*. John Wiley & Sons, 1988.
- Fenwig, E., Claxton, K., Sculpher, M., Briggs, A. Improving the efficiency and relevance of health technology assessment: the role of iterative decision analytic modelling. *Centre for Health Economics Discussion Paper 179*. University of Cork, 2000.
- Freire, J.M. La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 1999;13(3):233-235.
- Freire, J.M., Infante, A., Rey del Castillo, J. La política de salud en el Estado de la autonomías. En: Garde JA.(dir) *Informe 2003. Políticas sociales y Estado de bienestar en España*. FUHEM, Madrid, 2003.
- Fuchs, V. *Who shall live? Health Economics, and social choice*. Basic books, New York, 1974.
- Fundación Fernando Abril Martorell (2003). *Encuentro sobre el Informe Abril sobre el Sistema Nacional de Salud once años después*.
- Fundación Encuentro. *El Sistema Nacional de Salud: ¿seguirá siendo un sistema?* En: *Informe España 2003*. Fundación Encuentro, Madrid, 2003.
- Gamboa, F., Gómez, E., De Villar, E., Vega, J., López, R., Polo, J. La atención especial a los pacientes reingresados puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial. *Revista Clínica Española* 2002;20(6):320-325.
- Gaminde, I. Priorities in healthcare: a perspective from Spain. *Health Policy* 1999;50:55-70.
- Gelijns, A.C., Rigter, H. Health care technology assessment in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1990;6:157-174.
- Gené, J. Pacientes exigentes, profesionales competentes y gestores clínicos: claves de la atención primaria de salud del siglo XXI. *Atención Primaria* 1999;23 (supl. 1):71-75.
- Giacomini, M.K., Cook, D.J., Streiner, D.L., Anand, S.S. Guidelines as rationing tools: a qualitative analysis of psychosocial patient selection criteria for cardiac procedures. *CMAJ* 2001;164(5):634-640.
- González, B. Profesionales sanitarios, tecnologías y mercados. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2004; 6 (4): 3-5.
- Hadorn, D.C. Setting health care priorities in Oregon. Cost-effectiveness meets the rule of rescue. *JAMA* 1991, 265:2218-2225.
- Ham, C., Honigsbaum, F., Thompson, D. *Priority setting for health gain*. Department of Health, London, 1994.
- Ham, C., Robert, G. *Reasonable rationing. International experience of priority setting in health care*. Open University Press, London, 2003.
- Harrison, S., Hunter, D.J. *Rationing health care*. Institute for Public Policy Research, 1994.
- Hauck, K., Smith, P.C., Goddard, M. *The Economics of Priority Setting for Health Care. A Literature Review*. HNP Discussion Paper. Paper prepared for the World Bank Initiative Resource Allocation and Purchasing in Health. 2003.

- Hjortsberg, C., Ghatnekar, O. Health Care Systems in Transition. Sweden. European Observatory on Health Care Systems, 2001.
- Hoffman, C., Graf von der Schulenburg, J., en nombre del Grupo EUROMET. The use of economic evaluation studies in health care decision making. En: J-M Graf von der Schulenburg (ed), The influence of economic evaluation studies on health care decision-making. Amsterdam, IOS Press, 2000.
- Holm, S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998;317:1000-1002.
- Honigsbaum, F., Calltorp, J., Ham, C., Holmström, S. Priority Setting Processes for Healthcare. Radcliffe Medical Press, 1995.
- Honigsbaum, F., Richards, J., Lockett, T. Priority Setting in Action. Purchasing dilemmas. Radcliffe Medical Press, 1995.
- Hutubessy, R., Chisholm, D., Edejer, T.T.T., WHO-CHOICE. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003:1-8.
- Ibern, P. Seguros sanitarios colectivos y desgravación fiscal. *Gaceta Sanitaria* 1999;13(3):236-238.
- Jacob, R., Battista, R.N. Assessing technology assessment. Early results on the Quebec experience. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1993;9(4):564-572.
- Johannesson, M., Weinstein, M. On the decision rules of cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics* 1993, 12: 459-67.
- Klein, R. Puzzling out priorities. *BMJ* 1998;317:959-960.
- Klein, R. Priorities and rationing: pragmatism or principles. *BMJ* 1995;311:761-762.
- Klein, R., Day, P., Redmayne, S. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the National Health Service. Open University Press, 1996.
- Kind, P., Brazier, J. Valuing health outcomes: 12 questions for the insomniac health economist. CHE 20th anniversary conference, 2003.
- Lamata, F. El copago en la financiación de los servicios sanitarios públicos en la Unión Europea y España. En: Fundación Ciencias de la Salud. Modelos de Coparticipación del Usuario en la Financiación de la Sanidad Pública. Madrid, 1995: 64-76.
- Larroca, N.H. El hombre, la salud, el desarrollo y la economía. *World hospitals and health services* 2000;36(3):19-22.
- Laupacis, A., Feeny, D., Detsky, A.S., Tugwell, P.X. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal* 1992;146(4):473-481
- Lázaro, A. El descuento: situación actual y perspectivas de futuro. En: Pinto, J.L., Sánchez, F.I. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- Le Grand, J. Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens. London, 2003.
- Le Grand, J. Equity, health and health care. *Social Justice Research* 1978, 1:257-274.
- López i Casasnovas, G.(dir). Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Andalucía y Cataluña. Fundación BBVA, Bilbao, 2001.
- López i Casasnovas, G.(dir). El sistema sanitario español: evolución reciente (1997-1998). Fundación BBVA, Bilbao, 2001.

- López i Casanovas, G.(dir). Análisis económico de la sanidad. Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Colecció Economia de la Salut. Barcelona, 1994.
- López i Casanovas, G., Ortún, V., Murillo, C. El sistema sanitario español: informe de una década. Fundación BBVA, Bilbao, 1999.
- López i Casanovas, G., Ortún, V. Economía y Salud. Fundamentos y Políticas. Encuentro Ediciones, Madrid, 1998.
- López i Casanovas, G. Una guía de navegación para ordenar y clarificar el debate sanitario. Gaceta Sanitaria 1999;13(3):226-232.
- Lostao, L. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España, en Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX (coordinado por Enrique Regidor): 75-89. Universidad de Alicante, 2002.
- Marinjer, M. (ed.) Controversies in health care policies. Challenges to practice. BMJ, 1994.
- Matthew, G.K. Measuring need and evaluating services, en McLachlan, G. (ed.) Portfolio for Health, Problems and Progress in Medical Care, Essays on Current Research, Sixth Series. Oxford University Press, 1971.
- Mayston, D.J. Capital and Labour Markets in Health, en Culyer, A., Wagstaff, A. (ed.) Reforming Health Care Systems, Edward Elgar, 1996
- McKee, M., Figueras, J. For Debate: Setting priorities: can Britain learn from Sweden? BMJ 1996;312:691-694.
- Meneu, R. Algunas evidencias sobre las decisiones sanitarias. Implicaciones para la formulación de políticas. En La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria (ed. Enrique Regidor): 247-270. Universidad de Alicante, 2003.
- 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. Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Normativa reguladora (actualizado a 31 de julio de 1999). Madrid, 1999.
- Ministry of Health and Social Affairs. Health Care and Medical Priorities Commission. No easy choices: the difficult priorities of health care. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1993:93.
- Mitton, C., Donaldson, C. Tools of the trade: a comparative analysis of approaches to priority setting in healthcare. Health Services Management Research 2003;16(2): 96-105.
- Mooney, G.H. "Communitarian claims" as an ethical basis for allocating health care resources. Social Science and Medicine 1998, 47 (9): 1171-1180.
- Mooney, G.H. Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books, 1986.
- Mooney, G.H. Cost-benefit analysis and medical ethics. Journal of Medical Ethics 1980;6:177-179.
- Muir, J.A. Choosing priorities. Journal of Medical Ethics 1979;5: 73-75.
- New, B. (ed.) Rationing. Talk and action in health care. BMJ, 1997.
- OCDE. Aspectos económicos de las biotecnologías relacionadas con la salud humana. Parte I: Biotecnología e innovación médica: evaluación socio-económica de la tecnología, el potencial y los productos. Epítomes de política sanitaria. OCDE, 1998.
- Oliva, J. Valoración de costes indirectos en la evaluación sanitaria. Medicina Clínica 2000;114(Supl 3):15-21.

- Oliva, J., Del Llano, J., Sacristán, J.A. Análisis de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias realizadas en España en la década 1990-2000. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(Supl 2):2-11.
- Oliva, J., Del Llano, J., Antoñanzas, F., Juárez, C., Rovira, J., Figueras, M. Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en el ámbito hospitalario. *Cuadernos de Gestión* 2001, 7(4): 192-202.
- Oliva, J., Del Llano, J., Antoñanzas, F., Juárez, C., Rovira, J., Figueras, M. Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en el ámbito hospitalario. *Gestión Hospitalaria* 2000, 11(4): 171-179.
- Oliver, A., Mossialos, E., Robinson, R.(eds.) Connecting technology assessment to priorities in health care. (Special issue of the) *International Journal of Technology Assessment* 20 (1), 2004.
- Ortún, V. 30.000 euros por AVAC. *Economía y Salud* 2004;49: 1-2. Asociación de Economía de la Salud.
- Ortún, V. Reforma de la Sanidad, en Muñoz S, García JL, González L (dir.): *Las estructuras del Bienestar. Propuestas de reformas y nuevos horizontes*. Civitas, Madrid, 2002: 159-207.
- Ortún, V., Pinto, J.L., Puig-Junoy, J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria* 2001;27(1):62-64.
- Ortún, V., Pinto, J.L., Puig-Junoy, J. El establecimiento de prioridades. *Atención Primaria* 2001;27(9):673-676.
- Osteba Berriak. Análisis económico: registro de análisis de coste-utilidad on line. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. *Osteba Berriak* 2003;39:3.
- Parlamento Europeo. Decisión nº 1786 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003;26(1):109-119.
- Pérez, M. La sanidad se vuelve autónoma. *El País*, sábado 31 de enero de 2004: 20.
- Phelps, C., Mushlin, A. On the (near) equivalence of cost-effectiveness and cost-benefit analyses. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1991;7: 12-21.
- Pinto, J.L. Calidad de vida y asignación de recursos sanitarios. *Gaceta Sanitaria* 2000;14(2):168-174.
- Pinto, J.L., Ortún, V., Puig-Junoy, J. El análisis coste-efectividad en sanidad. *Atención Primaria* 2001;27(4):275-278.
- Pinto, J.L., Puig-Junoy, J., Ortún, V. Análisis coste utilidad. *Atención Primaria* 2001;27(8):569-573.
- Pinto, J.L., Rodríguez, E., Castells, X., Gracia, X., Sánchez, F.I. El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2000.
- Pinto, J.L., Sánchez, J.R. Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a información sobre las preferencias sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- Prieto, L., Sacristán, J.A., Pinto, J.L., Badía, X., Antoñanzas, F., del Llano, J. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias (colección Evaluación económica para clínicos). *Medicina Clínica* 2004;122(11):423-429.
- Puig-Junoy, J. Radial measures of public services deficit for regional allocation of public funds (version 29.12.1999).
- Puig-Junoy, J., Ortún, V., Pinto, J.L. Los costes en la evaluación de tecnologías sanitarias. *Atención Primaria* 2001;27(3):186-189.
- Puig-Junoy, J., Pinto, J.L., Ortún, V. El análisis coste-beneficio en sanidad. *Atención Primaria* 2001;27(6):422-427.

- Puig-Junoy, J., Ortún, V., Ondategui, S. Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud. *Gaceta Sanitaria* 2000;14(5):378-385.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J.L., Rodríguez, C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1994.
- Rodríguez, E. Cuestiones de equidad. En: Pinto, J.L., Sánchez, F.I. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- Rodríguez, E., Pinto, J.L. The significance of distributive effects in social assessment of health care.
- Rodríguez, M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. *Gaceta Sanitaria* 2001;15(6):527-537.
- Rovira, J. Desarrollos recientes de la evaluación económica en salud. *Medicina Clínica* 2000;114(Supl 3):8-14.
- Ruiz-Huerta, J., Granada, O. La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica. Documento de trabajo 31/2003. Fundación Alternativas, 2003.
- Sabin, J.E. Fairness as a problem of love and the Herat: a clinician's perspective on priority setting. *BMJ* 1998;317:1002-1004.
- Sacristán, J.A., Ortún, V., Rovira, J., Prieto, L., García-Prieto, F. Evaluación económica en medicina (colección Evaluación económica para clínicos). *Medicina Clínica* 2004;122(10):379-382.
- Sacristán, J.A., Oliva, J., Del Llano, J., Prieto, L., Pinto, J.L. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(4):334-343.
- Saltman, R.B., von Otter, C. Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los Países del Norte de Europa. Escuela Nacional de Sanidad, 1994.
- Schelling, T. The live you save may be your own. In *Problems in Public Expenditure Analysis*. S. B. Chase. Washington. The Brookings' Institute, 1968.
- Sculpher, M., Claxton, K., O'Brien, B., Akehurst, R. It's just evaluation for decision making: recent developments in, and challenges for, cost-effectiveness research. CHE 20th anniversary conference, 2003.
- Segarra, A. La parte plana de la curva, donde el coste-efectividad encuentra la regla del rescate. En *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta* (Vicente Ortún). Colección Economía de la salud y gestión sanitaria, MASSON, 2003.
- Segura, A., Villalbí, J.R., Mata, E., De la Puente, M., Ramis-Juan, O., Tresserras, R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gaceta Sanitaria* 1999;13(3):218-225.
- Sen, A.K. *On economic inequality*. Clarendon Press, Oxford, 1973.
- Singer, P.A. Medical ethics. *BMJ* 2000;321:282-285.
- Singer, P.A., Martin, D.K., Giacomini, M., Purdy, L. Priority setting for new technologies in medicine: qualitative case study. *BMJ* 2000;321:1316-1318.
- Soto, J. Estudios de farmacoeconomía en asistencia especializada: principios, métodos y aplicaciones prácticas. *Anales de Medicina Interna* 1999;16(1):41-46.
- Soto, J., Olivilla, P. ¿Son los medicamentos una inversión económicamente rentable para el sistema nacional de salud en España? *Medicina Clínica* 2001;117:622-624.
- Souto, G. Trabajo y capital en la evaluación pública de proyectos. *Investigaciones* 5/01. Instituto de Estudios Fiscales, 2001.

- Stinnet, A., Mulahy, J. Net Health Benefits: a new framework for the analysis of uncertainty in cost-effectiveness analysis. *Medical Decision Making* 1998, 18:S68-S80.
- Stinnet, A., Paltiel, D. Estimating CE ratios under second-order uncertainty: the mean ratio versus the ratio of the means. *Medical Decision Making* 1997; 17:483-89
- Stoykova, B., Drummond, M., Barbieri, M., Kleijnen, J. The lag between effectiveness and cost-effectiveness evidence of new drugs. Implications for decision-making in health care. *The European Journal of Health Economics* 2003;4:313-318.
- Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in health care: Ethics, economy, implementation*. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995:5.
- Tsuchiya, A. QALYs and ageism. Philosophical theories and age weighting. *Health Economics* 2000, 9: 57-68.
- Ubel, P.A. *Pricing life: why it's time for health care rationing*. The MIT Press, 2000.
- Ubel, P.A. Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints. Is it equitable? *The New England Journal of Medicine* 1996;334(18):1174-1177.
- Vázquez, M.L., Siquiera, E., Kruze, I., Da Silva, A., Leite, I.C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(1):30-38.
- Wagstaff, A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics* 1991;10:21-41.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. Equity in health care finance and delivery, en Culyer, A., Newhouse, J. (eds.) *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science B.V.,2000.
- Weinstein, M.C., Stason, W.B. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *The New England Journal of Medicine* 1977;296(13):716-721.
- Williams, A. Intergenerational equity: an exploration of the "fair innings" argument. *Health Economics* 1997, 6: 117-132.
- Williams, A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of medical ethics* 1992;18:7-11.
- Williams, A. the cost-benefit approach. *British Medical Bulletin* 1974, 30: 252-256.
- Williams, A., Cookson, R. Equity in health, en Culyer, A., Newhouse, J. (eds.) *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science B.V., 2000.
- Williams, A., Tsuchiya, A., Dolan, P. Incorporating citizen's preferences about fairness into health policy. Making NICE even nicer. CHE 20th anniversary conference, 2003.

ANEXO 1. AVANCES METODOLÓGICOS RECIENTES EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

A. Metodología de estimación de las utilidades

Los supuestos del ACU y la medición de las ganancias de salud en años de vida ajustados por calidad (AVACs, *quality-adjusted life years, QALYs*) son los siguientes (Pinto et al, 2001a):

1. La salud se puede reducir a dos componentes: calidad (Q) y cantidad de vida (Y).
2. Cualquier estado de salud se puede representar mediante una combinación (Q,Y).
3. Hay diversas combinaciones (Q,Y) que tienen el mismo valor para las personas.
4. La salud de una persona puede medirse como la suma de la calidad de vida durante los años que dura su vida.
5. El valor de la salud de una persona es el número de años de vida de dicha persona ponderado por el valor de su calidad de vida en cada año de su vida: $U(Q,Y)=U(Q) \times Y$.

De este modo, un AVAC es un año de vida en buena salud y su valor es 1, ya que en el extremo inferior representa la muerte (valor 0) y el superior la buena salud (valor 1). Esta unidad de medida no tiene en cuenta ciertos beneficios y externalidades. Sin embargo, es la más ampliamente usada en estudios de evaluación económica. Otras propuestas para la combinación de cantidad y calidad de vida son (Hauck *et al*, 2003):

- Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD, *disability-adjusted life years, DALYs*): es una medida de salud perdida en lugar de salud ganada (QALYs). Requiere un análisis de sensibilidad.
- Años de vida equivalente (AVE, *healthy-years equivalent, HYE*s): valora la vida individual en términos de salud en lugar de un único estado. Tiene la ventaja de capturar más precisamente las verdaderas preferencias de los individuos.

Para que una medida de utilidad pueda utilizarse para establecer prioridades ha de cumplir los siguientes requisitos (Pinto, 2000):

- a. poder medirse en una escala intervalo, ya que en ese caso las razones entre las distancias se mantendrán siempre constantes. Para asignar recursos no podemos, por tanto, utilizar medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que sean puramente ordinales ya que, aunque el orden se mantiene con cualquier transformación monótona, no ocurre lo mismo con las razones entre los intervalos;

- b. que los intervalos de todos los pacientes sean agregables. Esto exige que estos intervalos estén definidos en una escala común;
- c. que sus intervalos sean comparables con intervalos de cantidad de vida;
- d. que dicha medida de CVRS pueda combinarse con la duración; y,
- e. la medida de CVRS tiene que basarse en las preferencias de las personas afectadas.

Estos planteamientos que desde el punto de vista teórico resultan tan nítidos, chocan en la práctica con numerosos problemas técnicos para su operativización de una forma satisfactoria. Por un lado, las deficiencias aún no resueltas en las herramientas disponibles para la determinación del valor que la población asigna a los diferentes estados de salud, a su duración, y a la esperanza de vida y su relación con la calidad. Por otro lado, las limitaciones del enfoque a la hora de agregar las preferencias y convertirlas en prioridades en función de los valores de utilidad social que los individuos tienen incorporados en su función de utilidad y que no se reflejan en los actuales métodos de medición.

Las medidas de CVRS aparentemente más útiles para el economista son los denominados perfiles genéricos tales como el SF-36, el Perfil de Impacto de la Enfermedad o el Perfil de Salud de Nottingham. Sin embargo, no son útiles para guiar al economista en la tarea de asignación de recursos porque:

- a. no sirven para comparar ganancias en cantidad con ganancias en calidad de vida, ya que estos números no hacen ninguna referencia a la muerte; y,
- b. no sabemos cómo combinar estos valores con la duración.

La única parte de la teoría económica que ha proporcionado cierta ayuda para medir las preferencias de los consumidores en una escala intervalo, ha sido la Teoría de la Utilidad Esperada. Se han empleado distintos métodos para la medición de la calidad de vida:

- Compensación temporal (propuesto por Torrance, cumple todos los requisitos). Método de obtención de preferencias que mide la calidad de vida preguntando por la cantidad de vida que una persona está dispuesta a ceder a cambio de una mejora en la calidad de vida. Los AVACs nos permiten obtener el valor relativo de un tratamiento respecto a otro.
- Lotería estándar. Método de obtención de preferencias en el que la calidad de vida se mide por el riesgo de muerte que una persona está dispuesta a asumir por evitar un cierto problema de salud. Está basado en la teoría de la utilidad esperada.

Las ponderaciones obtenidas según el método de la lotería estándar difieren de las estimadas según el enfoque de la compensación temporal (Kind *et al*, 2003). Por ello, se puede establecer una ordenación de los distintos métodos para la estimación de preferencias: si es necesaria una medida de las utilidades y se considera que la lotería estándar es el método más apropiado (A), entonces la compensación temporal sería el segundo más fiable. El resto, con la excepción del análisis conjunto (*conjoint analysis*), podrían agruparse juntos. Si fuera necesario elegir entre varios estados de salud (B), entonces la ordenación por categorías y las escalas de ana-

logía visual son relegadas a un segundo nivel. En el caso de que la intensidad relativa de las preferencias pueda ser obtenida a partir de cualquiera de los métodos (C) no parece que exista algún modo de discriminar entre todas las alternativas. Estas clasificaciones aparecen en la tabla XIII.

Tabla XIII. Ordenación de métodos para la estimación de preferencias.

	A	B	C
Lotería estándar	1	1	1
Compensación temporal	2	1	1
Ordenación por categorías	3	2	1
Escalas de analogía visual	3	2	1
Análisis conjunto	2	1	1
Comparación por pares	3	1	1
Estimación de magnitudes	3	1	1
Unir los equivalentes	3	1	1

Fuente: Kind et al (2003).

De este modo, si la medición de las utilidades es un requisito esencial para la estimación de los AVACs, no existe margen para admitir ponderaciones de calidad obtenidas a partir de los métodos mejor valorados según el caso (A). Si las preferencias sociales se interpretan de un modo más amplio y los métodos que no proporcionan utilidades se aceptan como ponderaciones de calidad, entonces se puede elegir entre (B) y (C).

En la actualidad, los dos únicos perfiles de salud que han utilizado dichas técnicas son el *Euroqol*, basado en la compensación temporal, y el *Health Utilities Index*, basado en la lotería estándar (Pinto, 2000).

Se trata, por tanto, de preguntar al paciente si tiene o no los problemas de salud que están contemplados en la parte descriptiva del perfil y acudir al valor que dicho estado de salud recibe en la escala.

Una vez medida la calidad de vida mediante los métodos de compensación temporal y lotería estándar, para obtener los AVACs producidos por un tratamiento sanitario tendríamos que obtener la siguiente información:

- duración del problema de salud sin tratamiento,
- estado de salud final si el tratamiento tiene éxito,
- probabilidad de que el tratamiento tenga éxito, y
- duración del efecto.

Por último, el valor social de un tratamiento se calcula como el número total de AVACs ganados. Para establecer prioridades se propone financiar en primer lugar aquellos tratamientos con un menor coste por AVAC.

Las críticas al enfoque del ACU y sus resultados son frecuentes:

- a. los valores obtenidos dependen de la forma de preguntar;
- b. suponer que la calidad de vida es constante implica eliminar el efecto adaptación;
- c. el uso de la tasa de descuento hace que los tratamientos preventivos pierdan atractivo frente a los curativos;
- d. heterogeneidad de los pacientes;
- e. el principio ético que subyace en la maximización de los AVACs es que todos los AVACs tienen el mismo valor, y que el único objetivo de los gastos sanitarios es aumentar la salud (medida con AVACs). Este enfoque no refleja estos aspectos:
 - i. influencia de la edad;
 - ii. influencia de la conducta;
 - iii. efecto del tratamiento y gravedad de la enfermedad;
 - iv. costes;
 - v. tratamientos curativos frente a preventivos;
 - vi. tratamientos paliativos.

Es por ello que existen discusiones sobre los supuestos del ACU, así como factores políticos y sociales que no pueden obviarse. En realidad, la comparación no es entre maximización de AVACs y la alternativa ideal, sino entre la maximización de AVACs y la situación actual caracterizada por la toma de decisiones basadas en razonamientos *ad hoc*.

Ubel (2000) define la *trampa de los AVACs (the QALY Trap)* como la imposibilidad de añadir al ACU la prioridad de los pacientes gravemente enfermos y el deseo de no discriminar a aquellos con discapacidades. Esta situación se debe a que en el enfoque estándar de los AVACs, la utilidad de un estado de salud determina no sólo la ganancia de mejorarlo, sino también el beneficio que supone salvar la vida de alguien en ese estado. Si a las medidas de utilidad se les añadiera una medida de los valores sociales, acabaría esta inconsistencia.

El método de la compensación interpersonal (*person trade off, PTO*) puede estimar una medida de estos valores sociales. Si se incorporara en el ACU, se resolverían dos problemas: se podría tener en cuenta la preferencia de la población por aquellos pacientes gravemente enfermos, y la tendencia a no discriminar a los que padecen discapacidades o enfermedades crónicas. Un obstáculo para la estimación de valores sociales es la intransitividad multiplicativa, que supone que las respuestas al método de la compensación interpersonal sean inconsistentes.

Tampoco parece tener sentido calcular los coeficientes de equidad en la distribución para cada intervención. En su lugar, estas estimaciones se deberían aplicar a las decisiones políticas, en las que sus efectos distributivos sobre una determinada población pueden ser calculados.

B. Metodología de estimación de los costes

En cuanto a la evaluación económica de los costes de las tecnologías sanitarias, es necesario en primer lugar asignarlos a cada una de las siguientes categorías (Puig-Junoy et al, 2001a):

- a. Costes sanitarios: costes directos, costes sanitarios futuros y otros costes sanitarios.
- b. Costes no sanitarios: costes de los servicios sociales, desplazamiento y tiempo de los pacientes. También llamados costes indirectos, comprenden toda aquella pérdida de producción de bienes y servicios que ocasiona una enfermedad. Si se comprende la noción de coste de oportunidad es fácil ver la necesidad de la incorporación de los costes indirectos en los estudios de evaluación de tecnologías sanitarias. En el caso del VIH/SIDA, algunos estudios estimados que los costes indirectos asociados son del orden de cinco veces superiores a los directos. Esto parece ser más cierto para países pobres, los cuales no pueden beneficiarse de los costosos pero efectivos tratamientos que se aplican en los países desarrollados. En el caso de la migraña, los costes indirectos debido a pérdidas de productividad exceden sustancialmente a los costes directos del tratamiento (Oliva, 2000).
- c. Coste de las transferencias: como los distintos tipos de pensiones.

La perspectiva adoptada en una evaluación económica determina la lista de los costes a incluir en la evaluación. Existen dos grupos de técnicas según el nivel de detalle en la medida y valoración de los costes: los métodos sintéticos (fuentes de información secundaria) y los basados en datos primarios (fuentes de información específicas para el estudio).

La valoración consiste en asignar un precio a los recursos utilizados. Existen algunos casos (ausencia de precios observables o que los precios no reflejen el verdadero coste de oportunidad) en los que se deben emplear precios ajustados o precios sombra.

El enfoque del capital humano supone que los agentes deciden sobre sus pautas de inversión con el fin de aumentar su productividad y obtener unos mayores ingresos en el futuro. Los problemas éticos que conlleva desaconsejan su aplicación a la valoración de programas sanitarios. Dos alternativas a este enfoque son el método de los costes friccionales y el enfoque QALY. Por último, el método de la valoración contingente (disponibilidad a pagar) pretende conocer cómo valora el agente un cambio en su propio estado de salud, al preguntarle cuánta renta estaría dispuesto a entregar a cambio de una mejora determinada en su salud o a cambio de evitar un empeoramiento de ésta. La tabla XIV analiza las fortalezas y debilidades de cada método:

Tabla XIV. Análisis comparativo de los distintos enfoques.

Técnica de valoración	Ventajas	Desventajas
Enfoque del capital humano	Coherencia con la teoría económica.	Problemas éticos.
Método de los costes friccionales	Coherencia con la teoría económica. Intuitivo, fácil utilización.	Problemas éticos.
Enfoque QALY	Coherencia con la teoría económica. Intuitivo.	Problemas de doble contabilización.
Disponibilidad a pagar	Coherencia con la teoría económica. Valoración subjetiva de la salud.	Dificultad en el uso, pues requiere buenos cuestionarios. Comportamiento estratégico. Problemas éticos.

Fuente: Oliva (2000).

Se debe emplear una tasa de descuento para aquellos costes producidos en un período superior a un año, y no olvidar que los costes relevantes para la gestión son los marginales. Distinguiamos dos tipos de estudios económicos basados en los costes:

- a. Estudios del coste de la enfermedad.
- b. Estudios de minimización de costes: comparan dos o más alternativas de intervención sanitaria para las que se supone que la efectividad es idéntica.

C. Nuevos enfoques para el manejo de la incertidumbre en la evaluación económica: modelos estocásticos y análisis bayesiano del valor de la información

Cualquiera que sea el procedimiento aplicado para la estimación de costes y de efectos, lo que se obtiene es un parámetro estimado, es decir sujeto a incertidumbre, y calculado a partir de variables cuyos valores también han sido estimados, lo que convierte la incertidumbre que rodea a los resultados de los modelos de decisión en un factor clave del análisis.

En los últimos años ha venido proliferando la literatura que propone el empleo de modelos estocásticos que incorporen análisis bayesiano del valor de la información (VI) como una alternativa mucho más adecuada que el tradicional enfoque determinista para manejar las fuentes simultáneas de incertidumbre que indefectiblemente afectan a los modelos analíticos de decisión (Claxton *et al*, 2000). La ventaja de este último enfoque reside en que todas las asunciones que acompañan a los parámetros que alimentan el modelo pueden hacerse explícitas. Como consecuencia, la propia determinación del coste-efectividad de la tecnología incluye la incertidumbre relacionada con los parámetros. En los modelos deterministas cada parámetro es un número dado que se maneja como cierto y la variabilidad ligada al rango de sus valores posibles, en general, sólo se refleja para uno o dos de los parámetros a la vez en el llamado análisis de sensibilidad. Por el contrario, en la metodología probabilística se asigna a cada parámetro una distribución basada en la evidencia existente (información previa). Una vez que todos los elementos del modelo han sido debidamente caracterizados, el análisis incluye todos los valores posibles de cada uno de los parámetros relevantes, y las interacciones entre ellos, mediante una simulación iterativa que origina una distribución de efectos y costes incrementales. La media de cada una de estas distribuciones sirve para determinar la ratio coste-efectividad incremental esperada (ICER, el *sin sentido* de calcular el ICER medio ha sido debidamente argumentado en Stinnet *et al*, 1997). A partir de los resultados de la simulación es posible construir, por procedimientos no paramétricos, curvas de aceptabilidad de coste-efectividad (*cost-effectiveness acceptability curves*, CEACs), que reflejan la incertidumbre que rodea a la ratio obtenida (Fenwig *et al*, 2000). El coste esperado de la incertidumbre se determina a partir de la probabilidad de que una decisión basada en la información disponible sea errónea y las consecuencias de ésta. En términos de teoría económica, se puede interpretar como el valor esperado de la información perfecta. De esta forma, la adopción de modelos probabilísticos permite apoyar la toma de decisiones en dos sentidos. Por un lado, posibilita la toma de una decisión acerca de la tecnología cuya adopción resulta óptima a la vista de la evidencia científica disponible. Por otro lado, la consideración explícita de la incertidumbre que rodea a tal decisión, da lugar a una valoración de la necesidad o no de obtener más información que confirme o revoque la decisión en el futuro, permitiendo, además, estimar el beneficio que la sociedad pue-

de esperar si se decide financiar dicha investigación adicional. Se puede concretar a través de este análisis para qué parámetros de los que alimentan el modelo merece más la pena desde la perspectiva social invertir en ganar certidumbre, señalando líneas de priorización en la política de investigación (Claxton, 1999).

ANEXO 2. GUÍA EMPLEADA EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

1. ¿Son sinónimos *racionamiento* y *establecimiento de prioridades* o depende del agente del sistema (político, gestor, clínico, ciudadanos) que haga uso de estos términos?
2. ¿Qué importancia dais al papel que tienen los determinantes de la salud (exógenos) en el establecimiento de prioridades en el SNSE? ¿Cómo encaja esta discusión en la agenda política?
¿Son el precio de las nuevas tecnologías y el envejecimiento (especialmente en el último año de la vida) las principales causas del aumento del gasto sanitario y, por tanto, los factores que animan el debate sobre el establecimiento de prioridades?
3. A tu entender cuáles son las principales causas del agotamiento de los sistemas sanitarios públicos, especialmente el español.
¿La solución práctica que requiere nuestro sistema sanitario público para que siga siendo sostenible es exclusivamente mejorar su financiación? ¿Qué otras soluciones existen?
¿Qué margen tienen los decisores/políticos para adoptar medidas relacionadas con el establecimiento de prioridades en los tres niveles de la gestión sanitaria, macro, meso y micro? Poner ejemplos de medidas tomadas con éxito y con fracaso para cada nivel.
¿Se tienen realmente en cuenta los informes que elaboran los técnicos/analistas? Idem
4. ¿Cómo se pueden compatibilizar tanto los objetivos de los decisores (macro, meso y micro) con las preferencias y la satisfacción manifestadas por la población en distintos estudios (barómetro sanitario)?
¿Qué papel tiene el paciente o el ciudadano en el proceso de establecimiento de prioridades?
5. ¿Qué características de la política sanitaria española dificultan o impiden el establecimiento de prioridades en el SNSE y en los SRS?
¿Qué competencias deben quedar para el Estado en materia de sanidad? ¿Cómo valoráis el R.D. 63/1995 y su carácter de lista de exclusión? ¿Es el enfoque adecuado y a seguir en el futuro?
6. ¿Qué conclusiones se pueden extraer de las distintas experiencias internacionales en el establecimiento de prioridades?
¿Existe algún modelo aplicable (con las debidas adaptaciones) al sistema sanitario español?
¿Qué capacidad tiene la Unión Europea para dirigir el establecimiento de prioridades en forma de paquete básico de prestaciones, en su intento de lograr una mayor cohesión social para toda la región?
7. ¿Deben seguir recayendo implícitamente las decisiones de priorización en los médicos a nivel de la microgestión?
¿Es deseable una mayor transparencia y explicitación por parte de los políticos en el proceso de priorización o es per se incompatible con las actuales reglas de juego?

¿Si existiera un consenso político previo qué barreras permanecerían para la explicitación de prioridades en España?

8. ¿Cómo mejorar la medición de resultados en salud en los tres niveles de la gestión sanitaria? Poner un ejemplo para cada nivel.

¿Cómo se puede lograr que los esfuerzos de investigación evaluativa (informes de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias) sean más tenidos en cuenta en el proceso de toma de decisiones acerca de la inclusión o exclusión de nuevas prestaciones sanitarias?

De entre los distintos métodos de evaluación económica de tecnologías sanitarias (ACB, ACE y ACU), ¿cuál es el más adecuado para informar a los decisores? (entendiendo por adecuado el que conjugue robustez, fácil comprensión y aplicabilidad)

¿Cómo podríamos ir reemplazando las prestaciones sanitarias más ineficientes por las más eficientes (*muddling through*)?

ANEXO 3. CURRÍCULA DE LOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

José Alburquerque Sánchez

Gerente del Servicio Cántabro de Salud.

Rosario Alfonso Gil,

Jefa de la Oficina del Plan de Salud Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria, Consellería de Sanidad, Generalitat Valenciana.

José Asua Batarrita

Jefe del Plan de Salud-Bizkaia, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

Joan Benach de Rovira

Unidad de Investigación en Salud Laboral. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Eduardo Briones Pérez de la Blanca

Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Enrique Castellón Leal

Ex Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ex Viceconsejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; Ex Director general del Servicio Gallego de Salud. Actualmente, Gerente de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Santiago Cervera Soto

Ex Consejero de Sanidad, Comunidad Foral de Navarra. Director Gerente del Instituto de Investigaciones Cardiovasculares del Instituto de Salud Carlos III.

Josep Corcoll Reixach

Director General de Planificación y Financiación de la Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears.

Indalecio Corugedo de las Cuevas

Catedrático de Teoría Económica de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense de Madrid, y Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Gaspar Casal.

Juan José Domínguez Garrido

Director de Gabinete de Estudios y Análisis, Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

José Manuel Freire Campo

Ex Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco. Director del Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Salud, ISCIII.

Julián García Vargas

Ex Ministro de Sanidad y Consumo.

Jordi Gol i Freixa

Jefe de Servicio. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

Álvaro Hidalgo Vega

Profesor Titular de Teoría Económica, Universidad de Castilla La Mancha y Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Gaspar Casal.

Guillem López-Casasnovas

Catedrático de Economía Aplicada y Codirector del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

José Luis López Hernández

Director General de Planificación, Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Francisco López Rois

Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia.

José Jesús Martín Martín

Profesor Titular Economía Aplicada, Universidad de Granada. Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ricard Meneu de Guillerna

Vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación de Servicios de Salud.

Juan Oliva Moreno

Profesor Asociado, Departamento de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid.

Vicente Ortún Rubio

Profesor Titular del Departamento de Economía y Empresa y Codirector del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Luis Ángel Oteo Ochoa

Jefe del Departamento de Organización y Gestión de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III.

M^a Salud Palenzuela Pérez

Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial, Junta de Comunidades de Castilla y León.

Salvador Peiró Moreno

Jefe de la Unidad de Investigación en Servicios de Salud de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) y Presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Jaume Puig Junoy

Catedrático de Escuela Universitaria, Departamento de Economía y Empresa y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra.

Fernando Rodríguez Artalejo

Catedrático del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Enrique Regidor Poyatos

Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Julián Ruíz Ferrán

Director Médico de Sanitas. Secretario de la Fundación Sanitas. Vicepresidente de la Comisión Técnica de Enfermedad de UNESPA y Vicepresidente de Salud del Comité Européen Des Assurances.

José Antonio Sacristán Castillo

Director de Outcomes, Relaciones Institucionales y Comunicación, Lilly.

Pedro Serrano Aguilar

Jefe del Servicio de Evaluación y Planificación, Dirección del Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

Alberto Talavera Deniz

Director General de Farmacia del Servicio Canario de Salud.

Xavier Trías Llobatera

Ex Consejero de Sanidad, Generalitat Catalunya. Diputado de Convergència i Unió, Congreso de Diputados.

ANEXO 4. NOTAS SOBRE LOS AUTORES

Juan del Llano Señarís

Doctor en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh. European Healthcare Leadership Programme, INSEAD. Programa de Alta Dirección en Instituciones Sanitarias, IESE (Universidad de Navarra). Director de la Fundación Gaspar Casal. Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Editor Asociado de la revista Gestión Clínica y Sanitaria. Director del Newsletter Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Carlos Polanco Sánchez

Licenciado en Economía, Universidad Complutense de Madrid. Master en Economía Industrial, Universidad Carlos III de Madrid. European Healthcare Leadership Programme, INSEAD. Director de Investigación de la Fundación Gaspar Casal

Sandra García Armesto

Licenciada en Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Doctora en Medicina, UAM (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública). Master en Salud Pública, Centro Universitario de Salud Pública UAM, especialidad en gestión y evaluación de Servicios sanitarios. Master en Economía de la Salud, Universidad de York. Responsable del Observatorio del Sistema Madrileño de Salud, Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Luis Quecedo Gutiérrez

Licenciado en Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Especialista de Medicina Interna. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Facultativo Especialista de Área, Unidad de Reanimación, Hospital de la Princesa, Madrid. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad Pompeu Fabra. European Healthcare Leadership Programme, INSEAD. Colaborador del Área de Revisiones sistemáticas y meta análisis de la Fundación Gaspar Casal.

Álvaro Hidalgo Vega

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid. Profesor Titular de Teoría Económica, Universidad de Castilla La Mancha. Director de Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla La Mancha. Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Gaspar Casal.

Indalecio Corugedo de las Cuevas

Catedrático de Teoría Económica, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid. M. Sc. Economics, London School of Economics, University of London. Profesor de Economía de la Salud del Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS), Instituto de Educación Continua, Universidad Pompeu Fabra. Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Gaspar Casal.

Enrique Antón de las Heras

Licenciado en Economía, Universidad Complutense de Madrid. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad Pompeu Fabra. European Healthcare Leadership Programme, INSEAD. Profesor Asociado, Departamento de Economía, Universidad Carlos III de Madrid. Director Económico-Financiero, Fundación Gaspar Casal

Flor Raigada González

Licenciada en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarias, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad Pompeu Fabra. Adjunta a la Dirección de la Fundación Gaspar Casal.

Olga Espallardo García

Licenciada en Psicología, Especialidad Clínica, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Master Administración y Dirección Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia Comillas de Madrid y Fundación Gaspar Casal. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universidad Pompeu Fabra. Directora de Proyectos de la Fundación Gaspar Casal.



FUNDACIÓN ASTRAZENECA