



# Diez preguntas relevantes (y algunas respuestas) para avanzar en la priorización en salud pública

Beatriz González López-Valcárcel

En este documento se proponen diez cuestiones como puntos de mira para avanzar en la priorización en salud pública aquí y ahora, es decir, en el contexto español. Ofrezco líneas de avance prometedoras en algunos casos, reflexiones en otros, y cautelas sobre trampas y campos minados.

1. ¿Quiénes somos y para quién trabajamos? ¿Somos científicos y nuestro valor añadido es aportar evidencia que fundamente las decisiones de priorización? ¿Trabajamos para decirle al gobierno lo que ha de hacer, o cómo hacerlo? ¿A la sociedad? ¿A las organizaciones sociales, a las científicas? Si partimos de la base de que la salud se produce con múltiples *inputs*, y los más productivos son personales –cómo vivimos, qué comemos–, que el entorno socioeconómico, el capital social y la forma de relacionarnos con los demás y con el medio es fundamental para producir o destruir salud, y que el gobierno y las políticas públicas pueden influir pero solo hasta cierto punto en los procesos productivos de salud, entonces el enfoque «gobiernocéntrico» es una trampa. Por otra parte, el gobierno no nos ha *encargado* este ejercicio de reflexión sobre prioridades, lo hacemos *motu proprio* confiando en que gobierno y sociedad atiendan a nuestros consejos.
2. ¿Por qué *nosotros* nos autoerigimos como priorizadores? Posiblemente lo hagamos en la esperanza de aportar valor añadido en forma de evidencia de los impactos de posibles acciones alternativas lideradas por los gobiernos –políticas públicas– y por agentes y grupos sociales. Parte de nuestro valor añá-

dido es detectar lagunas en el conocimiento que es prioritario cubrir; por tanto, también hay que priorizar las necesidades de investigación de efectividad, de coste-efectividad y de impacto de las políticas. Un ejercicio de este tipo fue lo primero que hizo el Institute of Medicine (IOM) cuando los Estados Unidos como país se planteó cambiar el rumbo para atender a la efectividad comparada<sup>1</sup>. En un proceso participativo de los agentes del sector, expertos y público, se fijaron 100 temas o problemas de salud a investigar, 82 de ellos seleccionados de un amplio conjunto de 1268 por el público, y los 18 restantes a propuesta del comité de expertos del IOM. Sólo se consideraba sanidad, cómo o dónde hay que ofrecer los servicios, más bien que qué servicios hay que ofrecer. No olvidaron las desigualdades étnicas y sociales, ni los problemas que no son estrictamente de salud, sino limitaciones funcionales o dependencia/discapacidad. Atendieron también a los cambios en estilos de vida y comportamiento de las personas relacionados con la salud, y a los métodos para diseminar los resultados del ejercicio de priorización (qué es lo más efectivo para dejar de fumar o de beber). La priorización incluyó reglas sobre qué evitar (pruebas diagnósticas innecesarias, por ejemplo).

3. Alcance del ejercicio. De lo general a lo particular, podríamos incluir salud y bienestar social, solo salud, o solo sanidad. Si es bienestar social, ¿se trata de escribir el programa de las políticas sociales que debería poner en marcha el gobierno? ¿Tenemos vocación de

gobierno en la sombra? ¿O somos un gabinete consultor independiente que el gobierno puede ignorar? Un ejercicio omnicompreensivo –bienestar social– es intelectualmente atractivo, pues considera los *trade-off* entre distintos objetivos de la sociedad, reconociendo que la salud es uno más y, aunque importante, no exclusivo. Bienestar económico, educación, seguridad o medio ambiente compiten con salud por la atención de los gobiernos. Si desde la salud pública vendemos la idea de salud en todas las políticas, con éxito institucional, al menos sobre el papel, pues se ha erigido como política oficial de la Unión Europea, lo propio podrían hacer con la idea-fuerza de educación en todas las políticas abogando por una sociedad del conocimiento como vía estratégica hacia el bienestar económico y la felicidad de las personas. Este enfoque de función general de bienestar social que trasciende a la salud y contrapone pérdidas y ganancias de cambiar en el margen salud por ingresos, por ejemplo, es el más atractivo para la economía. Se ha avanzado considerablemente en esta línea durante los últimos años, definiendo funciones de bienestar social y a través de propuestas como la *healthy equivalent income* (comparar la renta de dos personas que tengan buena salud.<sup>2-4</sup> Da que pensar un resultado de estos análisis: que las desigualdades en renta importan más que las desigualdades en salud\*. Otros enfoques económicos del bienestar social se centran en las capacidades de las personas y en la satisfacción o bienestar subjetivo; es la «revolución de la felicidad»<sup>5</sup> que ha llegado a la economía. Dentro de este enfoque, un estudio para 40 países con una muestra de 634.951 personas<sup>6</sup> explora los determinantes de la satisfacción en la vida entre 1990 y 2011, y hasta qué punto las prohibiciones relativas al uso de tabaco influyen en dicha satisfacción. Lo más llamativo de los resultados, a mi juicio, es que la máxima diferencia entre niveles de satisfac-

ción vital se da entre personas empleadas y desempleadas, no entre los que tienen mejor o peor salud. Así pues, entre salud y renta hay un *trade-off* (renunciamos a algo en una de ellas a costa de una mejora en la otra), y las personas son heterogéneas, incluso la misma persona cambia a lo largo de su vida. A medida que nos hacemos mayores y más ricos, la salud va ganando prioridad y valor en nuestra vida<sup>7</sup>. Tenemos que decidir si el ejercicio de priorización se va a limitar a la salud o es más ambicioso en términos de bienestar social.

4. Trabajar con nivel 4 de seguridad, separando con bisturí conceptual los mundos positivo y normativo, evitando contaminar con juicios de valor (normativos) supuestos juicios técnicos.
5. ¿Enfoque *Top-Down* o *Bottom-up*? Posiblemente sean complementarios. El enfoque *Top-Down* empieza por considerar los grandes objetivos del estado del bienestar –salud, servicios sociales y dependencia, pensiones, educación, riqueza material, etc.– y va bajando para concretar. Así como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se responsabiliza en el Reino Unido de establecer qué tratamientos se financian con cargo a impuestos y qué nuevas tecnologías se adoptarán, con criterios de eficacia, seguridad, coste-efectividad y otros complementarios que reflejan los valores consensuados socialmente, una agencia independiente, llamémosla NIWE (National Institute for Welfare Enhancement) podría ser competente en decisiones sobre prestaciones del bienestar a largo plazo con criterios de eficiencia y equidad, garantizando cierta independencia respecto a las vicisitudes y servidumbres de la política en el corto plazo y la inconsistencia dinámica que entraña<sup>8</sup>. En esa propuesta, el NIWE sería un organismo independiente, al menos tanto como lo son los bancos centrales, y estaría encargado de implementar un consenso social sobre pensiones, salud y servicios

\* Marc Fleubaey. *Health policy through the social welfare lens*. Conferencia en las XXXV Jornadas de Economía de la Salud. Granada, 17 junio de 2015.



## DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

sociales que simultáneamente consolide el estado del bienestar y fomente la productividad. Este enfoque *Top-Down* requeriría una medida de bienestar social operativa que permitiera comparar los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados con intervenciones sobre la salud y sus determinantes con la «satisfacción» ganada, por ejemplo, con un aumento de renta por la vía de las pensiones. El enfoque *Bottom-Up* opera al revés. Empieza comparando las alternativas para conseguir el mismo resultado para la misma población –tratamiento de la diabetes– y posteriormente va subiendo. Priorizar entre una lista de problemas o alternativas estrecha –única indicación– es sencillo, pero a medida que se va ampliando el foco, el ejercicio se complica. Asimismo, priorizar empleando un solo criterio es sencillo, pero a medida que se van añadiendo criterios, el ejercicio se complica. No obstante, las soluciones técnicas no son un obstáculo, pues la literatura ofrece un conjunto de métodos –PBMA (*Programme Budgeting and Marginal Analysis*) y MCDA (*Multi-Criteria Decision Analysis*)– suficientemente estandarizados. Son un punto de partida prometedor. La ponencia de Ricard Meneu revisa los métodos y criterios más empleados en las priorizaciones.

6. ¿Priorización como método o como resultado? Es cuestión fundamental delimitar el alcance del trabajo, que podría:
- Establecer un método que guie la priorización: cómo establecer criterios, qué, quién, cómo y cuándo.
  - Delinear el proceso, sus fases y la arquitectura de su posible institucionalización (p. ej., creando una agencia de evaluación de las políticas de bienestar).
  - Proponer resultados, es decir, ofrecer una lista priorizada de problemas a abordar.

d) Abordar las posibles dificultades y problemas para la implementación práctica de esos resultados.

En mi opinión, debemos dejar fuera el punto c. No se trata de encontrar la solución (tampoco estamos legitimados para hacerlo), sino de sugerir cómo llegar a ella.

7. ¿Descubrir la pólvora? ¡Pero si ya está descubierta! Mejor construir a partir de lo que tenemos. Las evidencias y experiencias acumuladas son útiles, aunque sean parciales y limitadas, y contribuyen a edificar una cultura de la priorización, esencial para la aceptación social. Por eso, en todo proceso de priorización debería contarse con la participación activa de la población a la vez *input* y *output*: para que revelen sus valores y preferencias (*input* en el proceso de priorización) y para que el hecho de priorizar se vaya asimilando socialmente y sea más y más aceptable (*output*). En suma, se trata de avanzar poco a poco en la cultura de la priorización. Para llegar al 100% hay que pasar por todos los números inferiores, desde el 0. En España tenemos algunas experiencias constructivas. Pondré dos ejemplos. El primero es el de la agencia de evaluación de tecnologías de Galicia (AVALIA), que ha propuesto un método de priorización de tecnologías obsoletas para desinvertir.<sup>9</sup> El segundo es el proceso –y resultado– de priorización de criterios de lista de espera de cirugía electiva en Cataluña.<sup>10</sup> Se trata de un esfuerzo valiente por avanzar, más útil por su método que por sus resultados, y sobre todo, ha sido una experiencia válida para construir la cultura de priorización: «Un grupo con amplia representación de expertos y representantes de usuarios concluye por consenso los criterios a tener en cuenta para priorizar procedimientos con listas de espera y posteriormente desarrollar sistemas de priorización de pacientes intralista»\*. El

\* «Los criterios son, por orden de importancia: impacto en la calidad de vida de la patología asociada al procedimiento quirúrgico, riesgo de complicaciones durante la espera, tiempo estimado de demora o de espera de los pacientes actualmente en lista de espera, efectividad clínica de la intervención, y uso de recursos y servicios sanitarios durante la espera.»

ejercicio de Cataluña contrasta con otro realizado en Noruega<sup>11</sup> en el que, tomando como criterio de referencia el tiempo máximo que un paciente puede esperar, de acuerdo con las guías clínicas, por cada uno de los procedimientos quirúrgicos o médicos, comparan esos tiempos con los de la lista de espera en Noruega y concluyen que se está dando baja prioridad a los pacientes más graves, que son los que deberían esperar menos. Implícitamente emplean un solo criterio, normativo técnico-médico, de priorización. La priorización participativa es un recurso que la Unión Europea utiliza regularmente, incluso para cuestiones técnicas como los disruptores endocrinos\*, y la Global Health Alliance (Unión Europea y Organización Mundial de la Salud) lanza consultas para priorizar sobre problemas socialmente sensibles, como los asociados al cambio climático\*\*.

- 8.** Evitar erosionar el potencial de cambio. Peor que no hacer nada es hacerlo mal. Las falsas esperanzas y los mantras machacones terminan desgastando, desluciendo, destruyendo y desvirtuando las ideas que hay detrás. Conviene aprender de los errores del pasado, releer los planes de salud tradicionales con ojos nuevos. ¿Por qué no han sido un instrumento para avanzar hacia la priorización? ¿Cartas a los Reyes Magos que niegan la mayor? Los recursos son limitados y no somos superhéroes con poderes para conseguirlo todo. ¿Contaban con los demás sin que ellos lo supieran? Redactados desde sanidad, impartían consignas a seguir por los demás departamentos del gobierno, que estos ignoraban. ¿Soslayaban la cuantificación de la financiación y sus fuentes? ¿Definían indicadores medibles que permitieran evaluar el grado de cumplimiento? ¿Cuántos de los planes de salud en España se han cerrado con una evaluación transparente y ponderada? Los planes de salud en España constituyen

un ejemplo de simulacro de priorización que solía terminar desnaturalizado para que todos los problemas, sectores y subgrupos de población *salieran en la foto*. Una foto de familia con café para todos que desprioriza los planes, pero legítima al político aparentemente dispuesto a abordarlo todo. Porque priorizar es optar, seleccionar, concentrarse en un pequeño conjunto, *aparcando* los demás.

- 9.** No basta priorizar, hay que implementar. Cuando termina el ejercicio de priorización, empieza el verdadero trabajo de llevar a la práctica sus propuestas. En el propio proceso de priorización hay que considerar e incluir criterios de factibilidad. Hay que potenciar el liderazgo, esencial para la implementación, y mantener el horizonte de largo plazo. Por último, tengamos presente que no hay priorización sin evaluación, y tanto la evaluación *ex-ante* como la *ex-post* son necesarias.
- 10.** ¿Aprender de las experiencias de otros? Sí, pero no. La validez externa de los ejercicios de priorización es muy limitada, porque los valores sociales difieren y también la gravedad de los problemas. Podemos aprender más bien método que resultados.

## Bibliografía

1. Iglehart JK. Prioritizing comparative-effectiveness research — IOM recommendations. *N Engl J Med*. 2009;361:325-8.
2. Fleurbaey M. Beyond GDP: the quest for a measure of social welfare. *Journal of Economic Literature*. 2009;1029-75.
3. Fleurbaey M, Hagneré C, Trannoy A. Welfare comparisons with bounded equivalence scales. *Journal of Economic Theory*. 2003;110:309-36.
4. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*. 2009;28:73-90.
5. Frey BS. *Happiness: a revolution in economics*. MIT Press Books; 2008. p. 1.
6. Odermatt R, Stutzer A. Smoking bans, cigarette prices and life satisfaction. Institute for the Study of Labor

\* <http://www.usda-eu.org/wp-content/uploads/2015/01/United-States-Submission-Endocrine-Disrupters-2015-01-20.pdf>

\*\* <http://www.eph.org/spip.php?article5776>



## DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

- (IZA) 2013. Discussion paper No. 7177. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp7177.pdf>
7. Hall RE, Jones CI. The value of life and the rise in health spending. *The Quarterly Journal of Economics*. 2007;122:39-72.
  8. Lopez-Valcarcel BG, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:497-9.
  9. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. *Guía metodológica. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t. 2007 (2007/01).*
  10. Adam P, Alomar S, Espallargues M. Priorización entre procedimientos quirúrgicos electivos con lista de espera del sistema sanitario público en Cataluña. *Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud. Servicio Catalán de la Salud, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña. Barcelona; 2010.*
  11. Askildsen JE, Holmås TH, Kaarboe O. Monitoring prioritisation in the public health care sector by use of medical guidelines. The case of Norway. *Health Economics*. 2011;20:958-70.