

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS Y DE SALUD: UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA

Andreu Segura Benedicto

Doctor en Medicina.

Funcionario del Cuerpo Superior de Salud Pública

Vocal del Consell Assessor de Salut Pública y

del Comitè de Bioètica de Catalunya

“...priorizar quiere decir descartar. Para poder dar el sí (entusiasta y posible) debes decir no contundentemente a lo que no cabe...”

Carles Capdevila (1965-2017) *La vida que aprenc*

RESUMEN

El establecimiento de prioridades constituye el núcleo de cualquier política pero puede quedarse en un mero ejercicio o incluso en una coartada si no se evalúan sus consecuencias y se rinde cuentas de los resultados.

PALABRAS CLAVE

Prioridades, evaluación, rendición de cuentas.

ABSTRACT

The establishment of priorities is the core of any policy but can remain a mere exercise or even an alibi if the consequences are not evaluated and results are accounted for.

KEYWORDS

Priorities, evaluation, accountability.

Antes de entrar en materia debo aprovechar la oportunidad para agradecer a Juristas de la Salud la existencia de esta mesa. Lo cual no es solo una conveniente cortesía. Puesto que la iniciativa de que todas las reuniones y congresos de la sociedades que componen SESPAS alberguen alguna actividad formalmente denominada SESPAS la propuso Rafael Millán en la Asamblea de Menorca. Experiencia cuyo propósito es el de llevar a la práctica la intersectorialidad, una de las características básicas de la salud pública.

Y ¿qué aportación podría resultar más oportuna para reforzar la cohesión de los diversos sectores de la salud pública cuando el lema del congreso remite al compromiso de respetar la dignidad de los seres humanos en el ámbito de la medicina y la biología establecido en el convenio de Oviedo?

El artículo 3 de la celebrada convención hace explícita la obligación contraída por los firmantes de adoptar las medidas adecuadas que garanticen un acceso equitativo a una sanidad de calidad y el artículo 28 insta a la pública deliberación sobre las consecuencias de la aplicación del progreso científico y tecnológico desde distintas perspectivas entre las cuales se destacan la social, la ética y la legal. Dos aspectos cruciales para valorar el establecimiento de prioridades en las políticas sanitarias.

Tomemos como punto de partida algunas preguntas básicas, como, por ejemplo, ¿por qué priorizar? ¿para qué? y ¿cómo? Planteárselas es necesario si somos conscientes de la necesidad de establecer preferencias o lo que todavía es más importante, de descartar algunas alternativas. Obviamente, no hay recursos para todo, pero también es cierto que no todo lo que se puede hacer es conveniente. Siempre me ha llamado la atención que los programas electorales de los partidos políticos sean tan prometedores, cuando en muchas ocasiones culminar las propuestas afirmativas no depende de la voluntad de los responsables, mientras que aquello que no se quiere hacer —porque se piensa que no se debe— sí que es más fácil de controlar. Claro que proclamar lo que no se quiere hacer no acostumbra a proporcionar votos. Por otro lado parece que antes que actuar es mejor pensar en lo que se debe hacer, el problema es, desde luego, en qué se piensa. Por ejemplo, en las necesidades de la población pero entonces ¿quién las establece y con qué criterios? ¿Desde una perspectiva patogenética, más propia de la medicina o desde una perspectiva salutogénica, más propia de la ciudadanía? Es decir, políticas sanitarias o políticas de salud o saludables... No son forzosamente contradictorias pero a menudo compiten por los recursos y por la hegemonía.

Elegir, optar o escoger tiene consecuencias que no siempre son positivas para los que deciden ni desde luego para los que las experimentan, por lo que cualquier priorización debe completarse con la evaluación de los resultados. Claro que no hacer o mejor dicho no decidir también es una opción, lo que en política sanitaria supone dejar actuar a la inercia y someterse al statu quo, situación más bien frecuente que puede sobrevivir a planes de salud y a proyectos de planificación, sobre todo si en el fondo no son más que un paripé para salir del paso, cuando no una coartada.

El propósito genuino de la planificación es transformar la realidad, de forma que hay que eliminar lo que es nocivo, lo que no sirve o incluso lo que es

mejorable para sustituirlo por aquello que es mejor lo que implica formular objetivos evaluables y medirlos. Un proceso que requiere finalmente de la evaluación para comprobar si se han satisfecho los objetivos y, desde luego, al tratarse de propuestas y planes de utilización de recursos comunes, en ocasiones a medio y largo plazo, también exige rendir cuentas pública y claramente.

El establecimiento de prioridades es el núcleo de cualquier formulación política, no solo porque los recursos para ponerlas en práctica siempre son limitados, lo que requiere forzosamente elegir entre los diferentes propósitos —a veces alternativos, a veces complementarios—, las distintas necesidades que se pretende satisfacer y desde luego las diversas posibilidades de intervención. Incluso en las situaciones de mayor prosperidad hay que escoger que se aborda primero, porque el tiempo no es tan elástico como para que todo lo que hay que hacer se pueda hacer a la vez.

No obstante, si bien una de las dimensiones más obvias de la priorización tiene que ver con renunciar o posponer determinadas intervenciones, es decir con el racionamiento de los recursos, establecer prioridades supone también concretar preferencias y propósitos, asociados a ideologías políticas que pueden ser incluso contrapuestas. Legítimamente, por supuesto. Planteamientos que afectan no solo a los aspectos organizativos o de financiación, sino también a los contenidos y las prestaciones.

En el marco político de las democracias liberales se supone que tienen cabida enfoques divergentes, aunque en la práctica se haya impuesto la perspectiva consumista según la cual la dinámica del sistema sanitario, como de cualquier otro sector de la sociedad y de la economía, es inflacionista. De ahí que la mayoría de las diferencias programáticas se refieran a aspectos organizativos y financieros. En España además ninguna fuerza política relevante defiende explícitamente la abolición del sistema nacional de salud, si bien el decreto 16/2012 ha puesto en duda la legitimidad del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria asociada a la condición de ciudadanía. Pero con ser importantes las cuestiones relativas a la provisión de los servicios y a la implicación directa de los usuarios en algunos de los costes del sistema, no lo son menos los contenidos, las prestaciones y los servicios que debe proporcionar un sistema sanitario público y, lo que es más importante, el conjunto de los poderes públicos, ya que la salud no depende solo ni principalmente de las actividades

genuinamente sanitarias, ni mucho menos de las meramente clínicas. Muchas de las cuales desarrollan una tendencia a la medicalización inadecuada que no contribuye precisamente a mantener ni a mejorar el grado de salud de la población.

Hay que tener en cuenta que a la hora de plantear el establecimiento de prioridades, uno de los criterios fundamentales es, precisamente, la valoración de las necesidades que justifican la política, el plan, el programa o la simple intervención. Como apuntaba un poco antes, las necesidades que acostumbran a guiar el establecimiento de prioridades en el ámbito sanitario no tienen que ver con la salud sino con la enfermedad. En efecto, que los departamentos de sanidad de las administraciones públicas tengan tendencia a denominarse “de salud” no significa que su orientación principal sea la promoción de esta sino más bien la asistencia a los enfermos y, en el mejor de los casos, la prevención clínica de las enfermedades. Lo cual no es en absoluto una descualificación, sino la consideración de que la salud no es un objetivo exclusivo de la sanidad ni, desde luego, de la medicina, cuya aportación más relevante tiene que ver con el conocimiento de la fisiopatología y el desarrollo de una terapéutica, desde una perspectiva patogénica que es la que refleja el modelo de historia natural de la enfermedad.

Habría que complementar pues esta visión con una aportación desde la orientación salutogénica, más interesada en reconocer los factores asociados a la génesis de la salud —que no es la mera ausencia de enfermedad o insania—, lo que raramente se tiene en cuenta en el proceso de identificación de las necesidades de las políticas sanitarias.

Y ello a pesar de que, desde la primera conferencia internacional de promoción de la salud, celebrada en Ottawa en 1986, se ha puesto de manifiesto la importancia de unas políticas públicas “saludables”, que han culminado en diversas iniciativas de ubicar la salud —no la ausencia de enfermedad— en todas las políticas. Un planteamiento que no debe pretender la dependencia de los diversos departamentos ministeriales del de sanidad, sino la consideración de que la salud, como un elemento básico del bienestar social, constituya uno de los objetivos de cualquier política pública, del mismo modo que lo es el progreso económico y material. Y esto es así porque la salud depende de múltiples factores, muchos de ellos ajenos a la sanidad, como puede ser la seguridad vial o el urbanismo, la educación general y el trabajo, la vivienda o el medio ambiente.

Actuar exclusivamente contra los factores de riesgo más individuales de los problemas de salud como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares mediante la prevención clínica o los consejos sanitarios sobre los comportamientos personales, ignorando las condiciones de vida y los determinantes colectivos de la salud comunitaria, es algo así como pretender llenar un cubo agujereado echándole agua sin tapar los orificios.

Teniendo en cuenta ambas perspectivas es posible valorar la situación de las poblaciones y las comunidades de modo que se puedan visualizar las prioridades de intervención, como ilustra la figura 1 que muestra las establecidas para el condado de Marathon (Wisconsin) en el período de 2017 a 2020. Un ejemplo de las posibles aplicaciones de la clasificación (ranking) de los condados norteamericanos

2017-2020 COMMUNITY HEALTH PRIORITIES



marathon county

según las necesidades y los determinantes de la salud comunitaria¹. Y que traigo a colación precisamente porque el programa de Salud Comunitaria de Asturias ha adaptado esta metodología con la que se ha conseguido clasificar todos los municipios de la comunidad autónoma. De ahí a seleccionar las prioridades de salud comunitaria solo va un paso.

Tampoco hay que olvidar que una parte de las actividades sanitarias, incluyendo las intervenciones clínicas, pueden quedar obsoletas al reconocerse su ineficacia, absoluta —cuando se suponía erróneamente que funcionaban— o relativa —al ser mejoradas por innovaciones— de modo que deben ser relegadas o proscritas, lo cual a menudo se hace muy difícil debido a la inercia y a los diversos intereses en juego. Por otra parte en general no hay intervenciones sanitarias ni médicas universalmente pertinentes, sino que para que una intervención resulte útil debe estar indicada y dado que ninguna de ellas es absolutamente inocua -- lo cual no significa que forzosamente produzca daños sino que no se puede garantizar absolutamente que no los produzca en alguna ocasión-- es éticamente exigible que se valoren adecuadamente los pros y los contras de cualquier decisión sanitaria antes de ponerla en práctica.

En los últimos veinte años se ha vuelto a poner de relieve la capacidad iatrogénica de la medicina y la sanidad que según algunas estimaciones supondría la tercera causa de muerte en los Estados Unidos de América del Norte^{2,3}. Un problema principal, pues, de salud pública, que requiere abordarlo de manera prioritaria. Y entre sus causas más importantes destaca la medicalización exagerada y el sobre diagnóstico como denuncia el informe del grupo de trabajo conjunto entre la OMC y SESPAS al respecto⁴. Así pues, entre los criterios que se deben tener en cuenta a la hora de priorizar conviene incluir el de la no maleficencia. Lo que seguramente requiere la promoción de una de las virtudes capitales, la prudencia. Si bien no despierta tanta admiración como la intrepidez, a

pesar de que a menudo se convierta en temeridad. La reivindicación de una ética de la ignorancia⁵ y aun de la incertidumbre podría contribuir a valorar mejor la conveniencia de la prudencia que, desde luego no hay que confundir con la pusilanimidad.

Sin olvidar tampoco que incluso aquellas actividades médicas y sanitarias realmente útiles no pueden ser proporcionadas a todos los que las necesitan o a todos los que se podrían beneficiar de ellas simplemente porque los recursos no son ilimitados. De modo que también hay que afrontar el racionamiento que es otro de los propósitos principales de la priorización.

Cabe recalcar, no obstante, que la última crisis ha acentuado la importancia de los recortes como causa de limitación de los recursos disponibles. Aunque conviene reconocer que las reivindicaciones más bien corporativistas han dificultado cuando no impedido llevar a cabo actuaciones selectivas sobre aquellas actividades que se siguen practicando a pesar de que aportan muy poco valor o incluso están directamente contraindicadas como por ejemplo practicar una prueba de imagen (radiografía o peor TAC) a un paciente con dolor de espalda agudo sin sospecha razonable de peligro, o, cumplir acrítica y burocráticamente los protocolos para evitarse eventuales problemas, adhiriéndose a la denominada medicina defensiva lo que, como es sabido constituye una falta deontológica. De manera que se ha perdido una oportunidad de oro para dejar de hacer lo que no es conveniente seguir haciendo. Y en lugar de forzar a las autoridades a descartar intervenciones innecesarias, inadecuadas y potencialmente perjudiciales, lo que a menudo supone enfrentamientos a intereses poderosos se ha facilitado que los recortes fueran indiscriminados, lo que ha redundado en un perjuicio generalizado.

Justo es reconocer que aunque se revirtiesen los recortes, es imposible ofrecer todo para todos y gratis: ningún presupuesto nacional lo puede soportar. Eso no siempre significa que algunos enfermos se acaben quedando sin el tratamiento que necesitan. Lo que quiere decir es que hay que decidir qué servicios y enfermos son prioritarios en cada momento.

La priorización debe establecerse con criterios de eficiencia y eficacia, pero también con equidad y justicia. No podemos elegir sin valores, sin decidir previamente que es lo más valioso a proteger con la elección, dentro de las opciones que tenemos ante nosotros. La priorización —o más exactamente en el

1 Accesible en: <http://www.countyhealthrankings.org/app/wisconsin/2018/rankings/marathon/county/outcomes/overall/snapshot>

2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine: Washington, 2000.

3 Makari M, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353 i2139. published 3 May 2016

4 Grupo de trabajo SESPAS/OMC Iatrogenia: análisis, control y prevención. Documento del grupo de trabajo SESPAS-OMC sobre iatrogenia. 22 de junio 2017. Accesible en: www.sespas.es

5 McIntyre N, Popper K. The critical attitude in Medicine: the need for a new ethics. *BMJ* 1983; 287: 1919

caso que nos ocupa, el racionamiento sanitario— no se puede basar únicamente en criterios clínicos y económicos porque, tras de ellos, siempre aparece la ética, los valores y principios morales con que decidimos que bienes concretos es prioritario proteger cuando no podemos protegerlos todos de un mismo modo. En este sentido conviene distinguir entre igualdad y equidad, ya que no todos necesitamos lo mismo, de modo que un igualitarismo literal comporta lamentablemente inequidad, una desigualdad injusta.

Disponemos de diferentes criterios éticos o de equidad para racionar los recursos limitados de la sanidad tanto en el ámbito de la micro como en el de la meso gestión asistencial—por ejemplo, la gravedad del enfermo, la optimización de la salud agregada de la población, la responsabilidad personal por la salud o la salud disfrutada por una persona a lo largo de la vida—, pero nos convendría un criterio que sintetice lo mejor de cada uno de ellos y evite lo peor.

Es pues necesario saber cuáles deberían ser los procedimientos justos para determinar qué criterios o que combinación de criterios éticos hay que utilizar para priorizar. Y es también igualmente importante determinar quien debe hacerlo. En este sentido, una cuestión abierta es conocer de qué modo debemos combinar la opinión de los expertos con la deliberación democrática, ya que una y otra están inevitablemente expuestas a prejuicios y otros problemas relacionados con la gestión adecuada de la información.

Aunque desconocemos cual es la fórmula más justa de priorizar los recursos sanitarios, al menos si sabemos qué hacemos mal. Por ejemplo, que la priorización no debería ser arbitraria sino justificada. Es decir, que los criterios de priorización no tendrían que ser subjetivos ni discrecionales (según el decisor de turno) ni ajenos a la rendición pública de cuentas (*accountability*), que si fuera adecuada podría significar una barrera a una de las prácticas más injustas de la priorización en la microgestión, como es sortear las listas de espera si se tiene la suerte de ser amigo o recomendado de algún profesional. Tampoco parece adecuado tender a la búsqueda de equilibrios de poder entre los diversos intereses de los agentes implicados (gestores políticos y sanitarios, gremios profesionales, industria sanitaria, asociaciones de pacientes, etc.). La priorización tiene que justificarse con transparencia y la búsqueda del mejor argumento e, idealmente, todos los afectados debemos participar de esa búsqueda con igualdad de condiciones en la deliberación.

Como señalaba Salvador Peiró recientemente, a menudo el racionamiento no se hace explícito sino

que se produce implícitamente. Lo que puede materializarse de distintas maneras, desde la demora (listas de espera) hasta la derivación, pasando por la disuasión.

En cualquier caso, el establecimiento de prioridades comporta, desde la perspectiva de la salud pública, también un componente técnico, que facilita en su caso la racionalización. Por una parte, la utilización de criterios que formalicen la toma de decisiones de modo que resulte lo más comprensible y lo más transparente posible y, por otro, el desarrollo de instrumentos prácticos para adoptarlas, tanto en el ámbito macro de las políticas, como en el meso de las organizaciones o el micro de las prestaciones a pie de calle.

Los estudiantes de Salud Pública de hace unos años nos enfrentábamos al establecimiento de prioridades, habitualmente en el contexto académico, recurriendo a las recetas de John Joseph Hanlon que todavía se siguen recomendando⁶. Tal vez porque se trata de un sencilla ecuación en la que la frecuencia y la gravedad de los problemas se ponderan de acuerdo con la eficacia y la factibilidad de las intervenciones sanitarias correspondientes, una fórmula que destaca la importancia de disponer de medidas de intervención contrastadas y aceptables. Sin embargo su valor práctico es limitado. Las innovaciones teóricas e instrumentales en cuanto a procedimientos y herramientas para el establecimiento de prioridades han sido muchas, a pesar de que su impacto en la formulación de políticas efectivas sea más bien limitado⁷. Entre ellas por ejemplo el denominado planteamiento EVIDEM (Evidence and Value: Impact on DEcision Making)⁸ que también tiene sus detractores⁹, o el más reciente y ecléctico mapeo de criterios múltiples¹⁰. Tampoco se ha avanzado mucho en la implicación

6 A Guide for Establishing Public Health Priorities. Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Practice Program Office, Atlanta, GA, 1988.

7 Kafiriri L, Razavi D. How have systematic priority setting approaches influenced policy making? A synthesis of the current literature. *Health Policy* 2017; 121: 937-46.

8 Goetghebuer M, Wagner M, Khoury H, et al. Evidence and Value: Impact on Decision Making: The EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 270.

9 Youngkong S, Tromp N, Chitama D. The EVIDEM framework and its usefulness for priority setting across a broad range of health interventions. *Cost effectiveness and resource allocation* 2011; 9: 8. accesible en: <http://www.resourceallocation.com/content9/1/8>

10 Tromp N, Baltussen B. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 454.

de la ciudadanía. Desde la célebre experiencia del estado de Oregón en la que la población fue invitada a priorizar las prestaciones asistenciales ofrecidas a los beneficiarios de Medicaid¹¹

En los últimos meses se han editado algunas publicaciones de particular interés en el ámbito de la planificación sanitaria en España y todas ellas relacionadas con SESPAS. Entre ellas una de la colección dirigida por Vicente Ortún desde el CRES (centro de recerca en economía de la salud) titulada precisamente “Priorizando los servicios sanitarios o saliendo del paso”¹² en el destaca el papel de los compañeros de la Asociación de Economía de la Salud de SESPAS. Otra coordinada por Ildefonso Hernández ex presidente de SESPAS en la que doce expertos en Salud Pública de áreas diversas proponen a los políticos una hoja de ruta para hacer más efectiva la mejora de la salud de la población¹³. Y, finalmente, el último cuaderno de la Fundació Victor Grifols y Lucas que, como en anteriores encuentros del grupo de trabajo de SESPAS sobre ética y salud pública, recoge las aportaciones del séptimo de estos encuentros dedicado a las Prioridades y las políticas sanitarias en este caso desde una perspectiva ética¹⁴.

Un conjunto de reflexiones muy sugestivas que tal vez resulten útiles a quienes tienen la oportunidad de tomar decisiones —a menudo impopulares y difíciles— en el terreno de las políticas sanitarias y más generalmente de las políticas saludables.

11 Benach J. Alonso J. El Plan de Salud de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. *Gac Sanit* 1995; 9:117.

12 Del Llano J. Peiró S. (dirs) *Prioritising health services or muddling through*. Madrid: Springer Health Care Iberica, 2018. 159p.

13 Hernandez I. (coord) *Definición de prioridades en las políticas de salud*. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve nº 36. Barcelona: Fundación Esteve, 2016. 70 p.

14 Segura A. Puyol A (coord) *Prioridades y políticas sanitarias*. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols y Lucas nº 48. Barcelona: Fundación Victor Grifols, 2018. 149 p.