

Cuadernos
de la Fundació **48**
Víctor Grífols i Lucas

Prioridades y políticas sanitarias

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

0037/01
26/06/18

Prioridades y políticas sanitarias

48

Cuadernos
de la Fundació **48**
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



Prioridades y políticas sanitarias

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Prioridades y políticas sanitarias Nº 48 (2018)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-03356-0 Depósito Legal: B 18773-2018

Cuadernos
de la Fundació **48**
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

	Pág.
Presentación	
Ética y priorización sanitaria: una introducción <i>Ángel Puyol y Andreu Segura</i>	7
Cómo se establecen las prioridades sanitarias en la actualidad	
El establecimiento de prioridades en la práctica real: entre el racionamiento y el despilfarro <i>Salvador Peiró</i>	16
Priorizar o salir del paso <i>Vicente Ortún</i>	29
Algunas experiencias concretas	
Priorización de intervenciones sanitarias: de la teoría a la práctica <i>Mireia Espallargues</i>	44
Las desigualdades en salud: una perspectiva desde la economía y la economía política <i>Maria Callejón</i>	72
Cómo convendría que se estableciesen y se aplicasen	
Iguales pero ¿separados?: justicia distributiva sanitaria y copagos suplementarios (<i>top-up payments</i>) <i>Pablo de Lora</i>	100
Prioridades de salud o prioridades de políticas para ganar salud <i>Ildefonso Hernández</i>	111
Aportaciones al debate	
La salud, la sanidad y el vestido nuevo del emperador <i>Bernabé Robles</i>	128
Ética y salud pública: prioridades y políticas sanitarias <i>Juan Gérvas</i>	132

Definición, ejecución y evaluación de prioridades con efectos en la salud: mucho camino recorrido. ¿Más o menos del que parece?	
<i>Miquel Porta</i>	136
Relación de participantes	148
Títulos publicados	150

PRESENTACIÓN

Ética y priorización sanitaria: una introducción

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 qué 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, aunque lamentablemente los programas sanitarios de los partidos políticos en la actualidad difieran mucho menos en los contenidos y prestaciones —bajo supuestos generalmente intervencionistas y medicalizadores— que en aspectos organizativos y de financiación.

En cualquier caso, el establecimiento de prioridades comporta, desde la perspectiva de la salud pública, también un componente técnico, que facilita 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.

La aplicación del algoritmo propuesto por el eminente salubrista John Joseph Hanlon¹ nos permite ordenar las prioridades según la importancia del problema y la susceptibilidad a la intervención, puesto que por muy fre-

cuenta y grave que sea la enfermedad que se pretende controlar si no se dispone de alguna medida eficaz para prevenirla o controlarla solo tendrá sentido priorizar la conveniencia de la investigación para conseguir alguna intervención preventiva, curativa o rehabilitadora adecuada. Hanlon, además, consideraba crucial para reconocer una prioridad que el plan, programa o intervención propuesto fuera efectivamente factible, por lo que proponía considerar cinco aspectos concretos (pertinencia, disponibilidad de recursos, sostenibilidad, aceptabilidad social y legalidad); en el caso de que solo alguno de ellos fuera totalmente negativo la intervención quedaba descartada al obtener un cero.

Aunque el llamado «método Hanlon» se continúa utilizando, su empleo es más bien didáctico, como ejercicio en el que se valoran los criterios fundamentales de racionalización. No obstante, también sirve como base más o menos objetiva para facilitar la participación de políticos, profesionales y población en ámbitos locales.² En la actualidad, sin embargo, tanto el tipo de criterios como su formalización se ha ido ampliando. Sobre todo desde la adopción del mapeo de los distintos criterios relevantes para escoger, que distinguen entre la factibilidad, como Hanlon, si bien con una mayor especificación, ya que uno de los apartados explícitamente considerados es el de liderazgo y gobernanza, que incluye no solo la aceptabilidad cultural sino también la aceptabilidad política y, desde luego, la influencia de los grupos de interés y los *lobbies*.³ Al respecto, una de las iniciativas para mejorar la utilidad de los procedimientos con los que establecer las prioridades es la denominada EVIDEM (evidencia y valor y su impacto en la toma de decisiones).^{4,5}

A pesar de que la aplicación de este marco de valoración sistemática supone una ayuda para la toma de decisiones en todos los ámbitos en los que se deben establecer prioridades, su uso tiene más sentido cuando se trata de diseñar políticas globales tanto en el ámbito de los poderes legislativo y ejecutivo como en el de las organizaciones sanitarias, desde las administraciones públicas hasta los proveedores de servicios, puesto que la variabilidad a la hora de emplear criterios de racionalización es muy elevada y a menudo no se consideran algunos criterios muy relevantes, como puede ser el de la ética, básicamente respecto de la equidad y la justicia.⁶

Uno de los ejemplos de utilización de los marcos de referencia lo constituye la publicación reciente del análisis de los criterios y enfoques y del papel que deben jugar las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias a la hora de recomendar su inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Una revisión de criterios que culmina con la recomendación del uso de una herramienta desarrollada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, denominada PriTec (<http://www.pritectools.es>).⁷

En cualquier caso, resulta de interés reconocer que uno de los criterios básicos a la hora de plantear el establecimiento de prioridades es, precisamente, la valoración de las necesidades que justifican la política, el plan, el programa o la simple intervención. Necesidades que en el ámbito de la salud —y al menos de forma aparentemente paradójica— 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. Y esto no es una crítica, puesto que el ámbito de la salud no puede limitarse a la sanidad ni, desde luego, a 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. En cambio, 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—, 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 cualesquiera 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.

Algo que sigue ausente de las propuestas de racionalización cuando se trata de establecer prioridades, pero que, en cambio, tiene su expresión en diversas iniciativas locales como la de «Salut als Barris», promovida por la Generalitat de Catalunya y desarrollada en la práctica, sobre todo, en Barcelona, gracias a la implicación de la Agencia de Salud Pública de la ciudad. Efectivamente, a la hora de escoger entre los distintos problemas que preocupan a la población en relación con la salud, a menudo los ciudadanos se refieren al aislamiento social de los ancianos que viven solos, o a las limitaciones de las ofertas de ocio para los niños y jóvenes, necesidades que no corresponden a ninguna de las rúbricas de las clasificaciones de enfermedades al uso.

Por otra parte, nadie duda de que los sistemas sanitarios se enfrentan a la necesidad de priorizar, es decir, a la obligación moral y política de decidir los servicios y los pacientes que van a ser atendidos preferentemente ante el hecho inevitable de que los recursos son limitados. Esta limitación de los recursos sanitarios obedece a muchas causas, entre ellas los recortes impuestos en los últimos años por decisiones políticas discutibles. Sin embargo, algunas de esas causas son inherentes a la propia evolución de la ciencia y la tecnología sanitarias, cada vez más amplias y eficaces, pero también más costosas económicamente. 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 qué es lo más valioso a proteger con la elección, dentro de las opciones que tenemos ante nosotros. La priorización —o más exactamente en el caso que nos ocupa, el racionamiento sanitario— no se puede basar únicamente en criterios clínicos y económicos porque, detrás de ellos, siempre aparece la ética, los valores y principios morales con que decidimos qué bie-

nes concretos es prioritario proteger cuando no podemos protegerlos todos de un mismo modo.

Conocemos diferentes criterios éticos o de equidad para racionar los recursos limitados de la sanidad —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 no disponemos de 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 qué combinación de criterios éticos hay que utilizar para priorizar. Y es también igualmente importante determinar quién 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 cuál es la fórmula de justicia que mejor prioriza los recursos sanitarios, al menos sí 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 (según el decisor de turno), ajenos a la rendición pública de cuentas (*accountability*), atendiendo 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.), o simplemente incoherentes (aquí se prioriza de un modo y allí de otro). 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.

Por todo ello, conviene comenzar estudiando las diversas experiencias nacionales e internacionales sobre priorización sanitaria con el fin de extraer lecciones para nuestra realidad actual, así como estudiar las mejores condiciones teóricas de una buena priorización. Un ejemplo de esto último es la propuesta de Norman Daniels y James Sabin llamada *accountability for reasonableness*. Se trata de un método de deliberación que tiene como objetivo asegurar que el procedimiento de toma de decisiones en el ámbito de la priorización sanitaria sea el más justo posible. Representa una alternativa a la simple comparación

de servicios sanitarios basada en el coste-efectividad, y cuenta con cuatro pasos: el primero consiste en aportar razones (evidencias, principios, valores) que todos los afectados por la decisión estén en condiciones de aceptar; el segundo es garantizar la máxima transparencia y publicidad de la discusión y los resultados obtenidos; el tercero establece que las decisiones tomadas sean siempre revisables a la luz de nuevas o mejores razones; y el cuarto se compromete a realizar todos los esfuerzos necesarios para minimizar las diferencias de poder entre los deliberantes y para asegurar que todos los afectados por las decisiones participen de verdad en la deliberación. Uno de los retos que tenemos por delante es saber si un método como este, u otro que persiga los mismos objetivos de justicia y transparencia, es aplicable en nuestro entorno.

Las diversas aportaciones a este cuaderno ofrecen algunas respuestas y otras tantas preguntas sobre esta cuestión de nuestro presente cuyo abordaje es tan urgente como ética y políticamente necesario.

Àngel Puyol

*Profesor de Ética y Filosofía Política
de la Universitat Autònoma de Barcelona*

Andreu Segura

*Coordinador del Grupo de Trabajo de Ética
y Salud Pública de SESPAS*

4. Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Evidence and value: Impact on Decision Making-the EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 270.
5. 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.
6. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and health care decision making. *Cost effectiveness and resource allocation*. 2012; 10: 9.
7. Varela-Lema L, Atienza-Merino G, López-García M. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. *Gac Sanit*. 2017; 31: 349-357.

Notas

1. Hanlon JJ. *Public Health: administration and practice*. San Luis: C.V. Mosby co.; 1974.
2. Sousa FAMR, Goulart MJG, Braga AMS, Medeiros CMO, Rego DCM, Vieira FG, et al. Setting health priorities in a community: a case example. *Rev Saude Publica*. 2017; 51: 11.
3. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Services Research*. 2012; 12: 454.

**Cómo se establecen las
prioridades sanitarias
en la actualidad**

El establecimiento de prioridades en la práctica real: entre el racionamiento y el despilfarro

Salvador Peiró

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), Valencia

Establecer prioridades (reales) es asignar recursos (reales)

En el entorno de la atención sanitaria, establecer prioridades es, en teoría, asignar recursos. En la práctica no siempre es así. Muchas veces se establecen prioridades formales (por ejemplo, la atención primaria, el embarazo no deseado, las enfermedades crónicas o minoritarias, etc.), pero los recursos, en vez de seguir las ahora prioritarias líneas de actividad, se mantienen en las líneas históricas. La asignación de recursos tiene memoria y, pese a lo que indiquen los ejercicios de priorización, tiende a transitar los caminos ya conocidos. Otras veces, las prioridades, que duran lo que duran, pasan al olvido antes del siguiente presupuesto.

Pero asumamos que en estos casos no se han establecido *realmente* prioridades y, al menos por el momento, mantengamos la idea de que establecer prioridades es sinónimo de asignar recursos *reales*. Empíricamente es útil utilizar una perspectiva inversa en la que es la asignación *real* de recursos la que define las prioridades *reales* que se han establecido. Si asumimos además la idea de que los recursos son finitos (por ejemplo, limitados por un presupuesto público) y escasos (insuficientes para cubrir todas las posibles necesidades en atención a la salud), el establecimiento de prioridades es, también, un sinónimo de racionamiento: los recursos asignados a unas necesidades (prioritarias) no estarán disponibles para otras necesidades (menos prioritarias).

Establecer prioridades en un presupuesto restringido para maximizar los resultados de salud de una población no es muy diferente a «recortar» (por ejemplo, los servicios sanitarios de menor valor añadido, o incluso aquellos que siendo neutrales para los resultados clínicos exhiben mayores precios). Dar prioridad a algunos implica dar posterioridad a otros y disponer quién recibe qué y cuánta atención implica disponer quién no. En este sentido, el «establecimiento de prioridades» conlleva intrínsecamente asignar posterioridades.

Tal término, sin embargo, tiene en su propia definición un matiz importante. Supone la denegación de servicios (tecnologías, medicamentos, prestaciones, intervenciones, programas preventivos, etc.) potencialmente beneficiosos para la salud y, formalmente, no se aplica cuando se deniegan servicios no efectivos.¹ No obstante, aunque racionamiento e infrautilización (*underuse*) están muy relacionados, en la práctica la condición de «potencialmente beneficioso» tiene muchas zonas grises² y, a la hora de establecer prioridades, los servicios que ocupan los últimos lugares suelen etiquetarse como «atención marginalmente efectiva», «cuidados de bajo valor», candidatos a una priorización negativa (desinversión, *disinvestment*).

Explícita o implícitamente, el establecimiento de prioridades se realiza en cada nivel y en cada rincón de todos los sistemas sanitarios

Si bien mucha gente cree que los procesos de establecimiento de prioridades se realizan exclusivamente en los niveles jerárquicos más altos de los sistemas sanitarios (los Parlamentos que asignan presupuestos, los gobiernos, los organismos internacionales, etc.), la asignación real de servicios a los pacientes es una función inherente a la provisión de servicios sanitarios en los niveles meso y, sobre todo, micro.³ Son los profesionales sanitarios quienes, mediante miles de decisiones diarias, deciden cuándo se atenderá a un paciente, cuánto tiempo se le dedicará, qué pruebas se le solicitarán, si se derivará a otro mé-

dico o a un hospital, qué tratamientos recibirá, si será hospitalizado, cuántos días estará ingresado, cuándo finalizará un tratamiento y otras cuestiones similares que configuran, paciente a paciente, la asignación real de recursos sanitarios (obviamente delimitada de forma directa o indirecta por decisiones adoptadas en los niveles macro).

El establecimiento de prioridades, tanto en el nivel macro como en el meso y en el micro, puede hacerse básicamente de dos maneras: de forma implícita o de forma explícita.^{4,5} Aunque existe un considerable debate sobre las ventajas y limitaciones de cada una de estas formas, ambas son, probablemente, más bien complementarias que contradictorias.⁶

En la priorización explícita, las decisiones de asignación de recursos se adoptan de forma transparente, son públicas y también lo son los argumentos que soportan tales decisiones. Típicamente es una forma de asignación de recursos empleada por las administraciones sanitarias públicas en algunas decisiones (presupuestación, incorporación o exclusión de tecnologías o medicamentos en la cartera de servicios, asignación de gasto corriente o inversiones a determinados programas o actividades, delimitación de los pacientes candidatos a recibir determinados servicios, etc.). Formalmente se espera que este tipo de priorización establezca el tipo y cantidad de recursos asignados a una determinada actividad, la población candidata y las reglas específicas de asignación.

La priorización implícita se refiere a las decisiones discrecionales de asignación de recursos adoptadas por autoridades, gestores y, sobre todo, profesionales sanitarios, y es inherente a la prestación de servicios sanitarios.⁷ En este tipo de priorización no existen documentos o declaraciones: se constata la existencia de limitaciones en la atención (algunos servicios se prestan a algunas personas y otros no, o no a otras personas), pero ni las decisiones de priorización han sido expresadas claramente, ni se conocen los criterios que sirvieron para adoptar tales decisiones.

Gestores y, principalmente, profesionales sanitarios recurren (conscientemente o no) a una amplia variedad de estrategias de «racionamiento» implícito para reducir la utilización o el coste de los servicios, incluyendo la demora en la atención, la sustitución de medicamentos de alto precio por otros de menor

coste, la reducción de la intensidad de la atención (menos visitas, más cortas, menos pruebas, menos derivaciones, sin hospitalización, etc.) o la mengua de la calidad de los servicios. Los profesionales sanitarios deciden qué servicios son «necesarios» (y cuáles no) para cada paciente y los asignan directamente, bien por sí mismos, bien a través de la prescripción o la derivación.

Establecimiento explícito de prioridades en el Sistema Nacional de Salud

En cualquier sistema sanitario la modalidad más visible de establecimiento de prioridades es la exclusión (o la no inclusión) de prestaciones en su cartera de servicios, una modalidad que ha sido obstinadamente evitada por las autoridades sanitarias —nacionales y regionales— del Sistema Nacional de Salud (SNS). Hasta se podría decir que, en un sentido opuesto, han centrado sus esfuerzos en evitar cualquier exclusión, incluso la de prestaciones y tecnologías que otros países europeos no incorporan a sus respectivas carteras.

El Real Decreto 1030/2006,⁸ que formalmente definía por vez primera los contenidos (y los mecanismos de actualización) de la cartera de prestaciones del SNS, no analizó estos contenidos para valorar su inclusión sino que desarrolló una definición genérica y circular (por ejemplo: la cartera de atención primaria comprende las actividades que desarrolla la atención primaria, la cartera de atención especializada comprende las actividades cuya naturaleza aconseja que se realicen a este nivel, etc.) y, en la práctica, de mantenimiento del *statu quo* previo, limitando las exclusiones a las que el SNS arrastraba desde sus orígenes en la Seguridad Social (atención dental, cosmética, corrección de defectos de refracción, psicoanálisis, productos parafarmacéuticos y publicitarios, etc.) y matizando con cierto detalle algunos procedimientos específicos en la cartera común del SNS (fertilización *in vitro*, consejo genético, y algún otro similar), aunque permitiendo su ampliación por las carteras complementarias de las comunidades autónomas.

La prestación farmacéutica se remitió a su propia normativa lo que en la práctica se ha traducido en la inclusión generalizada en la cartera de servicios (con

más o menos retraso debido a la peculiar mecánica española para la fijación de precios regulados) de todos los fármacos autorizados en la Unión Europea, excepto los dedicados a deshabituación tabáquica, obesidad, caída del cabello y disfunción eréctil, además de los retirados por baja efectividad (por ejemplo, los fármacos retirados en los históricos programas PROSEREME, que alguna comunidad autónoma aún subvenciona en ese esfuerzo ya comentado por no desinvertir siquiera en fármacos de mínima efectividad) y los destinados al tratamiento de síntomas menores (excluidos de la cartera en agosto de 2012, entre otras medidas destinadas a reducir el déficit público).

Más allá de su limitado impacto económico (las principales exclusiones se referían a procedimientos y fármacos que nunca se habían incluido entre las prestaciones del SNS), el RD 1030/2006 (y sus actualizaciones posteriores) revelaba los límites que las autoridades sanitarias —nacionales y regionales— no estaban dispuestas a rebasar en el establecimiento de prioridades. Y aquellos no iban más allá de exceptuar de la cobertura un discreto número de prestaciones cuya no inclusión estaba consolidada históricamente desde los orígenes del SNS. En el esfuerzo por evitar la percepción social de «gobierno que impone recortes», el RD 1030/2006 —más que un mecanismo legal para la priorización explícita— fue una cortina de humo para que los gobiernos eludieran esta función y transfirieran las decisiones de priorización que deberían adoptarse en el nivel macro a un colosal proceso de priorización implícita en los niveles meso y, sobre todo, micro.

Así, la ausencia de exclusiones explícitas de determinadas prestaciones o medicamentos tuvo que ser acompañada de estrategias (informes de evaluación, guías de práctica, protocolos, algoritmos, programas de formación, de uso racional de medicamentos, indicadores asociados o no a incentivos, etc.) para que los profesionales sanitarios no prescribieran aquellos productos que deberían haber sido objeto de exclusión o restringidos a algunas situaciones concretas.

La ausencia de procesos reales de priorización explícita en el SNS no afecta solo a la inclusión o no de prestaciones en su cartera de servicios. Las decisiones sobre la construcción o apertura de nuevos hospitales de agudos, los contenidos de su propia cartera de especialidades, de centros de larga estancia,

unidades de hospitalización a domicilio, centros de atención primaria, etc., ha escapado durante décadas a los procesos de priorización explícita.

La planificación de la fuerza de trabajo discurre por las avenidas de la discrecionalidad y el *statu quo*. Por ejemplo, el número de residentes admitidos cada año en los hospitales del SNS está más en función de su capacidad docente que de las necesidades poblacionales de diferentes tipos de especialistas, un mecanismo que refuerza las especialidades históricamente más voluminosas pese a los cambios tecnológicos y organizativos en la forma de prestar la atención sanitaria.

La ausencia de decisiones de priorización (o desinversión) no convierte el SNS en un sistema a la deriva: simplemente sigue el rumbo marcado en los años setenta y ochenta del pasado siglo. Si este rumbo es o no adecuado también es un tema ausente del debate público, más proclive a discusiones binarias simples (público vs. privado, gratuito vs. copago, centralización vs. descentralización, y otras similares).

Las seis «d» del racionamiento implícito en el SNS

A mediados de la década de 1990, y basándose en las categorías desarrolladas por Parker en sus trabajos sobre el estado de bienestar,⁹ el Rationing Agenda Group británico definió seis mecanismos esenciales de racionamiento implícito en el National Health Service: denegación, discriminación, demora, disuasión, desvío y dilución (ver la tabla de la página siguiente).¹⁰

La **denegación** (*denial*) se refiere a la exclusión de servicios o tratamientos por parte de los proveedores de servicios, en general porque creen que el servicio es innecesario, inadecuado o de bajo valor. Muchas veces existe evidencia de que la falta (o limitación) de efectividad del servicio y la denegación pueden ser beneficiosas para los pacientes, aunque en ausencia de criterios explícitos las decisiones locales pueden variar entre profesionales y centros.

En el SNS (y más allá de las exclusiones explícitas recogidas en el RD 1030/2006 y sus actualizaciones), los centros sanitarios no suelen hacer públicos los tra-

tamientos que no ofrecen (pese a que en muchos casos son aprobados por comisiones hospitalarias). En todo caso, los tratamientos que se deniegan suelen pertenecer a alguna de las siguientes categorías: a) tratamientos de bajo valor; b) nuevos fármacos de alto precio con escasa evidencia de eficacia incremental respecto a los previos para la misma indicación; c) tratamientos reservados para ciertos individuos en función de factores que afectan a la probabilidad de éxito o efectos adversos (discriminación), y d) tratamientos no disponibles en un centro que son sustituidos por tratamientos alternativos.

Tabla 1. Mecanismos de racionamiento implícito en el SNS

- **Denegación** (*denial*). Exclusión implícita de servicios o tratamientos por parte de los proveedores de servicios (en general porque creen que el servicio es «inadecuado»).
- **Discriminación** (*selection*). Exclusión de algunos pacientes de diversos tratamientos específicos porque no cumplen determinados criterios de elegibilidad (que no son públicos).
- **Demora** (*delay*). La demanda que no puede ser atendida se mantiene en espera (listas de espera). La espera actúa como barrera de acceso y puede ir seguida de disuasión, derivación o denegación de hecho.
- **Disuasión** (*deterrence*). Barreras (conscientes o inconscientes) levantadas por los proveedores sanitarios para dificultar el acceso de los pacientes a los servicios.
- **Derivación** (*deflection*). Derivación de los pacientes hacia otra institución, agencia o servicio.
- **Dilución** (*dilution*). Los servicios permanecen en oferta pero con menos recursos y menor calidad.

La **discriminación** (*selection, discrimination*) define la exclusión de algunos pacientes de diversos tratamientos específicos porque no cumplen determinados criterios de elegibilidad. Relacionada con la denegación y con la evidencia sobre el balance entre riesgos y beneficios de un determinado procedimiento en un subgrupo de pacientes, la discriminación puede ser explícita, pero

usualmente es implícita y realizada por los clínicos «a la cabecera del enfermo» (*bedside rationing*). Las guías de práctica clínica, criterios de derivación, algoritmos de decisión y similares orientan las decisiones de discriminación, pero existen enormes variaciones entre áreas geográficas servidas por diferentes hospitales y entre médicos (incluso de la misma área).

La **demora** (*delay*) entra en juego cuando la demanda que no puede ser atendida se mantiene en espera (listas de espera). La espera actúa como barrera de acceso que puede dar paso a mecanismos de disuasión, derivación y, a veces, actuar como denegación de hecho. Pese a que habitualmente solo son públicas las listas de espera para cirugía electiva y algunos procedimientos, el SNS mantiene listas de espera informales en muchos otros servicios (y, también, tiempos de espera sin listas formales), como las pruebas diagnósticas, derivaciones a especialistas, rehabilitación, fisioterapia y para muchos tratamientos específicos (fertilización *in vitro*, obesidad mórbida). Recientemente parecen ir en aumento los tiempos de espera para ser atendido en los servicios de urgencias hospitalarios (que suelen contar con sistemas de priorización explícita: *triage*) y para obtener una cita en atención primaria. Apenas existe información sobre los tiempos de espera para el acceso a programas de enfermería, salud mental, hospitalización a domicilio, centros de larga estancia o sociosanitarios así como a programas específicos.

La **disuasión** (*deterrence*) se refiere a las barreras (conscientes o inconscientes) levantadas por los proveedores para dificultar el acceso de los pacientes a los servicios. Teléfonos para pedir cita que nadie contesta, recepcionistas o profesionales poco amables (la próxima vez «llame a su médico en vez de venir a urgencias», «le da un paracetamol y lo trae por la mañana», «venga a la consulta en vez de pedir una visita a domicilio»).

Las formas más importantes de disuasión incluyen la demora y, probablemente, la ausencia de información sobre el acceso. La falta de información afecta especialmente a algunos programas específicos (por ejemplo, rehabilitación respiratoria, educación para diabéticos adultos, visitas médicas a domicilio, etc.). La disuasión puede llevar a que el paciente busque otros proveedores (desvío), a retrasar la atención de aquel (demora oculta) o una denegación *de facto* de la atención.

En la **derivación** o desvío (*deflection*), el proveedor responsable del paciente rehúsa (explícita o implícitamente) prestar el servicio y deriva al paciente hacia otra institución o profesional. En el SNS las formas más frecuentes son las derivaciones desde servicios sanitarios a sociales, y desde servicios sociales a sanitarios; de atención primaria a los servicios de urgencias hospitalarios (a veces tras demora o disuasión en atención primaria), y la contraria (de los servicios de urgencias a atención primaria); de atención primaria a atención especializada, y entre diferentes especialistas en atención especializada; así como desvíos cruzados múltiples, desvíos a centros privados (atención concertada) o el desvío de pacientes con medicación de alto precio entre hospitales. La derivación, además de demoras y duplicidades de pruebas y servicios, genera incertidumbre, ansiedad y frustración en los pacientes y actúa también como mecanismo de disuasión y de denegación *de facto*.

La **dilución** o «aguado» (*dilution*) de los servicios es la parte oculta del iceberg del racionamiento. Los servicios permanecen en oferta pero con menos recursos y la calidad de los servicios se resiente. Los pacientes acceden a las «mismas» instalaciones y a los «mismos» servicios, pero hay menos médicos/as, enfermeros/as u otros recursos. Las visitas son más cortas, más espaciadas en el tiempo, los procesos se modifican para reducir cargas de trabajo. No todo el «aguado» deriva de «recortes» y no siempre es perjudicial para los pacientes (incluso puede ser beneficioso), pero en otros casos se traducen en pérdidas de calidad. Si se produce un largo periodo de sustitución de mecanismos explícitos en el nivel macro por dilución, el «racionamiento» se vuelve invisible (por ejemplo en atención psicológica y de salud mental). Pacientes y médicos dejan de solicitar estos servicios (no hay denegación, ni demoras, ni desvíos).

El resultado de la priorización explícita son las variaciones en la práctica médica que tienen componentes de subutilización, pero también —y quizá sobre todo— de sobreutilización, de incremento de la atención innecesaria o de bajo valor clínico. Sorprendentemente, durante el reciente periodo de restricciones presupuestarias en sanidad asociado a la crisis económica, la utilización de procedimientos de bajo valor no ha descendido en el SNS sino que, en muchos casos, ha ido en aumento.¹¹

Conclusiones: una adecuada priorización implícita requiere más y mejor priorización explícita

El establecimiento implícito de prioridades por los profesionales sanitarios es consustancial a la atención sanitaria. A la espera de lo que nos depare la inteligencia artificial, solo a nivel micro existe suficiente conocimiento de la enfermedad, del enfermo, y de su diagnóstico y tratamiento para adoptar decisiones sobre la adecuación de los cuidados,¹² tanto en modelos paternalistas de toma de decisiones como en los modelos «con el paciente».

El resultado agregado de las decisiones implícitas a nivel clínico sobre pacientes individuales, en un entorno de recursos limitados, distribuye la atención con grandes componentes de arbitrariedad. La priorización implícita en el nivel micro está en el origen de las variaciones en la práctica médica, y de la sub y sobreutilización de servicios, bien porque ante la falta de evidencia sobre el valor de las intervenciones en cada situación se adoptan estrategias diagnósticas y terapéuticas diferentes, bien porque aun existiendo estas evidencias, los profesionales las ignoran o hacen caso omiso de ellas. Diversos factores de la oferta de servicios (volumen de recursos, sistemas de financiación, de pago al médico, revisión de utilización, promoción de productos, heurística...) y de la demanda (accesibilidad geográfica, cultural, económica) también van a influir notoriamente sobre las variaciones, infrautilización y sobreutilización.

La perspectiva del conjunto de la sociedad o del conjunto del sistema sanitario (utilizada en los análisis coste-efectividad) es diferente a la perspectiva de un paciente individual (o del clínico que actúa como su agente), más aún si los costes de su atención son sufragados por el conjunto de la sociedad.

El establecimiento de prioridades implícitas por clínicos, aún esencial en los sistemas sanitarios, no garantiza una distribución efectiva o eficiente (ni probablemente justa) de los recursos sociales desde la perspectiva del conjunto de la sociedad. El reconocimiento del papel esencial de la priorización implícita no excluye, sino que requiere (urgentemente), más y mejor priorización explícita por parte de las autoridades sanitarias.

La priorización explícita favorece la transparencia de las decisiones y del papel de los grupos de interés, pero sobre todo es necesaria para mejorar la eficiencia y la efectividad del sistema sanitario.

El inadecuado establecimiento de prioridades (explícito e implícito) a nivel macro, así como otros factores que merman la confianza en las instituciones públicas, ha deslegitimado (y continúa deslegitimando) socialmente los procesos formales de establecimiento de prioridades. En sentido contrario, incluso parece estar creciendo la idea de que existe una especie de «derecho» general a una «distribución justa del despilfarro», de modo que cada decisión de no excluir servicios y prestaciones de escasa efectividad de la cartera de servicios, justifica la no exclusión de las siguientes prestaciones inefectivas.

En cierta forma, la presión económica sobre el SNS ha venido acompañada en los últimos años de un consenso entre los expertos sobre la necesidad de establecer prioridades (tanto de inversión como de desinversión), pero también —y en un contexto de grandes déficits de transparencia y gobernanza— de una percepción social generalizada de desconfianza ante estos procesos.

Como resultado de la (casi) ausencia de priorización explícita y el amplio rango de decisiones dejado a la priorización implícita, el SNS no tiene solo un problema de racionamiento (infrautilización de atención adecuada), sino —y sobre todo— un problema de sobreutilización (de la hospitalización, de las visitas a los servicios de urgencias, de las consultas, de las pruebas diagnósticas de todo tipo, de los tratamientos, de las derivaciones, etc.) que, en ausencia de otras estrategias, está siendo afrontado con el incremento de recursos (cuando es posible el incremento) o el recorte posibilista (en las épocas de restricciones presupuestarias).

Notas

1. Klein R, Maybin J. Thinking about rationing. Londres: The King's Fund; 2012.
2. Varela-Lema L, Atienza-Merino G, López-García M. Priority setting of health interventions. Review of criteria, approaches and role of assessment agencies. *Gac Sanit.* 2017; 31(4): 349-357.
3. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service. Filadelfia: Open University Press; 1996.
4. Doyal L. The rationing debate. Rationing within the NHS should be explicit. The case for. *BMJ.* 1997; 314(7087): 1114-1118.
5. Coast J. The rationing debate. Rationing within the NHS should be explicit. The case against. *BMJ.* 1997; 314(7087): 1118-1122.
6. Peiró S, Del Llano J. Should the spanish NHS be more explicit in the prioritisation of health services? En: Del Llano J, Peiró S, editores. *Prioritising health services or muddling through.* Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2018; 93-108.
7. Klein R. Dimensions of rationing: who should do what? *BMJ.* 1993; 307(6899): 309-311.
8. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.
9. Parker R. Social administration and scarcity. En: Butterworth E, Holman R, editores. *Social Welfare in modern Britain.* Londres: Fontana; 1975. p. 204-12.
10. New B, Rationing Agenda Group. The rationing agenda in the NHS. *BMJ.* 1996; 312(7046): 1593-1601.
11. García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Comendeiro-Maaloé M, Seral-Rodríguez M, Bernal-Delgado E, por el grupo Atlas

VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en utilización de procedimientos de dudoso valor en el Sistema Nacional de Salud. Junio de 2016 [citado 14 abr 2018]. Disponible en: www.atlasvpm.org/desinversion.

12. Ham C, Coulter A. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Serv Res Policy*. 2001; 6(3): 163-169.

Priorizar o salir del paso^a

Vicente Ortún

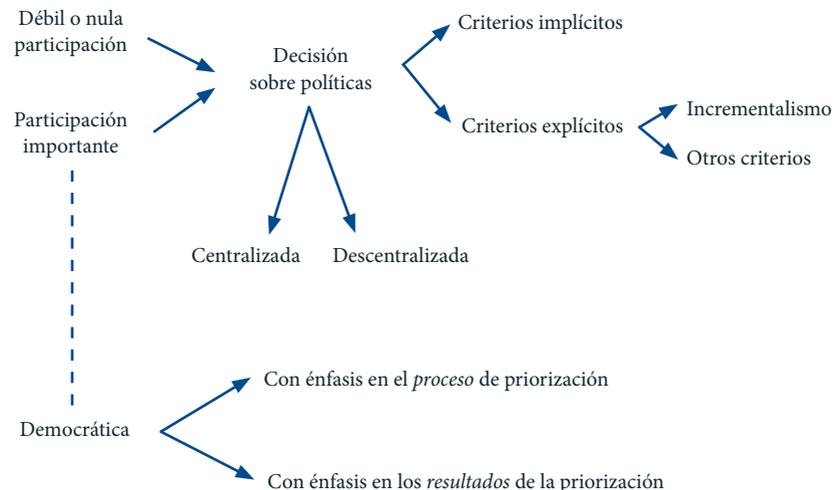
Departamento de Economía y Empresa, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Tanto la democracia como la eficiencia exigen que el conjunto de bienes y servicios producidos respondan a las preferencias sociales, especialmente en la parte de recursos que se canaliza a través de la intervención del sector público, intervención que más allá de suplir en ocasiones fallos de mercado constituye una defensa ante el riesgo de deterioro democrático provocado por la creciente desigualdad de poder y riqueza.¹ El pluralismo precisa evitar la concentración de un poder que crea riqueza y una riqueza que crea poder. Depende de la intervención pública el tratar de conseguir una cierta igualdad de oportunidades y unas políticas que tanto por la forma en que se financian como por la forma en que se prestan contribuyan a la mejora del bienestar social y a la reducción de la desigualdad en la renta efectivamente disponible (tanto en metálico como en especie). Hay que priorizar. La priorización de tareas y programas ocurre en cualquier campo, público o privado, colectivo o individual, y siempre se hace, mejor o peor, explícita o implícitamente (gráfico 1).

Cuatro son las palancas que permiten una priorización de servicios sanitarios desde la política sin escamotear responsabilidades ni trasladarlas indebidamente al ámbito clínico, tal como señala Salvador Peiró que se realiza en España en su exhaustivo y preciso análisis de la priorización en la práctica clínica.² Cuatro palancas, cuatro epígrafes previos a la conclusión: 1) financiación pública, 2) planificación, 3) financiación selectiva y cartera de servicios sensata, y 4) buen gobierno.

a. El punto cuarto de este escrito se basa en Campillo C, Callejón M, Ortún V. Deciding on public programs. Prioritisation and governance: an inseparable whole. En: Del Llano J, Peiró S, directores. *Prioritising or muddling through*. Madrid: Springer Healthcare; 2017. cap. 1. Licencia Creative Commons CC BY-ND.

Gráfico 1. Priorización de servicios públicos. Una tipología



1. Financiación pública

En ausencia de financiación pública de los servicios sanitarios nada hay a priorizar. La financiación pública es la condición *sine qua non* para que exista priorización. En el mundo de la «disposición a pagar» no existe ni la sobreutilización ni la infrautilización. Es más, si alguien está dispuesto a pagar 3.000 € por un implante de testículos de silicona en las orejas, o por una genomanía, y puede recibirlos por 500 € disfrutará de un «excedente del consumidor» de 2.500 €. Planeta *Phishing for Phools* [engañando a ingenuos].³ Nada que ver con la necesidad clínica o sanitaria ni con el bienestar.

España, con su 72% de financiación pública del gasto sanitario, ha obtenido «matrícula de honor» en las comparativas mundiales del Global Burden of Disease publicadas en *The Lancet*. Muy posiblemente, el mantenimiento de esa privilegiada posición exigirá un porcentaje de financiación europea algo más en línea con el de los países europeos con quienes queremos compararnos.

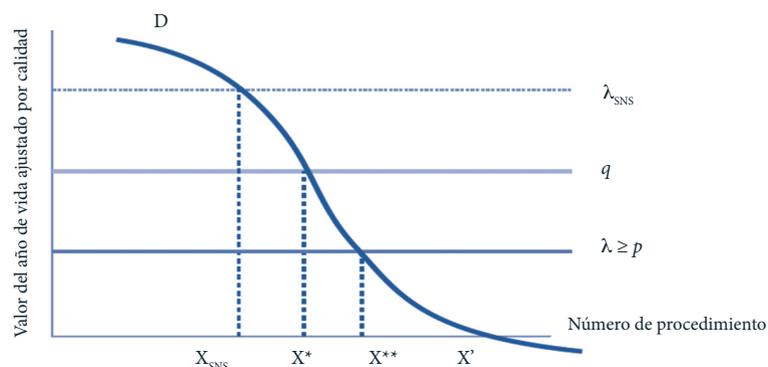
La consolidación del componente sanitario de esa conquista de la humanidad que es el estado de bienestar (EB) pasa en España por pulir peculiaridades de *Mezzogiorno* (copiar de nórdicos y centroeuropeos) y por una mayor orientación al *workfare*, es decir ayudas más vinculadas a la empleabilidad y la generación de renta que a la protección de puestos de trabajo *per se*. No hay incompatibilidad entre mejorar la productividad y disponer de un EB. El problema no radica en el EB, sino en el tipo de EB, y aquí España tiene deberes pendientes pues su EB, tal como está organizado, no resulta, en la comparativa europea, ni equitativo ni eficiente. Más allá de la solvencia económica está la deseabilidad política, la que conceden los ciudadanos en repetidas votaciones cuando optan por financiar públicamente el acceso a los servicios sanitarios. Para que esas opciones se mantengan, las clases medias no pueden quedar excluidas de las prestaciones del EB, por la razón que sea. Hay que conjurar, por tanto, el riesgo de un EB para pobres (un pobre EB), primero, por razones de eficiencia, y segundo, por un juicio moral acerca de los peligros de la dualización social que inevitablemente encontraríamos en sanidad cuando solo una parte de la sociedad pudiera acceder a cualquier innovación o prestación sanitaria.

2. Planificación

Sin hospitales no habría morbilidad hospitalaria. Sin centros de atención primaria ningún problema se detectaría en este nivel asistencial. Sin facultativos tampoco existirían las enfermedades de declaración obligatoria. No puede decirse, por tanto, que la morbilidad sea una medida de necesidad sino simplemente de utilización: ese punto de encuentro entre una necesidad expresada y una oferta. La utilización puede gestionarse orientando el sistema hacia la atención primaria, planificando el alta, con segundas opiniones, tratando de que los crónicos no se descompensen, atendiendo a la atención correcta, el *right care*, que trata de evitar tanto la infra como la sobreutilización,⁴ ordenando listas de espera, financiando capitativamente, etcétera. No obstante, el dimensionado de la oferta a través de la planificación continúa siendo la medida reina de la gestión de la utilización.

La utilización sanitaria sigue la ley de la gravitación universal y la mejor manera de gestionarla es controlar la oferta de profesionales e instalaciones (gráfico 2). La práctica clínica se adapta a la oferta disponible en cuanto a medios a disposición y cartera de servicios establecidos, como repetidas veces se ha mostrado desde la famosa «historia de dos ciudades»: Boston y New Haven.⁵ Estamos demasiado centrados en costes, las «P», cuando lo que explica las diferencias en gasto entre, por ejemplo, zonas geográficas de España⁶ son las cantidades, las «Q» de utilización.

Gráfico 2



Nota: La valoración de la productividad marginal del gasto sanitario junto con las restricciones de oferta determinan el volumen de gasto sanitario. La curva D representa el valor de la vida multiplicado por la productividad marginal en términos de supervivencia del gasto sanitario. En países cuyo Sistema Nacional de Salud (SNS) establece restricciones significativas de oferta (en λ_{SNS}) la cantidad de servicios sanitarios sería X_{SNS} , por debajo de la cantidad óptima de servicios X^* . La cantidad óptima de servicios sanitarios, X^* , se encuentra donde la valoración de la productividad marginal del gasto sanitario iguala el coste social unitario q de los servicios. Si el conjunto de restricciones de oferta en un país da lugar a un valor λ menor que q , el país producirá servicios sanitarios en cantidad superior al óptimo. Cada servicio que exceda a X^* comporta para el país un coste social superior al valor que aporta a los individuos y, por tanto, es ineficiente. Nótese que λ es al menos tan grande como p , el precio que pagan los usuarios, es decir $\lambda \geq p$, de forma que los beneficios del paciente son al menos tan elevados como el precio que paga por el servicio, una restricción del modelo donde los médicos actúan como agentes de los pacientes. En el extremo, si no hay ninguna restricción que interfiera con la motivación de los médicos de hacer lo máximo posible, la utilización de servicios llegaría a X' donde la probabilidad marginal de supervivencia llega a cero.

Fuente: Chandra y Skinner.⁷

La exigencia de autorización previa a las modificaciones de oferta lleva décadas establecida pero apenas se ha utilizado, ni siquiera para la construcción de la red de la Seguridad Social. Tampoco los recursos humanos han sido objeto de planificación: el número de residentes admitidos en el Sistema Nacional de Salud cada año es una función de la capacidad de entrenamiento de las diferentes especialidades médicas.

3. Financiación selectiva y cartera de servicios sensata

Se trata de hacer efectivo el factor de sostenibilidad que regule la composición de la cartera de servicios según coste-efectividad e impacto presupuestario tal como hacen los países europeos más ricos que nosotros (y con un estado de bienestar más consolidado), pero que en España no se realiza pese a estar dispuesto en el RD 16/2012.

Nuestro país, a instancias de la Unión Europea, ya procedió a reformar su sistema de pensiones para adaptar estas a los ingresos previstos desvinculando la revalorización del IPC e introduciendo un factor de sostenibilidad: a partir de 2019 las pensiones iniciales se reducirán por el aumento en la esperanza de vida a los sesenta y siete años.

Resulta difícil justificar el sacrificio de cien personas para tratar a una persona con una segunda línea en cáncer de mama (lapatinib + capecitabina), pues los dos millones de euros que en esta se utilizan para conseguir un AVAC hubieran conseguido cien AVAC, un AVAC en cien personas. A la hora de establecer una cartera de servicios sensata un concepto útil es el del «coste de oportunidad», es decir el beneficio que se deja de conseguir en la mejor alternativa (cien AVAC), no los costes de tratar a una persona (dos millones de euros).

4. Buen gobierno

La calidad de la gobernanza entre los distintos países se traduce en capacidades muy diferentes para establecer prioridades que reflejen las prefe-

rencias sociales, y no solo el poder y la influencia. La teoría popular de la democracia dice que los ciudadanos informados eligen a sus líderes en las urnas, quienes los gobiernan y representan; así como que los ciudadanos activos controlarán las acciones de sus gobiernos y eliminarán los abusos de poder. Es una lástima que no sea así: las decisiones políticas las toman los políticos profesionales influenciados mucho más por los que detentan el poder que por los ciudadanos comunes. No obstante, la calidad del gobierno difiere mucho entre los países, y es conveniente aprender de aquellos que lo hacen mejor.

Parece ser que hay suficiente consenso sobre la importancia central de la calidad de las instituciones en la explicación de por qué fracasan las naciones, parafraseando cómo titulan su libro los seminales Acemoglu y Robinson. Así, datos como los indicadores de gobernanza mundial del Banco Mundial nos ayudan a cuantificar varias dimensiones del buen gobierno.

Es necesario que la población crea en la imparcialidad de las Administraciones para que el estado de bienestar se consolide. El capitalismo corrupto, de amiguetes e influencias, arruina esa confianza. Todos los países se enfrentan a un desafío enorme pero bien conocido: ¿cómo conciliar el capitalismo, el gobierno de unos pocos, con la democracia, el gobierno de muchos? ¿Cómo funcionará el capitalismo democrático?

Pero la democracia no es suficiente para construir un buen gobierno. Según Charron, Dijkstra y Lapuente,⁸ los tres factores que parecen tener el mayor apoyo empírico para comprender las diferencias en la calidad de la gobernanza entre países son: 1) una gestión pública profesional con una separación estricta entre las carreras de políticos y funcionarios, 2) una descentralización y autonomía en la gestión de los recursos humanos, y 3) transparencia, entendida como el acceso a la información pública (sin publicidad ni ocultando los malos resultados), y libertad de prensa.

El buen gobierno público debe garantizar una acción justa por medio de instituciones gubernamentales *imparciales*.⁹ Cuando los recursos públicos se malbaratan entre la corrupción y el amiguismo, en lugar de utilizar criterios objetivos (como la mejora en la calidad del aire o los puntajes de alfabetización y aritmética obtenidos por los estudiantes en diferentes escuelas), los

ciudadanos se muestran más reacios a favorecer las políticas de bienestar con independencia de cuánto les beneficien.

El consenso entre los académicos y las organizaciones internacionales ha cristalizado en la idea de que la calidad de la gobernanza, medida por instrumentos como los indicadores mundiales de gobernanza del Banco Mundial, el índice de competitividad global del Foro Económico Mundial, el índice de Transparencia Internacional o el índice del Estado de derecho, es un factor determinante para explicar el éxito o el fracaso de las naciones.

Conclusiones

Es bueno que los artículos científicos tiendan a incluir en su discusión la necesidad de una investigación adicional; esta, al menos, debería ser útil para los autores. Pero así como existe una innovación sin base científica (contenedor, *palet*, lista de verificación quirúrgica, etc.), la medición correcta de los valores y preferencias sociales también se puede hacer «sin ciencia», por medio de la participación responsable de la ciudadanía: todos nosotros, no solo el segmento de beneficiarios, cuando se trata de establecer prioridades para la asignación de recursos financiados con fondos públicos. El umbral de la voluntad social de pagar por año de vida ajustada a la calidad en función de la relación costo-eficacia incremental no puede ser el único criterio que rijan las decisiones públicas. En primer lugar, porque los responsables de la toma de decisiones están preocupados por otros objetivos además de maximizar la salud (ya sea la equidad, el impacto en la opinión pública o el déficit comercial), y en segundo, porque a los ciudadanos también nos preocupan otros objetivos. Vale la pena intentar recopilar, ponderar y evaluar científicamente otras metas, como evitar daños posteriores en el futuro, alentar la innovación científica y técnica, tratar a las personas socialmente desfavorecidas, cuidar el «fin de la vida» o ser sensibles a las enfermedades raras. El avance de la ciencia debería ser bienvenido, pero los progresos deben complementarse e incluso reemplazarse con un cambio institucional que promueva la legitimidad del proceso de toma de decisiones para suscitar un acuerdo social más amplio, ya que los resultados de la evaluación económica se perciben como un reflejo de

las preferencias sociales. Teniendo en cuenta la labilidad y la inconsistencia temporal de las preferencias, el papel de las emociones y la relativa ignorancia sobre cómo se generan tales preferencias y, por otro lado, el conocimiento referente al efecto marco —respuestas que difieren ante la misma pregunta según cómo se formule esta— y los límites importantes a la racionalidad, el crédito se debe al Dios de la Ciencia, pero debemos rendir al funcionamiento social del César las medidas prácticas para su mejora.¹⁰

Parece ser que la participación en los procesos de toma de decisiones sociales afecta el bienestar de las personas, y más aún la propia participación en el proceso que los resultados de este: los inmigrantes sin derecho a voto en Suiza, por ejemplo, se benefician de los resultados, pero no de la participación en el proceso.

Vicens Vives, cuyo trabajo sobre la Mesta fue divulgado por el Premio Nobel Douglas North, fue uno de los primeros en explicar la función de las instituciones (las «reglas del juego», las restricciones formales e informales creadas por el hombre que estructuran las interacciones políticas, económicas y sociales, así como sus mecanismos de salvaguardia), ejemplificadas estas en el papel que la Mesta desempeñó en el atraso secular de España. Los informes del Banco Mundial de 1996 y 1997 ayudaron a restaurar la importancia del Estado y a corregir la trampa ideológica creada por una interpretación completamente errónea de la caída del Muro de Berlín: las enormes fallas de la transición de las economías planificadas al mercado. Al respecto, las economías de Europa Central y del Este revelaron que el correcto funcionamiento de los mercados es solo una condición necesaria pero no suficiente: sin un Estado eficaz, los países fracasan. La realidad y el trabajo académico han ayudado a que el enfoque institucional sea ampliamente aceptado hoy. En resumen, se puede decir que para que una sociedad se desarrolle, es necesario que sus instituciones hagan individualmente atractivo lo que sea socialmente conveniente.

Se ha observado una creciente *viscosidad* en varios indicadores de gobernabilidad de España: índice de competitividad global del Foro Económico Mundial, indicadores de gobernanza mundial del Banco Mundial, indicador de Transparencia Internacional o índice del Estado de derecho, todos ellos

con resultados altamente concordantes. El deterioro institucional en España ha sido en parte un resultado inesperado de la unión monetaria de 1999 (el euro), que supuestamente traería ajustes estructurales y reformas institucionales a las economías menos competitivas cuando ni la devaluación de la moneda ni el déficit público superior al 3% del Producto Interno Bruto fueran ya permitidos. La expansión de 1999 a 2007 a una tasa de crecimiento anual de 3,6%, con burbujas inmobiliarias y financieras, sin aumentar la productividad, y un aplazamiento de las reformas (educación, mercado de trabajo) permitió a los gerentes incompetentes ganar dinero y a los políticos satisfacer a los ciudadanos al mismo tiempo. España ya ha incurrido en inversiones y gastos improductivos, ha sufrido la enfermedad holandesa, la deuda está causando resaca y llevará un tiempo renovar las instituciones españolas.¹¹ El crecimiento español durante la expansión de 1994-2007 se basó en la acumulación de factores más que en las ganancias de productividad. En particular, el crecimiento anual de la productividad total de los factores fue del -0,7%, que es bajo en comparación con otras economías desarrolladas como la de Estados Unidos o las de la UE. La fuente del crecimiento negativo de la productividad total de los factores parece haber sido el aumento de la mala asignación de los factores de producción entre los distintos sectores económicos, especialmente en industrias en las que la influencia del sector público es mayor (por ejemplo, mediante licencias o reglamentaciones). Estas industrias más cercanas al sector público experimentaron aumentos significativamente mayores en la mala asignación.¹²

España tiene un problema con su gestión pública. Será muy difícil mejorarla o introducir reformas que aumenten significativamente nuestra productividad sin una mejora en la calidad de la política y las instituciones que la condicionan. Los requisitos para un mejor gobierno del Estado son tan conocidos como ignorados: proteger el financiamiento de los partidos políticos limitando los gastos y controlando las contribuciones privadas; racionalizar las regulaciones electorales para acercarse al principio de una persona, un voto; e independencia de los medios de comunicación públicos. Solo un Estado efectivo que facilite el tipo de instituciones transparentes e imparciales de países como los escandinavos o muchos países de Europa Central permitirá que España se fortalezca después de la crisis. No habrá mejor gestión pública sin

un mejor gobierno, un concepto complejo que incluye, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas y la regulación apropiada de conflictos de interés, así como la profesionalización e independencia de las funciones ejecutivas de la Administración pública.

Los partidos políticos juegan un papel irremplazable en todos los sistemas democráticos. A diferencia de lo que sucede en otras democracias avanzadas, en España el marco legal vigente no facilita la depuración de los partidos, aunque esto se ha revelado durante mucho tiempo como necesario. Los partidos españoles son autorregulados: los congresos y los órganos rectores se reúnen cuando es aconsejable para sus líderes; el método usual para seleccionar posiciones internas y candidatos para puestos representativos es la cooptación; y el control de las cuentas se confía a un organismo, el Tribunal de Cuentas, fuertemente politizado, cuyos miembros acceden al cargo por cuota política. En las democracias constitucionalmente más avanzadas, los partidos están fuertemente regulados por la ley o, como en el caso británico, por la costumbre. En todos los países hay corrupción política, pero la democracia interna en los partidos políticos, la competencia entre aquellos que son líderes y aquellos que aspiran a serlo, y la obligación de transparencia impuesta por la ley permite que los políticos corruptos sean rápidamente destituidos. En España, esto no sucede, y la corrupción crece, debilita la acción gubernamental en una coyuntura crítica, provoca el descontento de los ciudadanos y termina provocando una grave crisis para la politización y la pérdida de eficiencia de instituciones estatales como el Consejo General del Poder Judicial, los Tribunales Supremos, el Tribunal de Cuentas, la Autoridad Tributaria, etc. Pero aún hay más. El método de cooptación, repetido una y otra vez, es un método de selección adverso que acaba promoviendo a los menos críticos y menos capaces a los lugares de responsabilidad. Parece urgente desarrollar una nueva ley de partidos políticos, a fin de regular su actividad, garantizar su democracia interna, transparencia y control de la financiación, y acercar la política a los ciudadanos. Esta es una condición necesaria para poder lanzar una reforma institucional mucho más amplia con garantías razonables que deberían incluir, entre otras, la reforma de la justicia, la regulación de los *lobbies* y la separación estricta de las posiciones políticas y administrativas para garantizar la independencia y el profesionalismo de la función pública. Las

reglas básicas que debe reunir esta nueva ley son muy comunes en las democracias europeas.

Ha llegado el momento de introducir en España, con un horizonte de treinta años, la idea y práctica de la competencia para la comparación en calidad (universidades, centros educativos, centros sanitarios, etc.) sin la necesidad de mercados. No habrá mejor gestión pública sin una mejor política, una mejor gobernanza, un concepto que incluya la revisión del financiamiento de los partidos políticos, la responsabilidad, la resolución de conflictos de intereses y la profesionalización e independencia de las funciones ejecutivas del sistema.

Ciertamente, los valores sociales en España, basados en la Encuesta de la Fundación BBVA, respaldan las nociones de mérito o competencia mucho menos que en otros países europeos, y habrá que hacer algo para que nuestro país madure como sociedad. Es posible que se desee informar sobre los costos, el rendimiento y la calidad de los servicios financiados con fondos públicos y alentar la conciencia de los impuestos y las cotizaciones que se pagan (bastante ocultos hoy) para ver si la ciudadanía está interesada en cuestiones colectivas, al menos como está interesada en las asociaciones de vecinos que existen en cualquier edificio con propiedad compartida (que tampoco es mucho).

Notas

1. Wolf M. Inequality is a threat to our democracies. Financial Times. 2017 (19 de diciembre).
2. Peiró S. El establecimiento de prioridades en la práctica real: entre el racionamiento y el despilfarro. Ver pág. 16 de esta publicación.
3. Akerlof GA, Schiller RJ. Phishing for Phools. The economics of manipulation and deception. Nueva Jersey: Princeton University Press; 2015.
4. Ortún V, Varela J. Infra y sobreutilización. ¿Inventando problemas? Gestión Clínica y Sanitaria. 2017.

5. Wennberg JE, Freeman JL, Culp WJ. Are hospital services rationed in New Haven or over-utilised in Boston? *Lancet*. 1987; 1: 1185-1189.
6. Peiró S, García-Petit J, Bernal E, Ridaio M, Librero J. El gasto hospitalario poblacional: variaciones geográficas y factores determinantes. *Presupuesto y Gasto Público*. 2007; 49: 193-209.
7. Chandra A, Skinner J. Technology growth and expenditure growth in health care. *J Econ Perspect*. 2012; 50(3): 645-680.
8. Charron N, Dijkstra L, Lapuente V. Mapping the regional divide in Europe: a measure for assessing quality of government in 206 european regions. *Soc Indic Res*. 2015; 122: 315-346.
9. Holmberg S, Rothstein B, director. *Good government: the relevance of political science*. Cheltenham, Reino Unido: Edgar Elgar; 2012.
10. González López-Valcárcel B, Ortún V. Pals don't evaluate pals... or do they? *Rev Esp Salud Pública*. 2015; 89: 119-123.
11. Fernández-Villaverde J, Garicano L, Santos T. Political credit cycles. The case of the eurozone. *J Econ Perspect*. 2013; 27(3): 145-166.
12. García-Santana M, Moral-Benito E, Pijoan-Mas J, Ramos R. *Growing like Spain: 1995-2007*. Madrid: Banco de España. Working Paper Núm. 1609.

**Algunas experiencias
concretas**

Priorización de intervenciones sanitarias: de la teoría a la práctica

Mireia Espallargues

Responsable del Área de Evaluación de Tecnologías y Calidad, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Departament de Salut

En este artículo se exponen dos líneas distintas de desarrollo teórico (y sus respectivas aplicaciones prácticas) relativas a la priorización de intervenciones sanitarias lideradas o en las que ha participado la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Una, a nivel macro, está dirigida a la priorización de intervenciones sanitarias para la evaluación de tecnologías y su propósito es desarrollar una metodología explícita para la selección de prioridades sanitarias que apoye la toma de decisiones sobre las tecnologías a evaluar en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de cara a su incorporación en la cartera básica.

La otra, a nivel meso y micro, está enfocada al desarrollo de sistemas de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía electiva. Inicialmente se desarrollaron sistemas de priorización de lista de espera para cirugía de cataratas y artroplastias de cadera y rodilla, y posteriormente un sistema universal para cirugía electiva que aplicó toda la experiencia previa (proponiendo un marco común para cualquier procedimiento, marco a partir del cual se desarrollaron sistemas específicos para aquellas intervenciones más frecuentes). Este caso se acompaña de los resultados de su aplicación práctica y de diversas consideraciones acerca de cómo se ha trasladado a la gestión de la lista de espera en el sistema sanitario público de Cataluña.

1. Priorización de intervenciones sanitarias para la evaluación de tecnologías

En el marco de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) la identi-

cación de necesidades de evaluación se lleva a cabo tanto en un marco estatal^a como autonómico. Estas entidades se encargan de identificar las necesidades de sus respectivos ámbitos sanitarios. Dado que anualmente los temas que deben abordarse exceden la capacidad de trabajo de la RedETS, surge la necesidad de priorizar las prestaciones que podrían ser más relevantes evaluar para la toma de decisiones en distintos niveles. La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF), dependiente del Consejo Interterritorial de Salud, es quien tiene la competencia de priorizar las tecnologías a evaluar (excepto los medicamentos, que son priorizados y evaluados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS). Desde la creación de RedETS la priorización se ha realizado atendiendo a los criterios básicos recogidos en la normativa, si bien no existía un procedimiento explícito para determinar el valor relativo de las distintas opciones.

Para llevar a cabo esta priorización de tecnologías a evaluar recientemente RedETS ha trabajado en un desarrollo metodológico —liderado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) de Galicia (avalia-t) y en donde han participado el resto de agencias de ETS— con el propósito de implementar una metodología explícita para la selección de prioridades sanitarias que apoye la toma de decisiones sobre las tecnologías que deben ser evaluadas en el SNS y su consiguiente incorporación en la cartera básica.

Revisión de la literatura sobre priorización de intervenciones sanitarias

Avialia-t realizó en primer lugar una revisión bibliográfica exhaustiva con el objetivo de identificar y analizar los criterios, procesos y marcos conceptuales empleados para la priorización de intervenciones sanitarias en el ámbito nacional e internacional. El trabajo incluyó ocho estudios que abordan la iden-

a. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios u otros órganos de dirección del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incluyendo las necesidades de las Estrategias de Salud del SNS; y Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) del Consejo Interterritorial de Salud.

tificación, selección y clasificación de los criterios empleados en el ámbito internacional para el establecimiento de prioridades sanitarias. Al respecto, se analizaron críticamente todos aquellos aspectos que podían ser relevantes, destacándose que cualquier priorización de intervenciones sanitarias es un proceso complejo en el que se considera clave, en general, el desarrollo de una priorización sistemática integral basada en criterios estratégicos.^{1,2}

Sin embargo, dado que las realidades y necesidades sanitarias pueden ser muy diferentes, no existen unos criterios universales ni unos procedimientos que sigan un mismo modelo para la asignación de prioridades. Sí que se reconocieron elementos comunes relativos a determinados aspectos fundamentales, ya fuesen criterios, marcos conceptuales y estrategias o actores clave, entre otros. Globalmente se identificaron ocho dominios críticos (pueden encontrar más detalles relativos a los criterios que incluyen y su concepto en las publicaciones citadas):

- necesidad de la intervención;
- resultados en salud;
- tipo de beneficio de la intervención;
- consecuencias económicas;
- conocimiento existente sobre la intervención/calidad e incertidumbre de la evidencia;
- implementación y complejidad de la intervención/factibilidad;
- prioridad, justicia y ética;
- contexto global.

Cuando el análisis se restringió al ámbito de la priorización de tecnologías a evaluar se incluyó información sobre todas las agencias de evaluación (nacionales e internacionales) que tenían en marcha procesos de priorización destinados a informar políticas de financiación/reembolso, detallando los criterios, dominios y abordajes utilizados, y evaluando la posible aplicabilidad y extrapolación de tales métodos al SNS.

Así, se recabó información de los procedimientos para la selección de prioridades llevados a cabo por nueve agencias de evaluación; al respecto, la mayoría de ellas consideran que este proceso es clave y, a tal fin, contemplan propuestas de distintos colectivos y tienen en marcha diferentes mecanismos activos

para identificar tecnologías relevantes. No obstante, el proceso operativo difiere sustancialmente, así como los actores involucrados, sin documentarse en algunos casos el método explícito de priorización (métodos cualitativos y cuantitativos para la selección de prioridades). En las ocho publicaciones que hacen referencia a criterios explícitos, se mencionan 41 términos diferentes, con una gran variabilidad en la terminología utilizada para definirlos y muy poca información acerca de cómo se han seleccionado.

Las tecnologías se priorizan en todos los casos en función de sus potenciales beneficios clínicos, si bien la mayoría de las agencias consideran también otros criterios relacionados con la necesidad de la intervención, la calidad de la evidencia y el impacto económico o los costes directos de la tecnología. En cambio, los criterios éticos y de justicia se valoran en algo menos de la mitad de las agencias, siendo una minoría las que consideran factores relacionados con la complejidad de la implementación o el contexto político-sanitario.

A pesar de que la revisión bibliográfica pone de relieve la necesidad expresa de disponer de procedimientos explícitos y transparentes para ello, así como de una cierta concordancia con respecto a los dominios críticos, la disponibilidad de información sobre los procesos empleados por las agencias o unidades de evaluación es escasa, más allá de conocer que se aplican métodos cualitativos en combinación o no con herramientas cuantitativas multicriterio. Además, se considera que las diferencias en cuanto a los métodos y los criterios surgen, en parte, por los distintos marcos normativos y misiones de las agencias u organismos de evaluación.

Desarrollo (adaptación) de la herramienta PriTec

Esta revisión previa (criterios y procesos de priorización) ha sido la base para el desarrollo posterior (adaptación) de la herramienta PriTec, destinada a la priorización de tecnologías a evaluar en el SNS y la elaboración de un proceso operativo estandarizado: etapas, actores y requisitos de información. PriTec constituye un enfoque sistemático para resumir datos relevantes y estructurar el proceso de toma de decisiones. Su valor añadido respecto a otros métodos reside en su sencillez y en el hecho de que incorpora múltiples criterios que

han sido seleccionados por agentes clave de la Administración y ponderados de acuerdo con los valores y preferencias de distintos colectivos (decisores, clínicos, pacientes/usuarios).

Esta herramienta se desarrolló inicialmente con el fin de priorizar aquellas tecnologías susceptibles de observación posintroducción y aquellas otras potencialmente obsoletas que pudieran ser retiradas de la cartera de servicios^{3,4} y, posteriormente, ha sido adaptada para facilitar a la CPAF la selección y priorización objetiva y sistemática de las tecnologías sanitarias a evaluar en el marco del plan de trabajo de RedETS.

PriTec es una aplicación web^b de ejecución automática que permite priorizar las tecnologías en función de diversos dominios y criterios que han sido categorizados y ponderados atendiendo a los objetivos de la priorización y a los principios y valores de diferentes agentes del sistema sanitario (gestores, clínicos y usuarios del sistema).

La adaptación ha sido realizada en colaboración con las distintas agencias/ unidades de RedETS, la Dirección General de Cartera Básica y un grupo representativo de la CPAF del Consejo Interterritorial del SNS. Los criterios y dominios de priorización se fundamentaron en la normativa y en otras experiencias de priorización identificadas a través de la revisión sistemática anterior (ver tabla 1). El grupo que llevó a cabo la ponderación estaba integrado por diferentes miembros con amplios conocimientos, experiencia y trayectorias laborales en áreas muy diversas del sector sanitario público: gestores (directores de hospital y de servicios centrales de consejerías de sanidad: asistencia sanitaria, aseguramiento, salud pública, etc.), clínicos (atención primaria y especializada, representantes de sociedades científicas) y beneficiarios del sistema (asociaciones de pacientes, organizaciones de consumidores y usuarios, grupos de consulta y otros tipos de «clientes»).

Como parte de este proyecto se ha diseñado una plantilla de priorización que proporciona una explicación detallada respecto a la información mínima necesaria para puntuar estos criterios, así como instrucciones clave sobre la asignación de puntuaciones. La metodología indica que la priorización debe ser

realizada a partir de esta plantilla y la información facilitada en los formularios de solicitud, garantizando de esta manera la sistematización del proceso.

Tabla 1. Herramienta PriTec para la priorización de tecnologías a evaluar por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS)

Dominios	Criterios	Peso ponderado
Enfermedad o condición clínica	<ol style="list-style-type: none"> Gravedad de la patología o condición clínica. Frecuencia de la patología o condición clínica. Necesidades no satisfechas. Situación de vulnerabilidad. 	33
Resultados comparados	<ol style="list-style-type: none"> Seguridad/tolerabilidad. Efectividad. Riesgo para el personal sanitario o el medio ambiente. 	25,5
Impacto económico	<ol style="list-style-type: none"> Costes sanitarios derivados del consumo de recursos materiales. Costes sanitarios adicionales derivados de la atención sanitaria. Costes no sanitarios. 	20,5
Repercusiones de la implantación	<ol style="list-style-type: none"> Impacto organizativo/estructural. Impacto presupuestario. Implicaciones éticas, sociales, culturales o legales. 	10,5
Aspectos relativos a la difusión	<ol style="list-style-type: none"> Beneficios para la atención sanitaria/eficiencia. Mejora de la práctica profesional. Interés/demanda social, política o profesional. Grado de adopción. 	10,5

b. www.pritectools.es

La herramienta PriTec se utilizó como elemento de priorización en la elaboración del plan de trabajo de 2017 de RedETS. De esta primera experiencia cabe comentar que ocho de los trece servicios de salud de las comunidades autónomas que realizaron la priorización cumplieron todos los criterios (61,5%) y que de estos los menos puntuados fueron los relativos a costes e impacto presupuestario. Asimismo, el análisis de concordancia reveló poca variabilidad en las puntuaciones globales, mostrando que la concordancia fue buena o muy buena en los criterios de enfermedad/condición clínica y en los aspectos relativos a la implementación; moderada en seguridad/efectividad y en aspectos referentes a la implementación; y moderada/mala en los criterios de costes/impacto económico. Aunque está pendiente de validar en otros escenarios, se estima que PriTec podría ser de gran utilidad en otros ámbitos y servir para distintas aplicaciones.

2. Sistemas de priorización de la lista de espera quirúrgica

Sistemas de priorización de la lista de espera en artroplastia de cadera y rodilla, y en cirugía de catarata

En todo sistema sanitario público la priorización es sin lugar a dudas una de las tareas más complejas. La priorización no solo se debe a la limitación de recursos (presupuestarios, humanos y tecnológicos), sino también a la necesidad de un adecuado uso de los mismos, una correcta racionalización de la oferta de servicios y una apropiada identificación de las necesidades.⁵ El acceso equitativo y el uso apropiado de los servicios es, pues, una preocupación primordial de todos los sistemas de salud financiados con fondos públicos.⁶

En el marco de las listas de espera, los principales argumentos a favor de la introducción de sistemas de puntuación de los pacientes según prioridad es la gestión de un sistema transparente con criterios de priorización explícitos y no arbitrarios⁷ y que, muy probablemente, ya están siendo empleados de

forma habitual e implícita pero sin que exista un consenso respecto a su efecto sobre la prioridad.⁸

La existencia de listas de espera para cirugía electiva y su gestión es uno de los problemas con los que se enfrentan de forma casi «crónica» algunos sistemas sanitarios, principalmente de financiación pública. En Cataluña, las listas de espera para cirugía de catarata y artroplastia de cadera y de rodilla son las que habitualmente han contado con más número de pacientes y más tiempo de demora. La tabla 2 muestra algunas características clínico-epidemiológicas y del proceso asistencial relativas a las condiciones clínicas y procedimientos que generan las indicaciones de catarata y de artroplastia, en muchos casos comunes a las otras patologías/intervenciones que también producen lista de espera para cirugía electiva.

Tabla 2. Características clínico-epidemiológicas y del proceso asistencial de cirugía de catarata y de artroplastia de cadera y de rodilla

- Condición clínica de prevalencia elevada.
- Condición clínica asociada al proceso de envejecimiento.*
- Discrepancia entre sintomatología clínica y pruebas diagnósticas y capacidad funcional.
- Tratamiento quirúrgico no urgente (cirugía electiva).
- Cirugía de carácter paliativo.
- Elevado número de pacientes en listas de espera y tiempo de espera importante.
- Presencia de variaciones en la práctica médica.
- Tratamiento coste-efectivo en comparación con otros procedimientos.
- Falta de relación entre el tiempo en lista de espera y el grado de afectación sintomática y funcional.
- Ausencia de instrumentos estandarizados, simples y validados, que capten el grado de afectación.
- Progresión y mejora derivada de la intervención de uso en la práctica clínica.
- Ampliación de los criterios de intervención en los últimos años.

* La intervención de prótesis de cadera también es frecuente en el grupo de jóvenes (mayor estrés mecánico).

Un factor común en las listas de espera es la inclusión de pacientes con diferente grado de afectación sintomática y funcional, listas en las que además generalmente existe una falta de relación entre este hecho y el tiempo de espera. Una mejor priorización de los pacientes, operando en primer lugar a aquellos que mayor necesidad/beneficio podrían obtener, favorecería la eficiencia de la intervención y la equidad (vertical, en contraposición a la horizontal). Es por este motivo que se planteó la necesidad de disponer de instrumentos de priorización explícitos que tengan en cuenta la necesidad del paciente en términos de gravedad de la enfermedad, el beneficio esperado u otros condicionantes sociales.

Además, en un sistema sanitario financiado con fondos públicos, creímos relevante contar con la perspectiva y los valores de todos los agentes implicados a la hora de definir criterios de priorización. Desde AQuAS (por aquel entonces AATRM), y a petición del CatSalut, se impulsó a principios de la década de 2000 la elaboración de un sistema de priorización para catarata y artroplastia de cadera y de rodilla que tuviese en cuenta las preferencias de los ciudadanos, así como las de otros colectivos de interés.

El estudio constó de dos etapas. En la primera se aplicaron técnicas de investigación cualitativa (técnica del grupo focal combinada con la de grupo nominal), dirigidas a identificar cuáles eran los criterios más relevantes por parte de los profesionales clínicos, los pacientes, los familiares y la población general a la hora de decidir qué pacientes en lista de espera quirúrgica deberían pasar por delante de otros. En la segunda etapa se utilizaron técnicas cuantitativas (análisis de conjunto) con objeto de obtener puntuaciones para cada uno de los niveles dentro de cada criterio previamente identificado como más relevante (por ejemplo, agudeza visual leve, moderada y severa).

Las puntuaciones de los sistemas de priorización desarrollados se normalizaron en una escala de 0 a 100 de modo que el paciente en peor situación (máxima prioridad) tuviese 100 puntos y aquel con menos prioridad 0 puntos (tabla 3). Se observa, como era esperable, que conforme aumenta el nivel del criterio (por ejemplo a mayor gravedad de la enfermedad), también se incrementa el valor de la puntuación asociada. Este fenómeno también se da en los otros criterios, de forma que cuanto «peor» sea el nivel del criterio que presente un

Tabla 3. Criterios, niveles y puntuaciones obtenidos para la priorización de la lista de espera en artroplastia de cadera y rodilla, y cirugía de catarata

Artroplastia de cadera y rodilla		Cirugía de catarata	
Criterios y niveles	Puntuación	Criterios y niveles	Puntuación
Gravedad de la enfermedad (exploración y pruebas complementarias)		Gravedad de la enfermedad (incapacidad visual)	
Patología moderada	0	Incapacidad visual leve	0
Patología muy avanzada	18	Incapacidad visual moderada	20
		Incapacidad visual grave	35
		Incapacidad visual muy grave	45
Dolor			
Leve	0		
Moderado	17		
Grave	33		
Probabilidad de recuperación		Probabilidad de recuperación	
Moderada	0	Moderada	0
Alta	4	Alta	6
		Muy alta	7
Limitación de las actividades cotidianas		Limitación de las actividades cotidianas	
Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	0	Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	0
Tiene bastantes problemas	10	Tiene bastantes problemas	11
Es incapaz de realizar la mayor parte	20	Es incapaz de realizar la mayor parte	15
Limitación para trabajar		Limitación para trabajar	
No trabaja o no está limitado	0	No trabaja o no está limitado	0
Está limitado para trabajar	10	Está limitado para trabajar	14
Tener alguna persona que le cuide		Tener alguna persona que le cuide	
Tiene alguna persona que le cuide	0	Tiene alguna persona que le cuide	0
No tiene ninguna persona que le cuide	9	No tiene ninguna persona que le cuide	11
Tener alguna persona a su cargo		Tener alguna persona a su cargo	
No tiene personas a su cargo	0	No tiene personas a su cargo	0
Tiene personas a su cargo	6	Tiene personas a su cargo	8

determinado enfermo, más preferencia manifiesta la sociedad para que este se opere antes que otro en mejor situación. Además, todas las puntuaciones (coeficientes) fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en el modelo, hecho que refuerza la idoneidad de su inclusión en el sistema de priorización. Los criterios que obtuvieron puntuaciones más elevadas fueron la gravedad de la enfermedad, el dolor (en el caso de la artroplastia) y la limitación en las actividades cotidianas.

En términos de importancia relativa, los criterios más relevantes fueron los clínicos (a excepción de la probabilidad de recuperación), seguidos de los funcionales (capacidad funcional) y finalmente de aquellos de carácter social. Los gráficos 1 y 2 muestran la importancia relativa de los criterios asignada por los participantes. La suma de los valores obtenidos para cada uno de los niveles de los criterios en función de la situación de cada enfermo permite asignar una puntuación global para cada paciente en lista de espera y, de esta forma, establecer el orden de prioridad o intervención (de mayor a menor) de acuerdo con las preferencias de prioridad quirúrgica manifestadas.

Posteriormente, también se llevó a cabo una prueba piloto del sistema de priorización para testar su validez, factibilidad (aplicabilidad y aceptación)

Gráfico 1. Importancia relativa de los criterios de priorización para artroplastia de cadera y rodilla

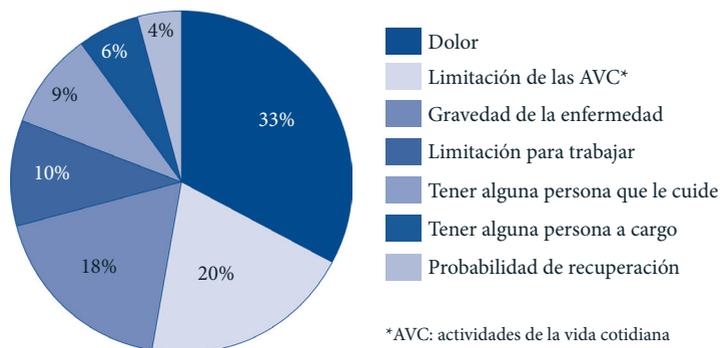


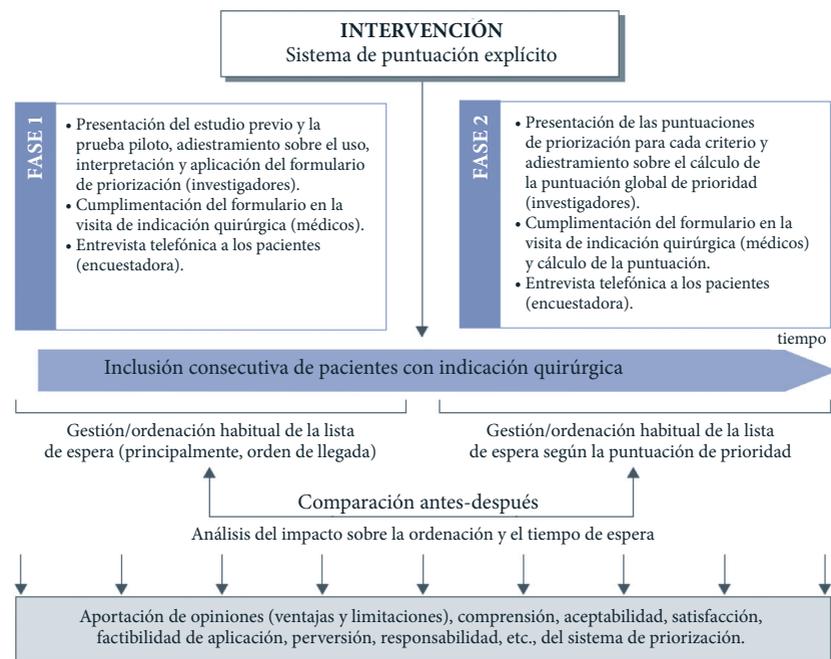
Gráfico 2. Importancia relativa de los criterios de priorización para cirugía de catarata



y utilidad (efectividad), un ensayo concebido además como un estudio evaluativo antes-después (gráfico 3). Tal prueba piloto indicó que el sistema de priorización para cirugía de catarata y artroplastia de cadera y de rodilla era un instrumento válido, útil a la hora de discriminar la prioridad entre los pacientes que entran en lista de espera y susceptible de impactar positivamente en la gestión de la lista de espera después de superar las dificultades de carácter organizativo en su introducción y difusión.⁹

Hay que mencionar que este instrumento pretendía que las listas de espera (las cuales por el momento es difícil que desaparezcan por completo) fueran más homogéneas y equitativas en el ámbito poblacional y, especialmente, que se pudieran incluir otros criterios de priorización, que también existen, que no son ni clínicos ni sociales. En conclusión, este estudio constituyó una aportación innovadora en nuestro contexto, teniendo en cuenta que fue la primera vez que se reconoció la necesidad de establecer prioridades en las listas de espera de forma explícita que tuvieran en cuenta tanto criterios clínicos (la necesidad del paciente y el beneficio esperado de la intervención) como sociales, y no exclusivamente el tiempo de espera.

Gráfico 3. Representación esquemática de la prueba piloto de los sistemas de priorización de la lista de espera en artroplastia de cadera y rodilla, y cirugía de catarata



Sistema universal de priorización de la lista de espera en cirugía electiva

De igual forma que en Cataluña, la elaboración de sistemas de priorización ha sido la estrategia seguida por algunos países o regiones con diferentes sistemas sanitarios (Nueva Zelanda, Canadá o el Reino Unido entre otros) con objeto de gestionar las listas de espera de acuerdo con las necesidades de los pacientes y el beneficio esperado de la cirugía.¹⁰ El desarrollo de instrumentos de priorización es un proceso largo, costoso y, en general, enfocado hacia

enfermedades concretas en donde las listas de espera han representado un problema importante. Aunque la evidencia no es conclusiva, se puede esperar que el establecimiento de unos criterios comunes a todo tipo de procedimientos quirúrgicos simplificará el proceso de implementación y permitirá disponer de una herramienta comparable para ser aplicada a los diversos procedimientos o patologías a priorizar.¹¹

Nuevamente a petición del CatSalut se planteó continuar el trabajo iniciado sobre el abordaje de la lista de espera de cirugía electiva mediante priorización para cambiar su modelo de gestión: se quería pasar de un sistema de priorización de procedimientos (priorizando aquellos que tienen tiempo de garantía por delante de los que no tienen) a un sistema de priorización de pacientes de carácter universal donde la necesidad y el beneficio esperado de la intervención determinaran el orden de la provisión del servicio mediante criterios y «pesos» comunes aplicables a todos los procedimientos con lista de espera.^{12,13}

El objetivo general fue desarrollar un sistema de priorización de pacientes en lista de espera de cirugía electiva (no se incluían procedimientos urgentes y semiurgentes, oncología ni trasplantes) que por un lado fuese universal, es decir, homogéneo para todos los pacientes y para todo el territorio, y genérico, en el sentido de que los criterios y sus pesos fuesen los mismos para todos los procedimientos y patologías que entraban en lista de espera. En este sentido, se planteó desarrollar también las especificidades necesarias en los criterios de carácter clínico y funcional con el fin de ser aplicados a los procedimientos más frecuentes en lista de espera para cirugía electiva. Y, por otra parte, que fuese un sistema lineal de puntos de carácter mixto como los sistemas previos (esto es, que considerase tanto aspectos o criterios clínicos como funcionales y sociales).

La metodología empleada en este proyecto fue múltiple. En primer lugar, se hizo una revisión exhaustiva de la literatura biomédica para identificar sistemas de priorización y criterios previamente desarrollados y se consideró toda la experiencia previa de AQuAS en sistemas de priorización. En segundo lugar, los criterios identificados en la revisión se presentaron a un grupo de expertos de diferentes ámbitos en los que se aplicó una técnica cualitativa de grupo de discusión y consenso para identificar y definir dimensiones y criterios con objeto de formar parte del sistema universal de priorización. En

tercer lugar, se decidieron los pesos de los criterios seleccionados (ponderación o importancia relativa en el conjunto del sistema de priorización) gracias a una votación realizada mediante dos rondas.

En cuarto lugar, para el desarrollo de especificidades en los criterios clínicos y funcionales se organizaron grupos presenciales de discusión y consenso no formal, por especialidad, con clínicos expertos en las diferentes especialidades quirúrgicas, así como representantes de distintas sociedades científicas y el equipo investigador de AQuAS. De esta manera se obtuvieron las definiciones operativas y las posibles escalas de medida de los criterios, las categorías dentro de cada criterio y las puntuaciones (puntos) a asignar a cada una de estas categorías. Como en los sistemas de priorización previos, se decidió basar la herramienta desarrollada en un sistema de puntuación lineal con una escala entre 0 a 100, donde 0 era la prioridad más baja y 100 la máxima.

El sistema de priorización universal y genérico de pacientes en lista de espera para cirugía electiva elaborado recogió tres tipos de dimensiones: afectación clínico-funcional (66% de peso relativo), beneficio esperado (12%) y rol social (22%). Específicamente, los criterios que se consensuaron con unos sesenta actores relacionados con el sistema sanitario (profesionales clínicos y sanitarios, pacientes, expertos en bioética, economistas, etc.) se muestran en la tabla 4 con sus definiciones operativas. El sistema presenta también especificidades para las patologías y procedimientos más frecuentes que fueron trabajadas con varias decenas de cirujanos de las sociedades científicas de las siguientes especialidades: angiología y cirugía vascular, ortopedia y traumatología, oftalmología, cirugía general y digestiva, otorrinolaringología, urología, ginecología y obstetricia (tabla 5).

Fortalezas y limitaciones de los sistemas de priorización de pacientes desarrollados

Las potencialidades de un sistema de priorización de estas características son diversas y hay que destacar las siguientes: 1) promover la priorización según la necesidad y beneficio esperado de forma transparente y consistente; 2) tener mayor información y potenciar la equidad territorial en la provisión

Tabla 4. Ponderación y definiciones finales de los criterios elegidos para formar parte del sistema universal de priorización

Dimensión	Peso dimensión (%)	Criterios y definiciones	Peso criterio (%)
Afectación clínico-funcional	66	Gravedad de la patología: Exploración clínica y pruebas complementarias o utilización de alguna escala de gravedad clínica existente. Importante utilizar escalas objetivas de gravedad clínica.	23
		Síntoma principal/dolor: Se refiere al grado del síntoma principal (se puede definir con el tipo, intensidad y/o frecuencia del síntoma). En caso de que la patología produzca dolor, este se considerará como síntoma principal. Síntoma principal que afecta las actividades de la vida diaria y la calidad de vida relacionada con la salud.	14
		Progresión de la enfermedad: Relacionado con los riesgos asociados a la demora en la realización de la intervención: - riesgo de muerte, - riesgo de complicaciones graves, desarrollo de comorbilidad y/o empeoramiento de la gravedad de la enfermedad, - reducción de la efectividad y/o de la prognosis después de la intervención, - complicaciones pasadas, - riesgo de afectación de otros órganos adyacentes o extensión de la patología. La progresión afecta la supervivencia o puede modificar el tipo de cirugía.	15
		Limitación de las actividades de la vida diaria a causa de la patología: Limitación, a causa de la patología, para realizar aquellas actividades de la vida cotidiana o de ocio que se han llevado a cabo antes de la afectación por esta patología (se pueden definir las actividades más habitualmente afectadas en función de cada enfermedad); actividades que corresponderían, en general, a una persona de edad y género similares sin la patología en cuestión.	14

continúa en página siguiente

Dimensión	Peso dimensión (%)	Criterios y definiciones	Peso criterio (%)
		Es posible que un enfermo tenga una patología muy avanzada y, sin embargo, no tenga muchos problemas para realizar las actividades que hacía anteriormente. No se debe confundir con la gravedad de la patología, aunque debe haber una correlación o asociación. Ya se parte en general de un grado de afectación.	14
Beneficio esperado	12	Probabilidad y grado de recuperación: Probabilidad y grado (magnitud) de mejora de parámetros como la funcionalidad, el dolor, la claudicación, etc. (definirlos en función de la enfermedad) que comporten, finalmente, una mejora global de la calidad de vida relacionada con la salud. Se puede definir también identificando aquellas situaciones (comorbilidades específicas) que hagan que la probabilidad de éxito sea menor. Definir el nivel de probabilidad de recuperación que se considere idóneo.	12
Rol social	22	Tener alguna persona que cuide al enfermo en caso de necesidad: En caso de necesidad, disponibilidad o no de tener alguna persona que ayude o cuide al enfermo en las actividades diarias. En caso de no necesitar a nadie que lo cuide, se desestima este criterio. Así como también en caso de que la patología no cause necesidad de ser cuidado.	5
		Limitación para cuidar a las personas a cargo del enfermo, en caso de tenerla: Limitaciones para ejercer la responsabilidad (si procede) de tener personas a cargo que dependan del enfermo (por ejemplo hijos, padres, etc.). En caso de no tener personas a cargo se desestima este criterio. Así como también en caso de que la patología no afecte este rol social de cuidador.	8
		Limitación para trabajar a causa de la patología: Limitación para trabajar a causa de la patología (también se incluyen las actividades de los estudiantes, de las amas de casa y los parados).	9

Tabla 5. Patologías/procedimientos por especialidad quirúrgica en los que se han desarrollado sistemas de priorización específicos

Especialidad	Patologías/procedimientos con sistemas de priorización específicos
Angiología y cirugía vascular	<ul style="list-style-type: none"> ■ Varices. ■ Enfermedad arterial periférica (excluidos pie diabético e isquemia crítica).
Ortopedia y traumatología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patología degenerativa de la cadera y rodilla. ■ Patología ligamentosa de la rodilla. ■ Patología del pie y tobillo. ■ Patología del raquis.
Oftalmología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Catarata. ■ Patología del aparato lagrimal (dacriocistitis). ■ Patología del pterigion. ■ Patología del párpado y conjuntiva (excluida la ptosis). ■ Ptosis.
Cirugía general y digestiva	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reparaciones de hernias. ■ Fisura anal. ■ Fístula perianal y quiste pilonidal. ■ Hemorroides. ■ Colelitiasis sintomática.
Otorrinolaringología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colesteatoma. ■ Problemas de la cadena osicular o cirugía funcional de la cadena osicular. ■ Miringoplastia. ■ Otitis mediana serosa. ■ Vértigo invalidante. ■ Sordera profunda poslocutiva. ■ Patología de la cabeza y cuello. ■ Patología de la laringe y faringe. ■ Patología de la nariz.

continúa en página siguiente

Especialidad	Patologías/procedimientos con sistemas de priorización específicos
Urología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adenoma de próstata. ■ Fimosis. ■ Vasectomía. ■ Patología benigna del escrotal. ■ Patología benigna del pene. ■ Estenosis de uretra. ■ Litiasis.
Ginecología y obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Metrorragia. ■ Mioma sintomático y/o con interferencia reproductiva. ■ Prolapso genital sintomático. ■ Patología mamaria benigna. ■ Atención contraceptiva quirúrgica. ■ Enfermedad inflamatoria pelviana crónica u otro dolor pelviano con indicación quirúrgica. ■ Tumoración anexal benigna. ■ Incontinencia urinaria en la mujer. ■ Patología vulvovaginal y patología cervical (preneoplásica excluida). ■ Patología endometrial benigna asintomática. ■ Endometriosis profunda.

de este servicio; 3) disminuir, en parte, la angustia del paciente en espera; 4) poder ser un apoyo que proporcione legitimidad al médico; y 5) aumentar la credibilidad y confianza del ciudadano en el sistema sanitario.

Estas medidas permiten evaluar y comparar la prioridad de los pacientes sobre la base de la necesidad y los beneficios esperados.⁶ También ofrecen al gestor la ventaja de conocer en todo momento cuáles son las características de la población en lista de espera, lo que podría facilitar la toma de decisiones y la implementación de nuevas medidas de gestión. Asimismo, se ha propuesto como un instrumento bastante útil para el manejo de las posibles reclamaciones por demora que, de forma indirecta, podría ayudar a disminuir la variabilidad en la indicación de la cirugía (a través de establecer un punto de corte en la puntuación de prioridad por debajo del cual se podría considerar

que la indicación es dudosa —de baja prioridad—, siendo necesaria una reevaluación posterior). Por otra parte, serviría también para que los pacientes acepten que serán intervenidos en el momento más adecuado en función de sus necesidades, ayudando a atenuar o eliminar aquella priorización no justificada (saltarse la lista de espera).⁸

El hecho de que los criterios de priorización sean explícitos y se hayan obtenido a partir de todos los agentes del sistema sanitario debería garantizar la consistencia (unificación de criterios entre los profesionales) y transparencia en la provisión de estos servicios, a la vez que podría mejorar la equidad territorial de acceso y la confianza de los ciudadanos en el sistema. También debería permitir conocer el nivel de prioridad del paciente en relación con el resto de pacientes en listas de espera, así como mejorar la gestión y la organización de estas con respecto a las condiciones clínicas mencionadas mediante la priorización de su demanda. Por último, los resultados de estos trabajos también podrían ser de gran ayuda en el desarrollo de nuevos sistemas de reserva o asignación de tiempo de espera, o permitir la comparación del tiempo de espera entre diferentes proveedores.^{12,13}

Sin embargo, la evidencia disponible nos dice que para el abordaje de las listas de espera es necesario adoptar medidas en diferentes niveles (sobre la oferta y la demanda, de reducción del volumen y del tiempo de espera, pero también de gestión y racionalización de las listas), en diferentes plazos (corto, medio y largo) y sustentadas en necesidades evaluadas que pueden ser diferentes en las diversas patologías.¹⁴ En este sentido, el desarrollo de criterios de indicación de los procedimientos de interés mediante guías de práctica clínica o instrumentos de adecuación de la indicación es una de las medidas más resaltadas por los clínicos participantes en los estudios.

Por otro lado, la factibilidad de su implementación y su aceptabilidad tanto entre hospitales como entre profesionales puede suponer limitaciones importantes. Así, aunque se han identificado diferencias en las opiniones de los participantes en cuanto a la factibilidad de instauración en los centros y la aceptación por parte de los clínicos, en cualquier caso todos están de acuerdo en que debería ser un instrumento fácil, sencillo y rápido de aplicar; en este sentido, no hay duda de que las tecnologías de la información y la comuni-

cación pueden ser el mejor elemento facilitador. Otro aspecto relevante para asegurar su implementación es la existencia de una buena organización de los servicios asistenciales (con soporte de los sistemas de información y gestión clínica de los centros), así como involucrar a todos los profesionales sanitarios y los gestores a la hora de implementarlo. Como limitaciones del mismo destacan la posibilidad de perversiones en su aplicación (por eso también se recomienda la realización de «audits») y que los enfermos menos prioritarios siempre queden en la cola. En esta línea se proponen soluciones técnicas que pueden ir desde el establecimiento de tiempos de espera máximos en función de determinadas puntuaciones de prioridad hasta el incremento de puntuaciones al cabo de cierto tiempo. Con estas medidas hay que garantizar que si un paciente, una vez actualizada su puntuación, sigue en la cola ello sea porque realmente lo necesita poco. Por último, cabe destacar que el desarrollo e implementación de sistemas de priorización requiere de un consenso profesional previo y amplio, pero también político.^{8,12,13}

Gestión de la lista de espera quirúrgica en Cataluña

En el sistema sanitario público de Cataluña, el CatSalut (Servicio Catalán de la Salud) ha ido implementando (parcialmente y de forma discontinua) los sistemas de priorización presentados. En cuanto a los sistemas de priorización iniciales (en artroplastias y cirugía de catarata), diversas instrucciones «obligaban» a los centros proveedores a su aplicación, los cuales, consiguientemente, debían enviar las puntuaciones asignadas a los pacientes al registro de seguimiento y gestión de pacientes en listas de espera quirúrgicas. En la práctica, solo se obligó a informar de las puntuaciones al registro y no se promovió su uso para ordenar efectivamente la lista de espera. A excepción de las artroplastias de rodilla y cadera, donde se hizo un mayor hincapié por parte de la aseguradora pública dado que era la cirugía con una mayor problemática en sus listas de espera. Así lo demostró un estudio posterior de AQuAS donde se planteó evaluar el impacto de la aplicación de los sistemas de priorización iniciales antes de proceder con el desarrollo de nuevos sistemas.^{15,16}

El estudio concluye que si bien los tiempos de espera se habían reducido en los tres procedimientos (fruto de las acciones que el CatSalut y el Departamento de Salud pusieron en práctica), no había sido posible identificar el impacto del sistema de priorización de una forma global (en términos de ordenación de los pacientes), aunque sí en algunos centros concretos para el caso de las artroplastias, especialmente de rodilla. Tal y como apuntaba la prueba piloto efectuada en 2004, las limitaciones relacionadas con la puesta en marcha del sistema de priorización y con el instrumento *per se*, manifestadas tanto entre hospitales como entre profesionales, persistían: es decir, una elevada presión asistencial, no ser aplicables en determinados enfermos y el desacuerdo o dificultad de valoración. A pesar de ello, el CatSalut apostó por proseguir con distintas vías de desarrollo en relación con la priorización: por un lado, la priorización entre procedimientos de cirugía electiva con lista de espera (para así poder «priorizar» el desarrollo de nuevos sistemas de priorización de pacientes específicos para esas intervenciones,⁵ por ejemplo para cirugía del raquis);¹⁷ y, por el otro, el desarrollo de un sistema genérico (aplicable a todos los procedimientos con lista de espera) y más simple (que pudiera gradar a los pacientes en tres o cuatro categorías de priorización y asignar tiempos de referencia máximos) que se ha explicado anteriormente como el sistema universal de priorización.^{12,13} En la práctica, no obstante, solo se han trasladado algunos aspectos concretos de todos estos desarrollos para la gestión de las listas de espera.

A lo largo de la última década el CatSalut ha ido mejorando el sistema de información sobre listas de espera en cirugía electiva; sin embargo, a pesar de los trabajos en priorización desarrollados, no se han visto avances sustanciales en cuanto a tener un mejor conocimiento de su composición ni tampoco en la priorización de pacientes en las mismas, aun habiendo establecido por normativa plazos de referencia basados en distintos niveles de prioridad. La Orden SLT/102/2015, de 21 de abril, estableció plazos máximos de referencia para el acceso a los procedimientos quirúrgicos sin garantía, las pruebas diagnósticas y las consultas de atención especializada. Estos plazos de referencia se aplican teóricamente en función de la priorización establecida según la situación clínica y social, como son la gravedad de la enfermedad y sus repercusiones en la vida de los pacientes, los riesgos asociados a la demora y la

efectividad clínica.^c Esta es la traslación a la práctica que hizo el CatSalut del sistema universal de priorización de la lista de espera, quedando en realidad desdibujado su objetivo: ser un sistema explícito basado en puntuaciones (sistema lineal de puntos) a las que se podían asignar tiempos máximos de espera, tal y como apuntaba el informe realizado, que lo consideraba uno de los mecanismos para alinear las prioridades entre los distintos sistemas específicos para las intervenciones más frecuentes.^{12,13}

Esa Orden de 2015 fue el primer paso para una nueva estrategia que el Departament de Salut y el CatSalut pusieron en marcha en 2016: el Plan Integral sobre las listas de espera, el cual no solo afectaba a las intervenciones quirúrgicas sino también a las consultas externas y las pruebas diagnósticas. De nuevo, las acciones más tangibles llevadas a cabo se centraron básicamente en aspectos no precisamente tendentes a la priorización explícita de pacientes, sino a ampliar los procedimientos con tiempos de garantía (de catorce a veintisiete, seleccionados según criterios de relevancia clínica) y a fijar plazos máximos de referencia para todo el resto de intervenciones (máximo 365 días).

Cabe destacar, no obstante, que este plan establece de entrada su sustento en los principios de equidad y transparencia, reconociendo que los ciudadanos en lista de espera en igual situación clínica y social deben tender a esperar el mismo tiempo de demora, e, independientemente de donde vivan, propender

c. *Intervención quirúrgica de prioridad preferente*: la intervención quirúrgica programada que el profesional responsable de la indicación considera que se debe realizar en un plazo inferior a 90 días naturales por las repercusiones que la espera puede tener sobre el estado de salud del paciente, el grado de resolución de la enfermedad o las complicaciones.

Intervención quirúrgica de prioridad media: la intervención quirúrgica programada que el profesional responsable de la indicación considera que se debe realizar en un plazo inferior a 180 días naturales por las repercusiones que la espera puede tener sobre el estado de salud del paciente, el grado de resolución de la enfermedad, las complicaciones, la calidad de vida del paciente o las circunstancias sociales.

Intervención quirúrgica de prioridad baja: la intervención quirúrgica programada que el profesional responsable de la indicación considera que se debe realizar en un plazo inferior a 365 días naturales por las mínimas o nulas repercusiones que la espera puede tener sobre el estado de salud del paciente, el grado de resolución de la enfermedad, las complicaciones, la calidad de vida del paciente o las circunstancias sociales.

a un mismo acceso a las prestaciones en lista de espera. El compromiso que en ese momento se refuerza por parte del sistema público es garantizar una priorización basada en criterios clínicos y sociales a partir de la aplicación del sistema universal de priorización de la lista de espera de AQUAS,^{12,13} en la línea de lo que ya se había iniciado en 2015 pero sin desarrollo normativo. Además se definen los siguientes ejes de acción en paralelo:^d

1. Información más accesible: publicación de las listas en formato de datos abiertos (fase I) e información en «La Meva Salut»^e (fase II).
2. Apoderamiento de la atención primaria (dotarla de capacidad de programación directa de primeras visitas de consultas externas).
3. Proactividad del sistema de salud (comunicación y ofrecimiento de alternativas de intervención al usuario antes de la finalización del tiempo de referencia).
4. Incremento de la actividad a base de un mayor presupuesto que, sin embargo, tardará un tiempo en poder materializarse.

Finalmente, en 2017 se revisó el Plan Integral de 2016 y se proporcionó una nueva orientación a las listas de espera, haciendo énfasis en los siguientes aspectos que, al igual que los anteriores, intentan abordar la problemática a partir de distintas líneas de acción y con una visión global:

1. Actividad adicional concentrada en prioridades: básicamente, focalizándose en las intervenciones con mayor volumen de pacientes en lista de espera o fuera de garantía o referencia (por ejemplo, artroplastias de rodilla).
2. Orientación a los resultados: teniendo en cuenta aspectos como la mejora de la calidad de la atención al reducir el tiempo de espera o la evaluación de la funcionalidad y calidad de vida en pacientes posintervención (de nuevo, por ejemplo, en prótesis de rodilla con el cuestionario WOMAC).

d. http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/com_accedeix/lletes_espera/presentacions/pla-integral-millora-lletes-despera-sanitaries.pdf.

e. Espacio digital personal, de consulta y de relación, que permite a la ciudadanía disponer de su información personal de salud y de otros servicios en línea para hacer trámites, consultas y cuidar su salud.

3. Mejoras en la gestión clínica y reducción de variabilidad: incrementando la resolución de la atención primaria y la atención integrada, y asegurando la homogeneidad de los criterios clínicos en función del consenso con las sociedades científicas y las comisiones clínicas territoriales (por ejemplo, en cirugía de raquis, prótesis de rodilla o de cadera).
4. Información más accesible y de calidad: recuperándose la práctica de realizar auditorías periódicamente, tal como se había hecho hasta 2011; al respecto, a partir de 2017 el CatSalut se comprometió a establecer también auditorías externas para garantizar un correcto procedimiento y tratamiento del uso de los datos, aumentar la calidad de los registros y obtener información más precisa.

En definitiva, por lo que concierne a los sistemas de priorización, los procedimientos con tiempos de garantía actualmente no se priorizan, ya que según el CatSalut no vale la pena el esfuerzo «de gestión» cuando se dispone de un tiempo máximo de espera razonable. Los procedimientos con tiempo de referencia sí que se priorizan en las tres categorías previas (baja, media y preferente; ver nota c en página 66) de acuerdo con criterios clínicos y sociales a partir de la aplicación del sistema universal de priorización de la lista de espera de AQuAS, pero sin exigir ningún cálculo de puntuación. Los motivos o criterios de priorización han de quedar recogidos en la historia clínica dado que estas se revisan en las auditorías realizadas por el CatSalut para la evaluación de la implementación (análisis internos que todavía no han sido publicados ni presentados).

Bibliografía

1. Varela-Lema L, Atienza Merino G, López-García M. Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde. Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, avalia-t. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2016.
2. Varela-Lema L, Atienza-Merino G, López-García M. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. Gac Sanit. 2017; 31(4): 349-357.
3. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela-Lema L, Cerdá Mota T, Ibargoyen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t. 2007/01.
4. Varela-Lema L, Ruano Raviña A, Cerdá Mota T, Queiro Verdes T. Observación de tecnologías sanitarias después de su introducción en la práctica clínica. Priorización y propuesta de protocolo de evaluación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t. 2009/02.
5. Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L, Tebé C. Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
6. Hadorn DC. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. CMAJ. 2000; 163(7): 857-860.
7. Edwards RT. Points for pain: waiting list priority scoring systems. BMJ. 1999; 318(7181): 412-414.

8. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E, Comàs M. Elaboració d'un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta i artroplastia de maluc i genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
9. Espallargues M, Comas M, Sampietro-Colom L, Castells X. Prova pilot del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplastia de maluc i artroplastia de genoll (setembre 2003). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2005.
10. MacCormick AD, Collicutt WG, Parry BR. Prioritizing patients for elective surgery: a systematic review. ANZ J Surg. 2003; 73(8): 633-642.
11. Allepuz A, Espallargues M, Martínez O. Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cal Asist. 2009; 24(5): 185-191.
12. Solans A, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.
13. Solans-Domènech M, Adam P, Tebé C, Espallargues M. Developing a universal tool for the prioritization of patients waiting for elective surgery. Health Policy. 2013; 113(1-2): 118-126.
14. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situació i abordatge de les llistes d'espera a Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2000.
15. Tebé C, Adam P, Alomar S, Espallargues M. Impacte del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per artroplasties de genoll i maluc i cirurgia de cataracta. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
16. Tebé C, Comas M, Adam P, Solans-Domènech M, Allepuz A, Espallargues M. Impact of a priority system on patients in waiting lists for knee arthroplasty. J Eval Clin Pract. 2015; 21(1): 91-96.
17. Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L. Priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia electiva de raquis o fusió vertebral. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

Las desigualdades en salud: una perspectiva desde la economía y la economía política

Maria Callejón

Catedrática de Economía de la Universitat de Barcelona

Introducción

Si la salud es aquello que las personas valoran en mayor grado, debería ocupar un lugar preeminente en las prioridades de la política pública. En las democracias avanzadas constituye un axioma que el Estado existe para asegurar la justicia y el bienestar entre los ciudadanos, y que el objetivo de la política pública es maximizar el bienestar social. La economía del bienestar, la parte del análisis económico que trata de la asignación de recursos escasos entre utilidades alternativas, debería tener en cuenta esa preferencia por la salud prácticamente universal.

Sin embargo, sabemos y constatamos que las políticas públicas practicadas por los gobiernos no buscan únicamente satisfacer las preferencias de los ciudadanos. Los partidos que aspiran a gobernar elaboran programas «atractivos» para los votantes y, cuando gobiernan, sus políticas se establecen, tácita o expresamente, por el juego de relaciones de poder entre grupos de interés y clases sociales.

La desigualdad social y económica entre individuos y grupos no solo no ha desaparecido, sino que ni siquiera se plantea como objetivo prioritario de la política, y la desigualdad social se traduce en desigualdad de salud. En Europa y España comprobamos que un buen sistema de atención sanitaria logra reducir notablemente las diferencias en salud entre personas ricas y pobres, pero el sistema de salud en sí mismo no puede paliar las injusticias y discriminaciones sociales. Las causas de la desigualdad injusta se encuentran en fuerzas sociales y humanas profundas y persistentes. Ni siquiera las socieda-

des más avanzadas y democráticas han acabado con la distribución injusta de la riqueza y de la salud. No obstante, como veremos más adelante, un buen sistema de asistencia sanitaria pública constituye una poderosa prestación en especie que reduce notablemente los indicadores de desigualdad.

En las líneas que siguen comentaremos: 1) algunos efectos de políticas públicas a favor de la igualdad en salud; 2) la persistencia de la desigualdad social a lo largo del tiempo y el espacio; 3) el impacto en la salud de la dependencia laboral, más allá del salario; 4) el efecto a largo plazo de la desigualdad sobre la posición internacional de una sociedad; 5) las tendencias relevantes a considerar en el sistema social y en el sistema sanitario; y 6) algunas políticas factibles para fortalecer económica y sanitariamente a la sociedad en el medio y largo plazo.

1. Persistencia de la desigualdad social y de salud

Los expertos en salud pública distinguen entre dos grandes tipos de determinantes de la salud de la población: el sistema sanitario y las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de población. La clase de políticas y programas que se elaboran en cada caso son diferentes también. Los sistemas sanitarios adoptan sus propias medidas proequidad en la atención a la población, basadas tanto en facilitar el acceso a los cuidados como en el diseño y gestión de los programas de atención. El sistema sanitario ha alcanzado un alto grado de refinamiento sobre la base de estudios epidemiológicos, conocimiento médico y biológico, innovaciones en equipos y en instrumentos técnicos, e importantes mejoras organizativas. En el sector sanitario resulta crucial la responsabilidad depositada en los colectivos profesionales con formación científica y motivación. Probablemente ese factor influye en su eficiencia y en la valoración social altamente positiva de que goza.

Si los sistemas sanitarios en Europa han logrado grandes avances en la cobertura universal de la población, los progresos en la eliminación de la desigualdad socioeconómica con impacto en la salud discurren por trayecto-

rias diferentes y bastante menos efectivas. Los programas públicos de actuación sobre los condicionantes sociales de la desigualdad social en general, y de la salud en particular, se enfrentan a dificultades persistentes derivadas del origen profundo y sistémico de las desigualdades, y a la presencia de relaciones de poder enquistadas que dan lugar a élites sociales con gran capacidad de extraer beneficios.

El informe Lalonde (1974) publicado en Canadá contribuyó en su momento a enfocar la atención hacia los condicionantes socioeconómicos de los distintos grupos de población y, desde entonces, la literatura analítica y empírica sobre el tema no ha dejado de crecer.

En los países europeos, pese a sus buenos servicios sanitarios, el indicador sintético de esperanza de vida muestra diferencias notorias entre clases sociales. La Oficina Europea de la OMS (WHO, 2013) señala que se dan diferencias de dieciséis años en la esperanza de vida entre grupos menos y más favorecidos económicamente dentro de Europa. Whitehead y Dhalgren (2006) hicieron notar que el gradiente social en salud es universal y se observa dentro de cada país. Así, de acuerdo con los datos de la época del estudio, un nacido en un barrio pobre de Glasgow tenía una esperanza de vida diez años menor que el bebé nacido en un barrio rico. Por su parte, en Estonia se abrieron diferencias notables en esperanza de vida en función del nivel educativo como resultado de la disolución de la Unión Soviética, de manera que en el año 2000 la esperanza de vida de un joven estonio titulado universitario superaba en trece años la de un joven con preparación básica únicamente.

Otros estudios sobre Holanda encontraron diferenciales de cinco años en esperanza de vida, y de trece años en esperanza de vida sin limitaciones físicas, entre hombres de alto y bajo nivel educativo. En Italia, la mortalidad se ha reducido para todos en los últimos treinta años, pero la reducción ha sido menor entre los menos educados y entre los que tenían peores condiciones de vivienda. En Francia, la diferencia en esperanza de vida entre un hombre joven adulto empleado como cuadro superior y otro no cualificado es de nueve años. En Rusia se dio una drástica caída sin precedentes de la esperanza de vida tras la disolución de la Unión Soviética, pero en la población con estudios superiores la mortalidad ha sido la misma que en otros países occidentales.

Un estudio de 2017 de investigadores de la Universidad de Washington señala que mientras la esperanza de vida de residentes ricos de Colorado era de ochenta y siete años, los habitantes de varios condados de Dakota del Norte y del Sur (con alta proporción de nativos indios) tenían esperanzas de vida de sesenta y seis.

En Barcelona, de acuerdo con el *Informe sobre l'estat de la salut* (2017) del ayuntamiento, presentado recientemente por la doctora Carme Borrell —de la Agència de Salut Pública de Barcelona—, la diferencia de esperanza de vida por barrios supera los diez años. Y según un estudio de Madrid Salud, también de su ayuntamiento, se observa un diferencial de casi siete años entre los residentes de los barrios más ricos de Madrid y los menos ricos para el periodo 2004-2006.

Los años de esperanza de vida han aumentado en general en los últimos diez años, pero nada indica que el diferencial social haya disminuido significativamente.

2. Evolución de la desigualdad social

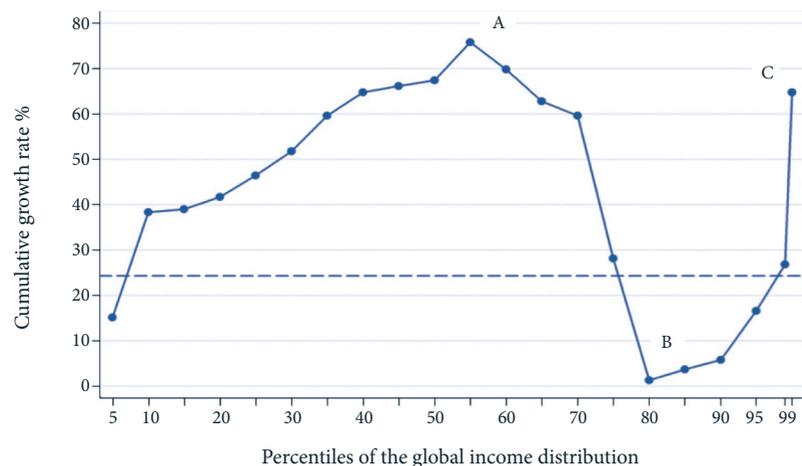
Contrariamente a lo esperable en democracias avanzadas, las desigualdades en renta y riqueza han empeorado en las últimas décadas, una vez transcurrido el periodo de convergencia que siguió a las dos guerras mundiales. Esta reversión de tendencia ha intranquilizado a quienes pensaban que los logros históricos no retroceden. La nueva fase de desigualdad en Europa y Estados Unidos ha generado considerable atención y dado lugar a la publicación de varios análisis rigurosos, con perspectiva histórica, de inusitada ambición intelectual bajo la autoría de académicos de diversas instituciones. Entre sus exponentes mejor conocidos están: Thomas Piketty (2012), de la Paris School of Economics; Anthony Atkinson (2015), de la London School of Economics, recientemente fallecido; Walter Scheidel (2017), de la Stanford University; y Branco Milanovic (2016), de la City University of New York. La lista de autores relevantes podría ampliarse, por supuesto.

De acuerdo con el libro de Walter Scheidel *The great leveler* (2017), en el año 2015 las sesenta y dos personas más ricas del planeta acumulaban tanta ri-

queza como la mitad más pobre de la humanidad, más de 3.500 millones de personas. Tan solo un año antes tal acumulación se repartía entre ochenta y cinco multimillonarios. Y, no hace tanto, en 2010, 388 de ellos eran propietarios del equivalente a la mitad más pobre de la población mundial. Más allá de los supermillonarios, el 1% de las familias más ricas del planeta superan en riqueza a la mitad de la riqueza privada mundial.

El gráfico del «elefante» (Laker y Milanovic, 2016) (gráfico 1) describe bien el crecimiento de China, el estancamiento de los niveles de vida en los países occidentales maduros y la acumulación de renta en el 1% de la población mundial más rica. La mayoría de este último grupo se encuentra en América del Norte y Europa.

Gráfico 1. Relative gain in real income per capita by global income level 1988-2008



Y-axis displays the growth rate of the fractile average income (in 2005 PPP USD). Weighted by population. Growth incidence evaluated at ventile groups (e.g. bottom 5%); top ventile is split into top 1% and 4% between P95 and P99. The horizontal line shows the growth rate in the mean of 24.34% (1.1% p.a.).

Fuente: Laker y Milanovic (2016).

En el gráfico 1 se observa cómo se ha distribuido el aumento de renta mundial entre 1988 y 2008 entre la población mundial por tramos de rango de renta. Mientras el crecimiento medio de la renta per cápita de la población mundial en esos veinte años ha sido del 24,3%, los grupos situados entre el 60 y 70 percentil de renta en la población (punto A) son quienes mayor crecimiento han experimentado, situándose en una renta anual de unos 2.000 dólares. Los autores los definen como las clases medias emergentes y se encuentran mayoritariamente en China y Asia Oriental. El punto B, entre los percentiles 80 y 90 de población mundial más rica, se describe en el gráfico como las clases medias y bajas de los países occidentales, y apenas han logrado aumentos de renta reales en el periodo, con unos 8.000 dólares de renta per cápita. El punto C representa el 1% más rico de la población mundial al inicio del periodo y su renta per cápita es del orden de 64.000 dólares anuales.

Conviene señalar que el gráfico del «elefante» no está realizado con datos de panel. Esto es, que quienes en 1988 figuraban en una decila determinada no necesariamente son los mismos que la ocupan en 2008: pueden incluso pertenecer a un país diferente. Ello ha dado origen a propuestas de gráfico algo diferentes del aquí reproducido (*The Economist*, 2016).

Tanto Piketty como Scheidel interpretan que la desigualdad es una característica permanente de las sociedades humanas —al menos desde que son sedentarias— y que la concentración de riqueza obedece a fuerzas profundas y persistentes enraizadas en relaciones de poder. Aunque con diferencias de análisis, ambos autores señalan que solo tras crisis muy violentas se consiguen cambios institucionales que alteran la composición de las clases dominantes. Tras la primera y segunda guerra mundiales, con millones de vidas sacrificadas y una masiva destrucción física, llegaron políticas que intentaban restañar los daños sufridos y la desigualdad se redujo para volver a crecer desde 1970 en adelante (gráfico 2). Para los autores no se vislumbra un equilibrio estable a largo plazo:

The history of the distribution of wealth has always been deeply political, and it cannot be reduced to purely economic mechanisms [...] It is shaped by the way economic, social, and political actors view what is just and what is not, as well as by the relative power of those actors and the collective choices that result [...] There are powerful forces pushing alternatively in the direction of rising or shrinking inequality. Which

one dominates depends on the institutions and policies that societies choose to adopt (Piketty y Sáez, 2014).

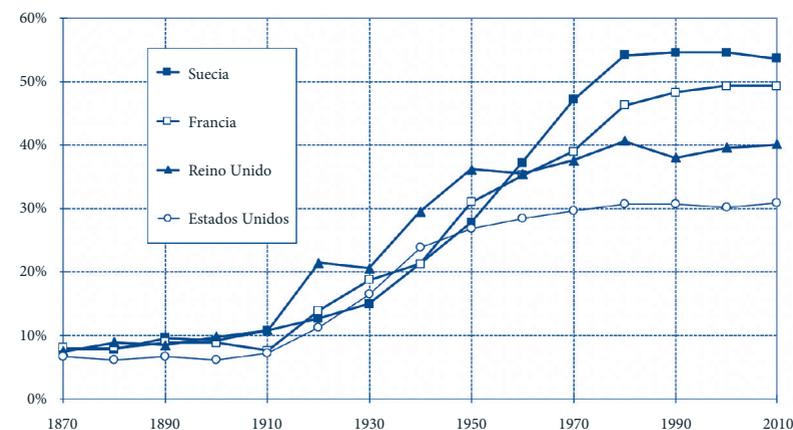
De acuerdo con Piketty, y también con Milanovic, las principales fuerzas para la reducción de las desigualdades se encuentran en la educación y la información y difusión de los conocimientos. Todo aquello que mejora el control de las personas sobre su propia vida y su entorno. Las políticas de bienestar de los países europeos han contribuido en alto grado a la reducción de desigualdades, aunque en los últimos años se observa una reversión de su eficacia en algunos países, entre ellos España.

Por otra parte, las fuerzas de divergencia que generan desigualdad son sobre todo los conflictos bélicos, la inestabilidad política y social, y la acumulación de riqueza en minorías sociales que asimismo controlan el capital y la producción.

Los trabajos publicados en los últimos años en ningún caso eclipsan los análisis y diagnósticos de los grandes clásicos que les precedieron en el siglo XIX: Karl Marx en primer lugar y también David Ricardo. Ambos detectaron la tendencia del capitalismo hacia la concentración de la riqueza y la desigualdad. Para Marx, como para Piketty y Scheidel, la desigualdad crece hasta que se producen reacciones sociales, políticas y violencia. El cambio político es seguido por una etapa de reducción de las desigualdades hasta que se consolida una nueva clase dominante, y así se configura el ciclo estructural del capitalismo. El gráfico 2 muestra el aumento del tamaño del gobierno en cuatro países ricos tras la Primera Guerra Mundial y hasta después de la Segunda, así como el crecimiento de los ingresos públicos impositivos que permitieron establecer servicios de bienestar para la población. Estados Unidos ha permanecido en niveles de gasto público inferiores a los países europeos.

Las aportaciones de Mancur Olson (Universidad de Maryland, ya fallecido) y Daron Acemoglu (MIT) contienen explicaciones parecidas, pero con el énfasis en el papel de las instituciones que gobiernan las reglas de juego económicas y las políticas públicas desde la industrialización. Olson destaca el ciclo vital de las instituciones, que suelen arrancar sirviendo razonablemente bien a sus objetivos sociales y de progreso, pero que se deterioran en el tiempo debido al control creciente de intereses de grupo, económicos y políticos, hasta perder capacidad de adaptación y legitimidad, y, finalmente, llegar a paralizar

Gráfico 2. Ingresos fiscales de países ricos desde 1870



Fuente: Piketty (2013).

el progreso social. Daron Acemoglu y James Robinson (2012) mantienen que, con el tiempo, las instituciones acaban siendo dominadas por las «élites extractivas», que acumulan influencia y riqueza en detrimento del conjunto de la sociedad.

En definitiva, de acuerdo con la visión de la tendencia estructural a la desigualdad, a corto plazo los arreglos institucionales, políticos y de relaciones de poder, aquellos que generan el gradiente de renta y riqueza entre grupos o clases sociales, son limitadamente modificables en condiciones normales de estabilidad social. La distribución de poder en la sociedad no resulta fácilmente alterable. A largo plazo, a lo largo de decenios, y en asociación con grandes crisis —epidemias, guerras, revoluciones sociales y tecnológicas—, las clases dominantes llegan a debilitarse y surgen periodos de reducción de desigualdades, de compresión de las diferencias sociales, que también se resuelven con la consolidación de nuevas élites que nuevamente concentran la riqueza.

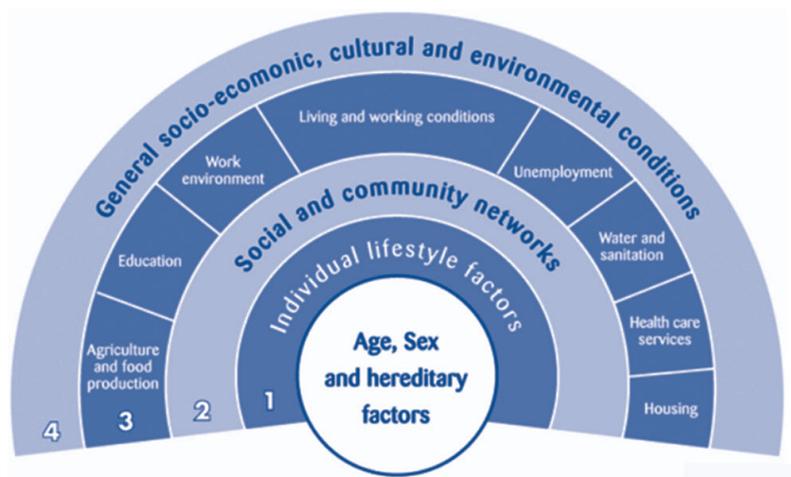
La política pública y la acción social que lleva a configurar la política pública forman parte esencial de los factores reductores de la desigualdad que son destacados por todos estos autores.

3. Efectos sobre la salud de la desigualdad social

Es bien sabido que las oportunidades de vivir en condiciones de buena salud se relacionan estrechamente con la buena crianza y la educación, una buena ocupación, condiciones decentes de vivienda y una red de protección de la renta a lo largo de toda la vida. El tiempo de escolarización de las personas es la variable con mayor correlación con la esperanza y la calidad de vida.

Y también se conocen bien otros factores ambientales y sociales que determinan la salud de las personas. En el diagrama circular del gráfico 3, muy divulgado en los informes de la OMS, aparecen tanto los factores determinantes de la salud de origen individual (no vinculados al entorno físico y social) como otros factores asociados al entorno y a las políticas públicas. En este esquema, los servicios sanitarios aparecen como un elemento más, en una tercera línea de acción, sobre la salud del colectivo.

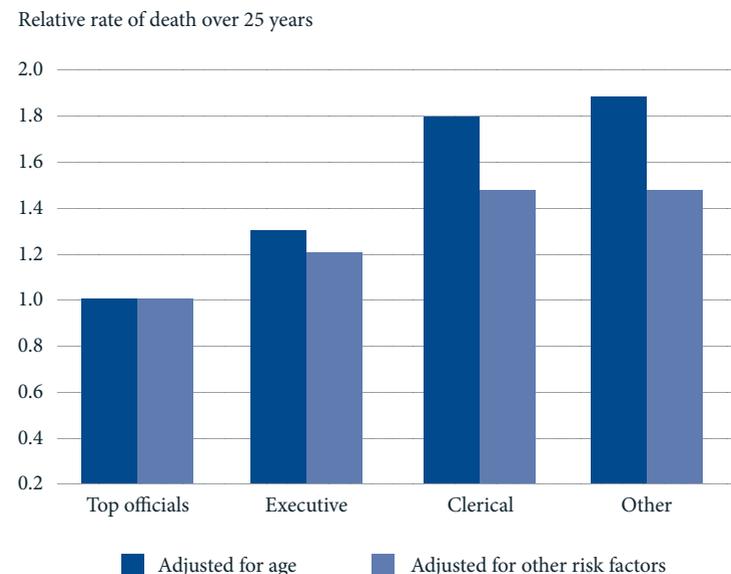
Gráfico 3



Fuente: Dahlgren y Whitehead (1993).

Las diferencias en el estatus social y laboral han mostrado ser tan mortíferas como las diferencias de renta. El Estudio Whitehall II (1991), liderado por Michael Marmot, demostró que los individuos son sensibles a su puesto en el escalafón directo del sistema jerárquico de trabajo. El gráfico 4 muestra cómo los empleados del distrito londinense de Whitehall —donde se concentran oficinas gubernamentales centrales del Reino Unido— presentan grados crecientes de morbilidad y mortalidad a medida que ocupan rangos laborales más bajos. Trabajar bajo control ajeno, sin autonomía personal, genera estados de estrés que impactan negativamente en la salud. Es un hecho que se ha confirmado asimismo en estudios con simios. Los individuos de bajo rango producen mayor cantidad de hormonas de estrés, aterosclerosis e hipertensión.

Gráfico 4. Deaths by rank at Whitehall



Fuente: Marmot, 2000

4. El largo plazo de la desigualdad social

Como hemos visto en el punto anterior sobre la persistencia de la desigualdad en el tiempo, las condiciones de vida relativamente desfavorables de segmentos importantes de la población tienden a persistir en el tiempo y a dificultar el acceso de los individuos con menor poder adquisitivo a una educación de calidad, a viviendas más confortables y a un entorno que difunda informaciones relevantes. La consecuencia es un diferencial en salud entre grupos sociales.

Puesto que los determinantes de la desigualdad social son estructurales, el sistema sanitario, por sí mismo, no puede eliminar las desigualdades en salud. Pero sí realizar una contribución significativa tanto en la mejora de los indicadores generales de salud de un país como en amortiguar las desigualdades económicas gracias a la aportación en especie de alto valor que realiza el sistema universal de servicios sanitarios.

España presenta mayor desigualdad en la distribución de la renta disponible que la media de la OCDE-27, aunque es menos desigual que Estados Unidos. Pero cuando la renta se ajusta por las prestaciones públicas en especie —educación, sanidad, educación infantil, cuidados de plazo, ayudas a vivienda—, el valor del índice de Gini se reduce notoriamente (tabla 1).

Como es sabido, existen tres índices de Gini importantes: el que mide la desigualdad en la distribución de la renta de mercado; un segundo que mide la desigualdad en la renta disponible —una vez que a la renta de mercado de cada persona se le añaden las prestaciones en metálico (tipo pensiones o subsidio de desempleo) y se substraen impuestos y cotizaciones—; y un tercero que nos informa sobre la desigualdad en la distribución de la renta ampliada: renta disponible más el impacto de las prestaciones en especie del estado de bienestar (fundamentalmente educación y sanidad). El papel redistributivo del Estado se obtiene comparando, para los diferentes países, el Gini de mercado con el Gini de renta ampliada. Suecia y Estados Unidos, por ejemplo, presentan Gini de mercado similares, pero Suecia redistribuye muchísimo más que Estados Unidos y su índice de Gini de renta ampliada es muy inferior. Aunque el propósito de las prestaciones sanitarias y educativas del estado

de bienestar sea fundamentalmente el de garantizar la igualdad de oportunidades —acceso según necesidad y no según capacidad de pago individual—, el «subproducto» de esas prestaciones en términos de reducción de la desigualdad es importante.

En general, para el conjunto de países de la OCDE, la aportación a la renta ampliada de la atención sanitaria es mucho mayor que la aportación de la educación, si bien en Suecia la diferencia entre el valor de las prestaciones sanitarias (12,4) y las de educación (5,6) son superiores que en España (11,6 y 6,4 respectivamente). En Estados Unidos, la aportación en especie a la renta de la educación es superior a la media de la OCDE, aunque no los servicios sanitarios, como cabe esperar.

Tabla 1

Cambio en la desigualdad tras ajustar la renta disponible por prestaciones públicas en especie (2007)					
Coeficientes GINI					
	Tras ajustar				
	Gini-Renta disponible	Gini-Renta ampliada	Educación	Sanidad	Cambio Gini
España	0,310	0,248	-6,4	-11,6	-0,20
Suecia	0,237	0,181	-5,6	-12,4	-0,24
Estados Unidos	0,372	0,303	-9,0	-9,8	-0,19
OCDE-27	0,298	0,239	-7,0	-11,0	-0,20

Fuente: G. Verbist, M. Förster y M. Vaalavuo (2012).

Asimismo, la aportación al bienestar del sector sanitario en Estados Unidos no se limita a la reducción en desigualdad general de ingresos, pues también es el país con mayor diferencia entre rango económico y rango en indicadores de salud. España presenta buenos indicadores de salud a escala OCDE y mundial: esperanza de vida, mortalidad infantil, salud cardiaca y cerebral.

Son indicadores muy por encima del que corresponde a la renta per cápita que solamente se explican por el buen nivel de calidad, organizativo y profesional del sistema sanitario y por otros factores sociales.

En la Unión Europea, el sector social y de sanidad ocupaba a veintitrés millones de personas a mediados de 2015. Los empleados de los sectores sociales y sanitario cuentan con un nivel de educación por encima de la media del conjunto de sectores. En la Unión Europea, en torno al 33% de los trabajadores cuentan con educación universitaria, mientras que en el sector de salud son el 42% (EC, 2016).

No obstante, como señala Piketty (2013), la justicia social moderna no hace redistribución real de rentas. Consiste en financiar servicios públicos con carácter universal y programas de transferencias de pensiones y desocupación homogéneos para todos.

Los indicadores socioeconómicos en España no son los más favorables para el desarrollo futuro:

- España se encuentra entre los países europeos con mayor desigualdad de renta y, lejos de presentar alguna corrección de la tendencia, la desigualdad crece y el riesgo de pobreza y exclusión social aumenta.
- La calidad de la educación en España presenta indicadores mediocres, con tasas de abandono escolar del 20% comparado con la media de la OCDE (10,7%). Tampoco los resultados en PISA y PIAAC son favorables, aunque el juicio mejora si se contempla la situación de partida hace cuatro décadas cuando el estado de bienestar empieza a desarrollarse en España.
- El desempleo juvenil en España alcanza el 40% mientras que en la OCDE en su conjunto es del 18,7%. Y lo grave es que el diferencial persiste a lo largo de los últimos veinte años.
- Por último, la tasa estructural de paro del 9,5% es el doble de la OCDE.

Los datos socioeconómicos de la población joven española anuncian una alta probabilidad de empeoramiento futuro de las desigualdades a escala relativa europea si otros países gestionan mejor el cambio económico y tecnológico. Aquellos Estados que están produciendo nuevas generaciones mejor preparadas para operar sectores emergentes tecnológicamente avanzados, también

están mejor preparados para avanzar en la economía y la sociedad global. El sistema sanitario español, pese a su demostrada eficacia, tendrá sobre sí la presión de poblaciones muy envejecidas con escaso contrapeso de jóvenes activos de alta productividad. En tal escenario no es obvio que los resultados sigan siendo los mismos que ahora.

5. Peso económico creciente del sector sanitario y su gestión pública

El crecimiento del sector sanitario que tiene lugar en todo el mundo puede analizarse bajo dos perspectivas diferentes. Presenta consecuencias favorables en la medida que mejora la salud y el bienestar de la población. Y no solamente eso, también puede implicar progreso científico y tecnológico. Por otra parte, es un sector crecientemente atractivo para la inversión privada, como se observa desde hace ya bastantes años. Como todas las actividades sensibles —y socialmente estratégicas— para la sociedad, la mayor involucración de incentivos de mercado que con toda seguridad va a implicar llevará como contrapartida la necesidad de normativas regulatorias cuidadosamente diseñadas y aplicadas.

Los programas sanitarios gozan de un elevado aprecio entre la población y tanto la demanda como la disposición a pagar de los ciudadanos es elevada. Quiere decir que la sociedad está dispuesta a pagar impuestos para sostener el gasto público en servicios sanitarios, y que también consume en grado creciente servicios privados. Una consecuencia relevante a largo plazo de la preferencia por la salud y el bienestar físico es que el sector ha crecido en las últimas décadas más que la renta, y que seguirá creciendo de acuerdo con la mayoría de proyecciones. Las mejoras en niveles de renta de extensas partes del mundo van a ir acompañadas de aumentos en la demanda y el gasto en servicios sanitarios. Primero en Asia y a continuación en África.

Durante las décadas de 1960 y 1970 el gasto público y privado en salud creció con rapidez espoleado por el aumento de la población bajo cobertura y las mejoras en la provisión de servicios de salud asociadas a las expectativas del

público y su buena disposición a pagar. En las décadas de 1980 y 1990 se frenó el crecimiento del gasto público e incluso retrocedió en algunos países debido fundamentalmente a los intentos de consolidación fiscal. Ha sido a finales de los años noventa y principios del siglo XXI cuando el crecimiento ha comenzado nuevamente, llegando a un máximo en 2009. El freno operado posteriormente por la crisis económica parece temporal. Todo indica que el gasto en salud va a seguir aumentando aunque con diferencias entre países (EC, 2016).

Como se aprecia en la tabla 2, el gasto público como parte del PIB ha crecido en todos los países europeos excepto Turquía e Islandia.

Tabla 2. Gasto sanitario en porcentaje del PIB. Crecimiento 2000/2016

	2000	2005	2010	2016	Var. 2016/2020
Australia	7,6	8,0	8,5	9,6	26,13
Austria	9,2	9,6	10,1	10,4	12,43
Bélgica	7,9	9,0	9,9	10,4	30,79
Canadá	8,3	9,1	10,6	10,6	27,82
Chile	7,0	6,6	6,8	8,5	20,37
República Checa	5,7	6,4	6,9	7,3	26,61
Dinamarca	8,1	9,1	10,4	10,4	28,04
Estonia	5,2	5,0	6,3	6,7	29,39
Finlandia	6,8	8,0	8,9	9,3	36,68
Francia	9,5	10,2	10,7	11,0	15,10
Alemania	9,8	10,3	11,0	11,3	14,51
Grecia	7,2	9,0	9,6	8,3	14,55
Hungría	6,8	8,0	7,6	7,6	12,49
Islandia	9,0	9,2	8,8	8,6	-4,47
Irlanda	5,9	7,6	10,5	7,8	32,38

Israel	6,8	7,1	7,0	7,4	9,05
Italia	7,6	8,4	9,0	8,9	17,93
Japón	7,2	7,8	9,2	10,9	51,74
Corea	4,0	5,1	6,5	7,7	91,90
Letonia	5,4	5,9	6,1	5,7	4,92
Luxemburgo	5,9	7,2	7,0	6,3	7,35
México	4,9	5,9	6,0	5,8	19,42
Países Bajos	7,1	9,3	10,4	10,5	48,81
Nueva Zelanda	7,5	8,3	9,7	9,2	23,24
Noruega	7,7	8,3	8,9	10,5	35,74
Polonia	5,3	5,8	6,4	6,4	21,61
Portugal	8,4	9,4	9,8	8,9	6,83
Eslovaquia	5,3	6,6	7,8	6,9	29,55
Eslovenia	7,8	8,0	8,6	8,6	9,98
España	6,8	7,7	9,0	9,0	31,79
Suecia	7,4	8,3	8,5	11,0	48,52
Suiza	9,3	10,3	10,7	12,4	32,59
Turquía	4,6	4,9	5,1	4,3	-6,32
Reino Unido	6,0	7,2	8,5	9,7	62,09
Estados Unidos	12,5	14,5	16,4	17,2	37,62

Fuente: OCDE Stat. Share of Gross Domestic Product. All Providers. All financing schemes.

Junto con un crecimiento empujado por la demanda, el sector sanitario evoluciona hacia la complejidad organizativa y técnica. Cada vez es mayor el número de proveedores especializados en equipos, laboratorios, tratamientos quirúrgicos, tratamientos específicos y otros tipos de servicios a pacientes crónicos o de larga duración. Es un sector complejo que, por su actividad altamente sensitiva para las personas, exige regulaciones claras y múltiples.

Tanto los gastos sanitarios en porcentaje del PIB como el empleo crecen en mayor proporción que la economía.

Las proyecciones de gasto público sanitario en 2060 estiman que su peso en el PIB crecerá un 15% en la UE, y un 17% para España desde 2013. El peso del gasto sanitario se situaría en un 8% en la UE con variaciones entre países (tabla 3). Los factores que cuentan en las proyecciones de gasto sanitario público y privado son: la demografía; la prolongación de la esperanza de vida; la elasticidad-renta del gasto sanitario; los precios de los servicios sanitarios y la elasticidad-demanda para esos servicios; las innovaciones en tecnología médica que permiten tratar enfermedades antes no tratadas; y los arreglos regulatorios que se establezcan por parte de los gobiernos.

Tabla 3. Gasto público en atención sanitaria 2013-2060 en % de PIB

	2060*	Cambio % 2013-2060	2060*	2060	Cambio % 2013-2060
Austria	8,5	23	Letonia	4,4	15
Bélgica	6,5	9	Lituania	4,3	3
República Checa	7,0	22	Luxemburgo	5,3	16
Dinamarca	9,2	12	Países Bajos	8,3	16
Estonia	5,1	17	Polonia	5,6	32
Finlandia	8,9	14	Portugal	8,8	46
Francia	8,8	14	Eslovaquia	7,9	38
Alemania	8,4	10	Eslovenia	7,1	25
Grecia	8,0	21	España	6,9	17
Hungría	5,7	22	Suecia	7,4	9
Irlanda	7,3	22	Reino Unido	9,4	20
Italia	6,9	14	Unión Europea	8,0	15

*Escenario base. Los desarrollos tecnológicos pueden aumentar los valores de 2060 entre 0,2 y 0,4 según países.

Fuente: EC. The 2015 Ageing Report.

La política pública y, en particular, las decisiones relativas a cobertura sanitaria pública, así como la organización de la provisión de servicios, constituyen otro factor decisivo en el crecimiento del gasto sanitario.

Los informes de la Comisión Europea estiman la elasticidad-renta de la demanda de sanidad en un valor superior a la unidad (1,1), lo que confiere a la sanidad la característica de «bien de lujo», puesto que el gasto crece proporcionalmente más que la renta. La tabla 4 muestra cómo el gasto sanitario total por persona, tanto público como privado, también ha crecido mucho más que el PIB en el periodo 2010-2016.

El crecimiento del gasto también resulta afectado si la elasticidad-precio de la demanda es inferior a la unidad. En tal caso la demanda es poco sensible al aumento de precios, y se reduce menos que proporcionalmente al aumento de precios y costes. Así parece ocurrir en los servicios sanitarios públicos, entre otras cosas porque los usuarios no afrontan directamente todo el coste de los tratamientos que reciben. Algunos estudios estiman que el aumento de precios de los servicios sanitarios tiene su origen, entre otros factores, en que los salarios crecen por encima de la productividad del conjunto de la economía (EC, 2016). Las innovaciones, por su parte, también aportan impulso al crecimiento del gasto sanitario. Entre el 27% y el 48% de este, desde 1960 hasta 2009, se explicaría por la introducción de tecnologías médicas (Smith, Newhouse y Freeland, 2009).

Tabla 4. Gasto sanitario por persona. Crecimiento y PIB

Gasto sanitario por persona	PIB*			
	2000	2016	Cambio 2016/2000	Cambio 2016/2000
Australia	2.767,5	4.387,7	59%	58%
Austria	3.473,9	4.471,1	29%	25%
Bélgica	2.889,7	4.269,5	48%	25%
Canadá	3.054,9	4.481,1	47%	36%
Chile	737,7	1.755,7	138%	86%
República Checa	1.185,0	2.207,0	86%	52%

continúa en página siguiente

Dinamarca	3.359,8	4.661,4	39%	17%
Estonia	771,1	1.763,2	129%	69%
Finlandia	2.323,1	3.593,3	55%	20%
Francia	3.261,2	4.087,9	25%	20%
Alemania	3.545,8	4.851,8	37%	21%
Grecia	1.766,4	1.969,8	12%	-3%
Hungría	1.166,4	1.862,7	60%	37%
Islandia	3.039,7	3.875,7	28%	60%
Irlanda	2.281,4	4.696,5	106%	103%
Israel	1.737,8	2.383,4	37%	69%
Italia	2.683,5	2.995,3	12%	1%
Japón	2.369,6	4.063,9	72%	13%
Corea	830,6	2.682,5	223%	84%
Letonia	585,9	1.300,7	122%	76%
Luxemburgo	4.702,7	6.245,7	33%	55%
México	689,5	972,0	41%	38%
Países Bajos	2.883,3	4.857,7	68%	21%
Nueva Zelanda	2.007,7	3.167,9	58%	54%
Noruega	3.948,3	5.887,1	49%	29%
Polonia	756,1	1.622,2	115%	74%
Portugal	2.187,2	2.423,3	11%	5%
Eslovaquia	824,1	1.996,0	142%	88%
Eslovenia	1.714,1	2.473,5	44%	37%
España	2.009,8	2.939,7	46%	27%
Suecia	2.650,8	4.993,0	88%	41%
Suiza	4.478,1	6.718,1	50%	32%
Turquía	598,6	1.006,5	68%	115%
Reino Unido	1.956,8	3.758,8	92%	31%
Estados Unidos	5.635,4	8.984,8	59%	33%

Fuente: OECD.sat. Per capita, constant PPPs. Dollars 2010. All financing schemes. All providers.
* Última columna: crecimiento del PIB en dólares constantes 2010.

El crecimiento en términos de recursos monetarios se corresponde también con el crecimiento en la ocupación de recursos humanos. Según el Departamento de Trabajo de Estados Unidos, en los próximos años los empleos relacionados con el sector sanitario y los servicios sanitarios van a ser los de mayor crecimiento (tabla 5).

Tabla 5. Proyección: empleos con mayor crecimiento en Estados Unidos (2026)

	Empleo (miles)		Cambio, 2016-2026		Salario medio 2016
	2016	2026	Miles	Porcentaje	
Total, all occupations	156.063,8	167.582,3	11.518,6	7,4	\$37.040
Solar photovoltaic installers	11,3	23,1	11,8	104,9	\$39.240
Wind turbine service technicians	5,8	11,3	5,6	96,3	\$52.260
Home health aides	911,5	1.342,7	431,2	47,3	\$22.600
Personal care aides	2.016,1	2.793,8	777,6	38,6	\$21.920
Physician assistants	106,2	145,9	39,6	37,3	\$101.480
Nurse practitioners	155,5	211,6	56,1	36,1	\$100.910
Statisticians	37,2	49,8	12,6	33,8	\$80.500
Physical therapist assistants	88,3	115,8	27,4	31,0	\$56.610
Software developers, applications	831,3	1.086,6	255,4	30,7	\$100.080
Mathematicians	3,1	4,0	0,9	29,7	\$105.810
Physical therapist aides	52,0	67,2	15,3	29,4	\$25.680
Bicycle repairers	12,4	16,1	3,6	29,3	\$27.630
Medical assistants	634,4	818,4	183,9	29,0	\$31.540
Genetic counselors	3,1	4,0	0,9	29,0	\$74.120

Occupational therapy assistants	39,3	50,7	11,4	28,9	\$59.010
Information security analysts	100,0	128,5	28,5	28,5	\$92.600
Physical therapists	239,8	306,9	67,1	28,0	\$85.400
Operations research analysts	114,0	145,3	31,3	27,4	\$79.200
Forest fire inspectors and prevention specialists	1,7	2,2	0,5	26,6	\$36.230
Massage therapists	160,3	202,4	42,1	26,3	\$39.860
Health specialties teachers, postsecondary	233,5	294,0	60,6	25,9	\$99.360
Derrick operators, oil and gas	11,1	13,9	2,8	25,7	\$48.130
Roustabouts, oil and gas	50,0	62,4	12,4	24,8	\$37.340
Occupational therapy aides	7,5	9,3	1,8	24,7	\$28.330
Phlebotomists	122,7	152,8	30,1	24,5	\$32.710
Nonfarm animal caretakers	241,5	300,0	58,5	24,2	\$21.990
Rotary drill operators, oil and gas	16,7	20,8	4,0	24,2	\$54.430
Nursing instructors and teachers, postsecondary	67,9	84,2	16,3	24,0	\$69.130
Occupational therapists	130,4	161,4	31,0	23,8	\$81.910
Service unit operators, oil, gas, and mining	41,4	51,1	9,7	23,4	\$48.610
Physicians and surgeons	713,8	805,2	91,4	12,8	\$208.000

Fuente: Employment Projections program, U.S. Bureau of Labor Statistics.

El sector sanitario va a necesitar de regulaciones, normativas y prácticas profesionales que aseguren que los poderosos incentivos comerciales que genera son compatibles con el interés social. La política pública sanitaria debe asegurar que la atención sanitaria llega a todos los ciudadanos y debe velar por la equidad del sistema.

El crecimiento en curso del sector sanitario queda bien reflejado en las proyecciones de empleo elaboradas por el Bureau of Labour Statistics de Estados Unidos (tabla 5).

6. Políticas de igualdad en salud

Tras el reconocimiento de la resistencia estructural de las sociedades a la adopción de medidas y programas que efectivamente puedan combatir la desigualdad social, también se ha podido comprobar que las políticas públicas de amplio alcance pueden mitigar y reducir la desigualdad en salud, realizando así una contribución a la mejora del bienestar social. La reducción del índice de Gini de desigualdad económica debido a la provisión pública de servicios públicos universales señala un camino inequívoco consistente en la profundización de lo que conocemos como estado de bienestar adoptado en mayor grado en los países europeos.

La atención sanitaria es el servicio público de bienestar con mayor impacto en la reducción de la desigualdad y con un impacto muy directo en la mejora de la esperanza de vida. También se ha comprobado que las condiciones de control y autonomía personal influyen en el estado de salud. Se trata de dos campos donde es posible planear objetivos de política pública dentro de márgenes al alcance de los gobiernos de los países europeos por lo menos. Para centrar la atención en pocos pero cruciales objetivos habría que:

- Gestionar el ineluctable crecimiento y diversificación del sistema sanitario, de forma que los diferentes actores —públicos, privados, profesionales y ciudadanos— operen a favor del bienestar general y de la equidad en el acceso a los servicios.
- Hacer de la educación la prioridad innegociable de la acción estatal y gubernamental a todos los niveles.

El sistema sanitario se configura como una red extraordinariamente compleja de distintas actividades científicas y profesionales, de tecnologías e infraestructuras. La elevada demanda y disposición a pagar hacen del sistema sanitario un sector atractivo para la inversión privada internacional, como viene ocurriendo desde hace años. Corresponde al Estado velar por el mantenimiento del estado de bienestar de forma que la atención sanitaria, aun cuando incorpore inversores privados, siga siendo una prestación de acceso universal en sus programas importantes con impacto demostrado en la salud. Hará falta revisar las regulaciones y normativas de los proveedores y definir los derechos de los ciudadanos (OECD, 2017). No es tarea fácil porque las presiones del mercado son muy intensas y no operan deliberadamente a favor de la equidad de acceso, como sí lo han hecho los programas de salud pública.

Conviene recordar ahora que los gobiernos no adoptan todas las medidas que aconsejaría un análisis coste-beneficio social objetivo. El análisis en términos de economía política nos señala que la política pública viene condicionada por otros elementos que no son los fallos de mercado. Factores limitantes de la política pública son la presión de grupos de interés de todo tipo, algunos de ellos muy efectivos; la inercia de la maquinaria burocrática; y la búsqueda de mayorías electorales y parlamentarias por los partidos gobernantes (Hauck et al., 2004).

La educación es el más importante capital humano, y capital en general, que puede tener un individuo. No es una condición suficiente pero sí necesaria para basar la autonomía individual económica y social. La educación constituye también uno de los pilares del *empoderamiento* y la *resiliencia* que permiten a los individuos y grupos defender mejor sus derechos a través de la información y los conocimientos.

Las políticas de empoderamiento incluyen crear mejores condiciones para la salud, mejorar la comprensión e información sobre temas de salud, apoyar la vida independiente y la protección a los niños, así como procurar que la elección más saludable sea la más fácil para los individuos.

La resiliencia es crucial para cualquier persona o grupo (Health, 2000):

Resilience the dynamic process of adapting well and responding individually or collectively in the face of challenging circumstances, economic crisis, psychologi-

cal stress, trauma, tragedy, threats, and other significant sources of stress. It can be described as an ability to withstand, to cope or to recover from the effects of such circumstances and the process of identifying assets and enabling factors. Health 2000 places particular emphasis on the importance of creating resilient communities and the idea of helping people to help themselves. The term «resilient communities» is also frequently used in the context of disaster risk reduction (such as flooding) and the importance of creating appropriate infrastructures, systems and decision-making processes.

La educación empieza en la infancia —la época más crucial— pero sigue a lo largo de toda la vida adaptada a las condiciones, preferencias y necesidades de los individuos. El nivel de educación determina el progreso de un país, además de la salud.

No cabe esperar que los elementos que afectan al bienestar de las personas corran a cargo exclusivamente del gobierno o de terceros. La responsabilidad y la autonomía individual y colectiva es determinante. Los programas públicos pueden fortalecer la buena calidad de las decisiones individuales, en concreto en cuestiones de salud y estilo de vida, por medio de la educación y la formación.

Bibliografía

- Acemoglu D, Robinson JA. Why nations fail. The origins of power, prosperity and poverty. Nueva York: Crown; 2012.
- Atkinson A. Inequality: what can be done? Cambridge: Harvard University Press; 2015.
- Borrell C. Informe sobre l'estat de la salut 2017. Agència de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona; 2017.
- Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Londres: London King's Fund; 1993.
- European Commission. The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Bruselas; 2016 [ci-

- tado 14 abr 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/
- European Commission. Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability. Bruselas. 2016 [citado 14 abr 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/.
- Göran D, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Who Regional Office. Copenhagen; 2006.
- Hauck K. et al. Health care: a literature review. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Washington. 2004.
- Laker C, Milanovic B. Global income distribution. From the fall of the Berlin Wall to the Great Recession. The World Bank Economic Review. 2016; 30(2): 203-232.
- Lalonde M. A new perspective of the health of Canadians. Government of Canada, Ottawa; 1974.
- Marmot M. Review of social determinants and the health divide in the European Region: final report. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2014.
- Marmot M. et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. The Lancet. 2014; 337(8754): 1387-1393.
- Marmot M. et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. The Lancet. 1991; 337(8754): 1387-1393.
- Milanovic B. Global inequality. A new approach for the age of globalization. Belknap-Harvard University Press; 2016.
- OECD. Ministerial statement the next generation of health reforms. OECD Health Ministerial. Reunión del 17 de enero de 2017 [citado 14 abr 2018]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf>.
- OECD. Stat. Disponible en: <https://stats.oecd.org>.
- Olson M. The rise and decline of nations. New Haven: Yale University Press; 1982.
- Piketty T. Putting distribution back at the center of economics: reflections on Capital in the Twenty-First Century. The Journal of Economic Perspectives. 2015; [citado 14 abr 2018]; 29(1): 67-88. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/43194696>.
- Piketty T, Sáez E. A theory of optimal inheritance taxation. Econometrica. 2013; 81(5): 1851-1886.
- Scheidel W. The great leveler. Violence and the history of inequality from the Stone Age to the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press; 2017.
- Smith S, Newhouse J, Freeland M. Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? Health Affairs. 2009; 28(5): 1276-1284.
- Social, Employment and Migration Working Papers, Núm. 130. París: OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5k9h363c5szq-en>.
- The Economist. Global inequality. Shooting an elephant. The Economist. 17 sep 2016.
- US Bureau of Labor Statistics. Disponible en: <https://www.bls.gov/home.htm>.
- Verbist G, Förster M, Vaalavuo M. The impact publicly provided services on the distribution of resources: review of new results and methods. OECD; 2012.
- Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Regional Office Europe. Copenhagen; 2006 [citado 14 abr 2018]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf.
- WHO. HEALTH 2000. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen; 2013.

**Cómo convendría que
se estableciesen y se
aplicasen**

Iguales pero ¿separados?: justicia distributiva sanitaria y copagos suplementarios (*top-up payments*)

Pablo de Lora

Profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid

1. Introducción

En la *Ética a Nicómaco* Aristóteles caracterizó la justicia distributiva como una especie del género «justicia particular» o «según la igualdad» que implica tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales: «Hay una justicia —añade Aristóteles— en la distribución de honores o dinero, o cualquier otra cosa *que se reparta*» (1.130b-1.131a).¹

Cabe pues hablar de justicia distributiva sanitaria en la medida en que en nuestros sistemas políticos —en lo que acostumbramos a llamar «Estados sociales»— *se reparten* recursos sanitarios, es decir, la asistencia sanitaria no está fiada al mercado, donde la adquisición de tales recursos está determinada por la capacidad de pago. Hablamos, por esa razón, de que el reparto de recursos sanitarios para la satisfacción de la necesidad sanitaria *es una cuestión de justicia*,² a diferencia, por ejemplo, de la satisfacción de la necesidad sexual que, aun siendo muy importante en la vida de los individuos, y muy desigualmente repartida, no hemos decidido confiar a ningún agente repartidor sino a la fortuna (o infortunio) de cada cual. No hablamos por ello de «justicia distributiva sexual».³

La pregunta es entonces, como señala Menzel, cuánto poder colectivo debe desplegar la sociedad para hacer que una determinada cartera de servicios sanitarios sea universal.⁴ De ello me ocuparé en lo que sigue y lo haré expo-

niendo en primer lugar tres grandes visiones de la relación entre igualdad y justicia distributiva (apartado 2). En el tercero presentaré la concepción «suficientista» de la justicia como una alternativa a las visiones prioritarista e igualitarista. Sentadas esas bases analizaré en el apartado 4 los pagos complementarios en salud (o *top-up payments*) y las razones por las cuales resultan comprometedores para la justicia distributiva sanitaria. En un último apartado de conclusiones apuntaré que las razones que militan a favor de la proscripción operan también en contra de la existencia de la medicina privada en primer lugar, una posibilidad que vulnera, seguramente de forma intolerable, otros valores que también nos son caros.

2. Igualdad y justicia distributiva

La razón por la cual el poder público acomete la tarea de distribuir recursos sanitarios es la corrección de la *desigualdad* que generaría un criterio distributivo basado exclusivamente en la capacidad de pago. Con dicha corrección se procura que, siendo la salud una de las precondiciones para que los individuos desarrollen sus planes de vida (y la asistencia sanitaria la forma de prevenir o curar la enfermedad, cuando ello es posible), todos podamos desplegar nuestra autonomía individual y perseguir nuestros planes de vida,⁵ una de las razones —si no la razón— que justifica la existencia del Estado en primer lugar. Y sin embargo...

Sin embargo, la igualdad es uno de esos conceptos o ideales políticos «esencialmente controvertidos», por usar la célebre expresión de W. B. Gallie.⁶ Para empezar, no todas las doctrinas filosófico-políticas lo aceptan, es decir, no todas las ideologías lo tienen como uno de sus ingredientes esenciales. Muchos utilitaristas, por ejemplo, se mostrarían indiferentes entre dos sociedades (Igualdilandia y Desigualdilandia) que, teniendo una distribución de recursos muy desigualitaria entre dos clases A y B, cuentan sin embargo con un nivel igual de riqueza agregada. O incluso preferirían aquella (Utilitarandia) que tiene mayor riqueza agregada aun a pesar de ser muy desigual la distribución de los recursos entre la población, como se muestra en la siguiente tabla:

	Clase A	Clase B
Igualdilandia	50	50
Desigualdilandia	10	90
Utilitarandia	2	99

Se ha señalado también que una preocupación exclusiva por la igualdad genera consecuencias muy contraintuitivas, señaladamente la de perjudicar a los que están peor en aras de la igualdad (el argumento que se conoce como *levelling-down*).⁷ Así, si volvemos a nuestra anterior tabla, podemos pensar que la situación de desigualdad en Desigualdilandia puede ser superada y transitar hacia Igualdilandia o Priorilandia, tal y como se muestra en la tabla que sigue:

	Clase A	Clase B
Desigualdilandia	10	90
Igualdilandia	10	10
Priorilandia	20	91

¿Cómo no preferir Priorilandia, un estado de cosas en el que todo el mundo está mejor, en particular los que peor estaban, aunque persista la desigualdad?⁸ Parece que la igualdad *per se* no importa. Esta concepción «prioritarista» de la justicia distributiva ha de sortear, con todo, el obstáculo de la ineficiencia: si pensamos específicamente en los recursos sanitarios sería indeseable dedicar siempre todos los esfuerzos redistributivos a los que están peor, si es que están muy mal, *resultando que los que están un poco mejor podrían beneficiarse mucho más de tal redistribución*.⁹

3. Igualdad y suficiencia

Es por ello por lo que se ha apostado por una concepción «suficientista» de la justicia. Lo que importa moralmente es la suficiencia —de recursos sanitarios en nuestro caso— y no ya la igualdad, como ha señalado Harry Frankfurt en un artículo emblemático.¹⁰ La suficiencia, ha añadido también Roger Crisp, es lo que captura nuestro sentido de la compasión por los que están mal. Y es que, abunda Crisp, «cuando la gente alcanza un cierto nivel de satisfacción de necesidades o de tenencia de recursos, incluso si persisten en una situación peor que otros, beneficiarles no es intrínsecamente más importante».¹¹ Con ello, Crisp no hace sino evocar una también famosa consideración de Karl Popper al respecto en *La sociedad abierta y sus enemigos*: «El sufrimiento humano nos apela moralmente de forma directa, reclamando una ayuda, mientras que no hay una llamada semejante para incrementar la felicidad de un individuo al que en todo caso le va bien».¹²

La concepción «suficientista» de la justicia distributiva es lo que parece informar el *modus operandi* de la inmensa mayoría de los sistemas sanitarios públicos en los que convive una cobertura pública universal junto con la posibilidad de una ampliación privada de dicha cobertura (lo que se conoce en la jerga anglosajona como *two-tiered systems*).¹³ Así, uno de los padres fundadores del pionero National Health Service (NHS) británico, lord Beveridge, ya afirmó en 1942 en su célebre informe «Social insurance and allied services» (comúnmente conocido como Informe Beveridge): «El mínimo nacional [...] significa que nadie ha de caer bajo un cierto estándar. Deja a todos disponer como quieran de sus ingresos por encima de ese estándar. Preserva tanto como es posible la libertad y responsabilidad individuales que es compatible con la eliminación de la necesidad humana».

El concepto de Beveridge podrá revestir modernamente diversas formulaciones o concepciones —en Nueva Zelanda y Canadá la legislación alude a una «cobertura razonable», en Alemania y los Países Bajos a una asistencia sanitaria «esencial» o «suficiente»—,¹⁴ pero la idea es la misma: proporcionar un mínimo a todos.

Ciertamente el «suficientismo» ha sido objetado en diversos frentes, no siendo el menor de ellos el de si, verdaderamente, desde el punto de vista de la

justicia, no hay más que decir una vez hemos logrado fijar ese nivel de «suficiencia» o mínimo, ya sea en el ámbito sanitario o en cualquier otro.¹⁵ Hay razones para dudar y para sostener que el suficientismo debe incorporar la consideración prioritarista, moldeando así una forma pluralista de suficientismo.¹⁶ Además, está, obviamente, el problema de cómo definir el nivel de suficiencia a partir del cual entenderemos que no afrontamos una cuestión de justicia si la desigualdad, como normalmente será el caso, persiste. Es el que llamaremos «problema de la vaguedad del umbral», siguiendo a Leonard M. Fleck.¹⁷ Es decir, habrá casos claros de recursos sanitarios que exceden el nivel de suficiencia, y claras instancias de recursos sanitarios que indudablemente constituyen un mínimo que el sistema debe satisfacer universalmente.¹⁸ Pero habrá igualmente una amplia zona de grises, además de la obvia necesidad de determinar la métrica de la suficiencia.¹⁹

4. El caso de los pagos suplementarios (*top-up payments*)

Más allá de las dificultades apuntadas, el suficientismo, como he dicho anteriormente, parece apuntalar la legitimidad del sistema sanitario público, un sistema que, por definición, excluye determinados tratamientos cuando estos se juzgan como recursos que exceden el umbral de la suficiencia. Y la pregunta es entonces: ¿puede en esos supuestos el ciudadano suplementar su cobertura privadamente?²⁰ Repárese en el caso de Linda O'Boyle.

La señora Boyle murió con sesenta y cuatro años de un cáncer de intestino en 2008. Su caso adquirió una notable repercusión pública²¹ cuando se supo que el NHS le había denegado un tratamiento con el antitumoral Cetuximab (Erbix) que le ofrecía seis meses más de vida y que ella estaba dispuesta a sufragar de su bolsillo, instándola a que siguiera todo el tratamiento de su cáncer de manera privada. Las reacciones no se hicieron esperar. En la comparecencia del 1 de abril de 2008 ante la Cámara de los Lores de la responsable gubernamental, la baronesa Thornton, lord Naseby se preguntó: «No sería más equitativo, mejor y más humano permitir a estos pacientes terriblemente enfermos, todos los cuales han contribuido al sostenimiento del NHS, com-

plementar su tratamiento, siempre y cuando la medicina esté autorizada y su distribución no supusiera un coste para el NHS? ¿Cómo puede ser justo quitarles el tratamiento que ya el NHS les proporciona? ¿No es todo esto simplemente una pesadilla de la burocracia sanitaria?».²² Mientras que la columnista del *Daily Mail* Melanie Phillips escribió, criticando al ministro de Salud, que la decisión del NHS imponía la «igualdad de las tumbas».²³

¿Cuáles son las razones para excluir los pagos suplementarios, o *top-up payments*, de enfermos como la señora Boyle? Son fundamentalmente tres. Primero, que con la permisión de los pagos suplementarios se disminuye la capacidad negociadora del sistema sanitario público. Segundo, que con dicha posibilidad se rompe la lógica del seguro prudente. Y *last but not least*, que con la autorización de los *top-up payments* se introduce inequidad en el sistema pues se permite la distribución en función de la capacidad de pago.

Frente a ello se aduce, por un lado, que ya existen, de hecho, pagos suplementarios que aceptamos cómodamente: más sesiones de fisioterapia, por ejemplo. Por otro, desde un punto de vista instrumental, que la admisión de los pagos complementarios tiene un saludable efecto de *levelling up*: su difusión cataliza la ampliación de la cobertura sanitaria y a la larga beneficia a los enfermos potenciales. Y además, desde una óptica igualitaria, que con la admisión del pago suplementario y la no exclusión del sistema público se permite atender a quienes no podrían acudir al aseguramiento privado para costearse todo el tratamiento. El último de los argumentos es, de nuevo, un argumento de principios, una razón basada en nuestra aversión al *levelling down* (véase más arriba): ¿a quién perjudica que la señora Boyle se sufrague el *top-up* y siga recibiendo atención sanitaria en el NHS? En términos paretianos estamos ante una distribución mejor. Y sin embargo...

En el informe que elaboró el oncólogo Mike Richards, comisionado por el gobierno británico para estudiar el asunto y proponer una solución, se repasan todos estos argumentos y se apuesta finalmente por una solución que solo puede juzgarse como de compromiso: la de poder recibir asistencia suplementaria pagada por el paciente sin renunciar al tratamiento por parte del NHS pero en instalaciones separadas. Se trata de la aplicación del viejo dicho «ojos que no ven, corazón que no siente», o tal vez una suerte de inversión

del célebre fundamento de la segregación entre blancos y negros en Estados Unidos que consagró la sentencia de la Corte Suprema *Plessy v. Ferguson*.²⁴ iguales pero separados.²⁵

Esta solución consistente en camuflar a los «aventajados» —aunque especularmente pudiera pensarse que los camuflados en realidad son los «pobres»— se antoja infantil pues presupone que la gente desconoce la existencia de «privilegiados» que se pueden costear tratamientos que no dispensa la sanidad pública. Pero más allá de constatar esta ingenuidad cabe preguntarse qué justifica la reluctancia, qué erosión a la justicia o al ideal de la igualdad o al suficientismo hay en el hecho de permitir el *top-up payment*. Y es que pareciera que, como se ha señalado anteriormente, nos encontraríamos ante un manifiesto caso de odiosa igualación por lo bajo. ¿O es que tal vez no es tan odiosa?

Conclusión: de nuevo la igualdad y la nivelación por lo bajo (*levelling down*)

¿Agota el criterio paretiano —el hecho de que podamos transitar a un estado de cosas mejor, donde más personas, por ejemplo, disfrutan de asistencia sanitaria sin que nadie resulte perjudicado— nuestra consideración sobre la justicia distributiva y la igualdad? ¿Es *siempre mejor* beneficiar a alguien cuando de todos modos no cabe beneficiar a todo el mundo?

Esas dos son las preguntas normativas subyacentes a la legitimidad del pago suplementario, interrogantes que, en el fondo, nos obligan a considerar si la igualación por lo bajo es siempre moralmente errónea. Pensemos, como nos propone Nir Eyal, en las donaciones de órganos dirigidas, aquellas en las que el donante designa al beneficiario de la donación. ¿Deberían permitirse si el donante condiciona el beneficio a la circunstancia de pertenecer a la misma raza? Nos parece odiosa la donación racista, si bien cabe decir que nadie sale perjudicado.²⁶

Nuestra indignación moral en estos supuestos se explica, como han señalado diversos autores, por la existencia de una dimensión de la igualdad que no es la estrictamente atinente a la justicia distributiva. Es, antes bien, la idea de

la «igualdad social», el tipo de relaciones sociales que se dan entre los ciudadanos y el modo en que las instituciones los tratan.²⁷ Para estos igualitaristas relacionales, la asistencia sanitaria no sería solo uno de los instrumentos de la redistribución para la satisfacción de las necesidades básicas de la ciudadanía, sino que también cumpliría una función *expresiva*: reforzar nuestro sentido de común ciudadanía como iguales,²⁸ una forma de cimentar lo que en la terminología rawlsiana denominamos «bases del autorrespeto».²⁹

Claro que si todo esto es así, si nos hemos de tomar más en serio de lo que acostumbramos a hacer la dimensión expresiva de la asistencia sanitaria basada en la igualdad relacional, la pregunta que nos asalta es obvia: ¿basta con prohibir los *top-up payments* o tenemos también que proscribir la asistencia sanitaria privada? Durante años así ocurrió en Canadá hasta que una sentencia de la Corte Suprema de 2005 acabó con la proscripción bajo la bandera de la libertad de médicos y pacientes que buscan satisfacer su necesidad sanitaria en el ejercicio de su autonomía.³⁰ Se me antoja que lord Beveridge sigue teniendo razón.

Notas

1. Cursivas mías.
2. Menzel PT. Determining a basic minimum of accessible health care. A comparative assessment of the well-being sufficiency approach. En: Fourie C, Rid A, editoras. What is enough? Sufficiency, justice and health. Nueva York: Oxford University Press; 2016. pp. 205-222, 205-206. Como ha destacado oportunamente Jahel Queralt, en la teoría de la justicia más influyente del pasado siglo, la de John Rawls, no había espacio para considerar la asistencia sanitaria como una cuestión de justicia en la medida en que los principios de esta están pensados para una sociedad de miembros plenamente cooperantes. Esa extensión, en el seno del esquema rawlsiano, es debida originalmente a la obra de Norman Daniels.
3. Y tal vez deberíamos afrontarlo. Así, por ejemplo, hay quienes han defendido la existencia de servicios públicos, o públicamente sufragados,

- para satisfacer la necesidad sexual de personas discapacitadas. Véase <https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/apr/10/sex-workers-disabled-people> y el documental de TV3 sobre la materia: *Jo també vull sexe!* (<http://www.ccma.cat/tv3/alacarta/sense-ficcio/jo-tambe-vull-sexe/video/5634098/>).
4. Menzel, op cit. pp. 205-206. El poder puede consistir en la exacción tributaria para financiar los servicios o, como en el caso de la Affordable Care Act (popularmente conocida como «Obamacare») en Estados Unidos, la obligación de contratar un seguro sanitario.
 5. Véase Fourie C. Sufficiency of capabilities, social equality, and two-tiered health care systems. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 185-204, 193.
 6. Essentially contested concepts. En: Proceedings of the Aristotelian Society. Vol 56; 1955-1956. pp. 167-198.
 7. Equality or priority? En: Clayton M, Williams A, editores. The ideal of equality. Reino Unido: Macmillan; 2000. pp. 81-125.
 8. Una expresión del prioritarismo es el célebre principio de diferencia de John Rawls defendido en su *A theory of justice*.
 9. Huseby R. Sufficiency, priority, and aggregation. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 69-84, 72-73; y Shields L. Some questions and (answers) for sufficientarians. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 85-100, 93-96.
 10. Equality as a moral ideal. Ethics. 1987; (98): 21-42, 21-22; y más recientemente, On inequality. Princeton: Princeton University Press; 2015.
 11. Equality, priority and compassion. Ethics. 2003; (113): 745-763, 755.
 12. Princeton University Press; 1950. pp. 570-571, nota 2.
 13. Véase Ram-Tiktin E. Basic human capabilities as the currency of sufficientarian distribution in health care. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 144-163, 144, 146; y Panteli D, Ginneken E. Defining health care benefit packages. How sufficientarian is current practice? En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 247-266, 248-249. Los sistemas *two-tiered* responden al suficientismo en la medida en que no permiten el descuelgue de quienes adquieren cobertura sanitaria privada (véase Fourie C. Sufficiency of capabilities, social equality, and two-tiered health care systems. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 185-204, 185). De acuerdo con Annette Rid, el suficientismo sería también el presupuesto de los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos; véase Sufficiency, health, and health care justice. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 30-47, 46.
 14. Panteli y Ginneken, op cit. pp. 253-254. Así y todo, como ponen de manifiesto Panteli y Ginneken en su estudio comparado en relación con el acceso a los servicios de asistencia sanitaria de los inmigrantes indocumentados (en Noruega, Alemania, Países Bajos y Reino Unido) debemos poner sordina al adjetivo «universal» cuando hablamos de cobertura sanitaria; id. pp. 255-256.
 15. En esa línea, Casal P. Why sufficiency is not enough. Ethics. 2007; 117(2): 296-326, 307.
 16. Así Fourie C, The sufficiency view: a primer. En: Fourie C, Rid A, editoras. op cit. pp. 11-29, 27-28.
 17. Véase Just caring. The insufficiency of the sufficiency principle in health care. En: Fourie C, Rid A, editoras. pp. 223-243, 228-230.
 18. Piénsese, para el primer supuesto, en la controversia que ha suscitado el medicamento Truvada, un fármaco que minimiza enormemente el riesgo de contagio de sida a un coste altísimo y habiendo una alternativa mucho más barata: el uso del preservativo. Véase https://elpais.com/sociedad/2014/05/15/actualidad/1400146955_343401.html. O piénsese en otros medicamentos, como el Ivacator, para el tratamiento de la fibrosis quística, de extraordinario coste (230.000 euros por paciente) para tratar una enfermedad de muy escasa prevalencia.
 19. Fleck, op cit.
 20. En la literatura en español de economía de la salud son abundantísimos los estudios sobre copagos sanitarios. No así, en cambio, sobre pagos suplementarios a servicios, tratamientos o fármacos excluidos. La excepción es el economista Jaume Puig-Junoy: véase por todos, El papel de los co-

pagos en sistemas de salud públicos y universales. Papeles de Economía Española. 2014; (142): 62-72; y ¿Qué pasa con las prestaciones sanitarias excluidas? Blog Pilleconomics. 15 de octubre de 2014 (puede consultarse en <http://pilleconomics.blogspot.com.es/2014/10/que-pasa-con-las-prestaciones.html>).

21. Véase, por todos, la edición de *The Telegraph* de 1 de junio de 2008 (<http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/2062737/Cancer-patient-Linda-OBoyle-dies-after-NHS-ends-free-care-over-top-up.html>).
22. Véase el acta de la sesión en: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200708/ldhansrd/text/80401-0001.htm>.
23. Citado en *Who decides who decides?* Oxford-Nueva York: Radcliffe; 2008. p. 114.
24. 163 US 537 (1896).
25. Richards M. Improving access to medicines for NHS patients. The National Archives. Department of Health [Internet]. 2008. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_089927.
26. Eyal N. Leveling down health. En: *Inequalities in health: concepts, measures, and ethics*. Oxford-Nueva York: Oxford University Press; 2014. pp. 197-212, 202-203.
27. Voigt K, Wester G. Relational equality and health. *Social Philosophy and Policy*; 2015; 204-229.
28. Weinstock DM. How should political philosophers think of health? *Journal of Medicine and Philosophy*. 2011; 36(4): 424-435, 429.
29. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press; 1971. p. 440.
30. *Chaoulli v Quebec (AG)* [2005] 1 S.C.R. 791 2005 SCC 35.

Prioridades de salud o prioridades de políticas para ganar salud

Ildefonso Hernández

*Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
(Universidad Miguel Hernández)*

Introducción

Hace unos años se decidió impulsar una política específica de salud pública desarrollando una ley para crear las condiciones que aseguraran buena salud, en términos de igualdad, para el conjunto de la población y con una serie de objetivos en ámbitos concretos. Se preparó una nueva ley que asumía que la salud pública era una cuestión relevante en diferentes sectores, incluyendo economía, educación y mercado laboral. Esa política se basó en los condicionantes sociales de la salud en lugar de en las enfermedades y problemas de salud. Se pensó que monitorizar los factores que afectan a la salud —y no solo las enfermedades— permitiría disponer de una indicación más rápida acerca de cómo cambia la situación, lo que a su vez podría acelerar las decisiones políticas convenientes. Esa ley de salud pública fue aprobada unánimemente por los representantes de todos los partidos políticos. La norma promulgada estableció, entre otras cosas, que los condicionantes de la salud en relación con la meta principal y los objetivos deberían ser seguidos anualmente y que además debía publicarse un informe de salud pública de forma regular. Como consecuencia de la nueva ley, el Gobierno recibió y examinó un primer informe estatal de salud pública que proponía tres áreas estratégicas: buenas condiciones de vida, entornos promotores de salud y acciones contra el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como contra el juego. Al respecto se proponían 68 recomendaciones. El Gobierno ha respondido muy positivamente a las recomendaciones del informe; de hecho, ha adoptado el 60% de las recomendaciones en menos de dos años, siendo los costes de las medidas implantadas siempre inferiores al 10% del coste que tiene la inacción en cada ámbito

concreto. En resumen, se puede afirmar que la política de salud pública en Suecia, que es la descrita hasta ahora, reúne características que la configuran como un buen ejemplo a seguir.¹ En España, aunque hay alguna similitud a lo ocurrido en Suecia, los progresos han sido diferentes. En 2011, se aprobó una Ley General de Salud Pública con la casi unanimidad de los representantes de los partidos políticos. Una ley que —a pesar de ser previamente limada, casi cercenada (o *cepillada* si usamos el lenguaje parlamentario)— también consideraba el desarrollo de una Estrategia Estatal de Salud Pública y encomendaba al Centro Estatal de Salud Pública, de nueva creación, su seguimiento y evaluación e incorporaba como prioridad la vigilancia de los condicionantes de la salud, así como los principios de equidad y salud en todas las políticas, entre otros.²

El Gobierno de España, en lugar de una estrategia específica de salud pública tal como obliga la ley, ha redactado un plan de promoción y prevención que depende de la estrategia de cronicidad. No solo se trata de un claro incumplimiento de la norma, sino un menosprecio a la salud pública al situarla como dependiente de una estrategia puramente asistencial, lo que es una muestra de la calidad democrática y técnica de los responsables del despropósito. Al igual que en este asunto, el resto de la ley sigue sin cumplirse por la falta de aplicación de casi todos sus artículos y por no haber desarrollado los reglamentos previstos. No obstante, pese a esta dejación de responsabilidad del Gobierno estatal, la Ley de Salud Pública está influyendo en buena parte de los desarrollos en las comunidades autónomas y cabe señalar como buena noticia que casi siete años después de su promulgación se acaba de crear una comisión ministerial que tiene el encargo de redactar un Real Decreto que la desarrolle. Antes de ser «desarreglada», la ley mencionada compartía bastantes ingredientes con la norma sueca. Por su parte, el desarrollo de la ley de este país nórdico muestra un alto grado de cooperación entre los distintos niveles del entorno decisional —desde el municipal al estatal— y un buen funcionamiento de la asignación de fondos en programas y sectores distintos para abordar acciones previstas en la política de salud pública, la cual indica que en ciertas circunstancias es posible priorizar políticas de salud. Suecia las aborda desarrollando una estrategia singular de salud pública independiente de los servicios asistenciales y adoptando medidas financieras adecuadas para

hacer viable la idea de salud en todas las políticas. Eso no significa que no haya tensiones entre sectores y competencia por recursos como en todas las Administraciones públicas; de hecho, una investigación en Quebec, Suecia y el sur de Australia constatan estas tensiones, si bien en Suecia se han introducido mecanismos que permiten sortear las dificultades.³

Cualquier ejercicio de priorización debe incluir en el análisis de los problemas y sus condicionantes las políticas (o la ausencia de ellas), pues son causa estructural de aquellos. Por otra parte, del ejercicio de priorización debe resultar una relación de acciones, de intervenciones. En lo que a la salud se refiere, sigue siendo excesivamente habitual que en todo análisis de los condicionantes de la salud se omitan las políticas, lo que supone una manera de formular los problemas que anticipa un determinado tipo de soluciones. En este texto, comentaré en primer lugar unos trabajos previos sobre priorización y en segundo lugar sugeriré diversas cuestiones para el debate sobre este proceso. Cuando aquí hablo de priorización no me refiero a las acciones de priorización en el contexto de los servicios de salud, que lógicamente deben establecer formas de elegir las opciones más eficientes entre las distintas intervenciones. Estoy considerando únicamente las decisiones sobre políticas públicas en el ámbito de la salud. Por poner un ejemplo, el problema de salud que supone la medicalización y la iatrogenia consiguiente requiere mejoras en los ámbitos asistenciales que influyan en los que toman las decisiones, es decir los profesionales sanitarios. Sin embargo, para solucionar el problema se requiere también la instauración de políticas sobre prestaciones, financiación, investigación, formación de los profesionales, etc. Si consideramos que este es un problema grave de salud pública, la respuesta de un proceso de priorización sería el señalamiento de aquellas políticas que contribuyesen a reducir el problema, así como que los servicios adoptaran las acciones necesarias para su adecuado funcionamiento. Ambos niveles de decisión mencionados no son independientes, pero hay diferencias en los procesos que desembocan en la implantación o no de intervenciones y en el tipo de acciones adoptadas.⁴

Definición de prioridades en las políticas de salud

No hace demasiado tiempo SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), con el auspicio de la Fundación Esteve, reunió a una serie de expertos diversos para examinar formas posibles de establecer prioridades en políticas de salud.⁵ Quizá la diversa procedencia de estos hizo que, cuando espontáneamente se hablaba de cuáles eran las prioridades y cuáles las recomendaciones de futuro, se considerasen asuntos no habituales en las priorizaciones al uso. De hecho, aunque el cometido del encuentro era tratar sobre los métodos de establecer prioridades, también nos preguntamos acerca de qué prioridades —sin usar método alguno— estableceríamos, por supuesto perfiladas por nuestros valores y preferencias. Al fin y al cabo, como recordaba Ricard Meneu en ese mismo encuentro, el proceso y la cuantificación de prioridades admite múltiples enfoques y la elección de cualquiera de ellos nunca es neutral, pues siempre están cargados de valores y preferencias —no siempre explicitados— que se traducen en ordenaciones radicalmente diferentes. Las cuestiones que de modo espontáneo los participantes consideraron prioritarias se exponen en la tabla 1.

Las propuestas se refieren tanto a problemas como a acciones políticas. Como puede comprobarse, algunas de las cuestiones consideradas prioritarias por estos expertos no es habitual que aparezcan en ningún proceso de priorización sanitaria, pues normalmente estos están sesgados hacia la atención sanitaria y no hacia las políticas de ganancia en salud. Si comparamos esta breve lista de asuntos con el listado de cuestiones que SESPAS redactó con motivo de las elecciones generales de 2015, observaremos que, a pesar de algunas diferencias, hay sobre todo similitudes, tales como prestar atención específica a los condicionantes sociales de la salud, resaltar la falta de políticas concretas para mejorar la salud de la población y, en el documento de SESPAS, la necesidad de mejorar la calidad del gobierno de la salud. Si bien es cierto que hay solapamiento entre los expertos que han elaborado las dos listas mencionadas de problemas o acciones prioritarias, sin embargo ese solapamiento es menor y lo relevante desde mi punto de vista es que entre los dos documentos se recogen casi todos los objetivos contenidos en la política sueca de salud pública.

Tabla 1. Algunos problemas prioritarios*

- Los condicionantes sociales de la salud que están incorporados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- Exclusión severa, pobreza (y en particular pobreza infantil), vivienda digna y salubre, falta de empleo, desatención a la dependencia, salud mental en general y la derivada de los problemas sociales y económicos.
- Educación, en particular la insuficiencia de las políticas dirigidas al fracaso escolar y las políticas de apoyo cuando cierran las escuelas.
- Contaminación del aire, contaminación química y física en general y falta de rigor o ausencia de políticas de control.
- Carencia de políticas sólidas dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud.
- Debilidad de la cultura organizativa comunitaria y su estabilidad en el tiempo.
- Ausencia de una estrategia de comunicación, de una mercadotecnia pública para incrementar la exigencia social de calidad democrática, de evaluación y rendición de cuentas; y acrecentar la conciencia de la ciudadanía con respecto a la no sostenibilidad de los modelos no priorizados, el valor social y económico de las políticas sostenibles, la no finalidad en sí misma de la salud, los perjuicios del exceso de medicalización en todas las etapas de la vida o la necesidad de equidad y solidaridad como valores cívicos.
- El «raptó» de la ciencia por intereses no coincidentes con el interés general y la inexistencia de una evaluación independiente de políticas e intervenciones en salud.

* Reproducido con autorización de Hernández Aguado I, coordinador. Definición de prioridades en las políticas de salud. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.

Tabla 2. Posicionamiento de SESPAS en el año electoral de 2015. Protege tu salud con tu voto*

- Volver a la senda de la universalización de la salud.
- Desarrollar la Ley General de Salud Pública y garantizar la salud pública en todos los territorios.
- Solo financiar con dinero público actuaciones basadas en suficiente evidencia científica.
- Salud en todas las políticas; la importancia de la educación.
- Más medidas frente al tabaquismo.
- Las grasas trans, la sal y los azúcares añadidos a la alimentación procesada e industrial también matan.
- Reducir el tráfico en las ciudades y activar a las personas.
- La prevención de la violencia de género es una prioridad de salud pública.
- Priorizar la lucha contra el desempleo y reducir su impacto es priorizar la salud; renta mínima saludable.
- Equidad: desarrollar una estrategia nacional de reducción de desigualdades en salud.
- Cambio climático y medio ambiente.
- Diplomacia y salud.
- Salud urbana.
- Mejorar el gobierno de la salud y de los sistemas de salud.

* Tomado de: Posicionamiento de SESPAS en el año electoral de 2015. Disponible en: <http://sespas.es/wp-content/uploads/2017/01/SESPAS-Elecciones-2015.pdf.pdf>⁶

Da la impresión de que a la hora de fijar prioridades se produce bastante consistencia cuando se parte de una visión de la salud dirigida a la mejora de los niveles de salud de la población y enfocada a la acción sobre las causas radicales de los problemas de salud.

Cabe resaltar que en los tres documentos considerados aparece la cuestión de la calidad de las instituciones. En el caso de Suecia se refiere en concreto a la mejora de la calidad democrática relacionada con la participación en los asuntos públicos y a la prevención de la discriminación. En el caso de España, cuando hablamos de buen gobierno y calidad de las instituciones nos referimos a ello de forma integral, ya que los problemas de mal gobierno son generalizados, incluyendo la baja calidad de las instituciones, lo que convierte al buen gobierno en un asunto cardinal entre las prioridades.^{7,8} Y esto ocurre pese a las numerosas y apropiadas propuestas disponibles, usualmente desoídas.^{9,10}

Más allá de las similitudes en la fijación de prioridades observadas en los documentos examinados, es oportuno indicar que no es mucha distancia la que media entre las cuestiones señaladas como prioritarias en España y el perfil de los condicionantes sociales de la salud. El *Atlas de la salud poblacional en las regiones de la Unión Europea* recientemente publicado por el proyecto Euro-healthy muestra que España puntúa regular en algunos de los condicionantes sociales de la salud pero que, por otra parte, refleja unos excelentes resultados en términos de salud y de funcionamiento de los servicios sanitarios.¹¹ Si asumimos el conocimiento científico disponible sobre la relación entre condicionantes sociales y los niveles de salud y bienestar a largo plazo, se desprende que entre las prioridades de la política de salud en España hay que considerar varios de los condicionantes sociales, destacando entre otros las desigualdades crecientes y los problemas de la educación general. De hecho, cuando se trataba del abordaje de la salud en todas las políticas en los ejercicios de priorización antes mencionados, Beatriz González nos recordó que la salud es uno más entre los objetivos de la sociedad, un objetivo que, siendo importante, no es, desde luego, exclusivo, pues bienestar económico, educación, seguridad o medio ambiente compiten con salud por la atención de los gobiernos, habiendo a veces entre ellos relaciones contrarias —también sinérgicas—, dado que renunciamos a algo en una de ellas a costa de una mejora en la otra (lo ilustró

con el ejemplo de ingresos y salud, pues con la edad cambian las preferencias respecto a si se prefieren más ingresos o más salud). De ahí que se discutiese si los ejercicios de priorización debían considerar bienestar social en general o solo salud. También de ahí la propuesta formulada en su día por Beatriz González y Vicente Ortún acerca de la calidad de las instituciones, recomendando la creación de una agencia independiente, que denominaron NIWE (National Institute for Welfare Enhancement) y que podría ser competente en decisiones sobre prestaciones del bienestar.¹²

Antes de plantear las sugerencias sobre hacia dónde podría dirigirse el proceso de priorización en las políticas de salud, vale la pena comentar las recomendaciones que acerca de este proceso se recogieron en la jornada dedicada a la definición de las prioridades en las políticas de salud, que se exponen en la tabla 3. Una parte significativa de las recomendaciones se centraron en políticas dirigidas a los prerrequisitos de la salud, mientras que otra parte, también manifiesta, se centró en mejorar la calidad de las instituciones y el buen gobierno, en línea con lo comentado más arriba. No obstante, más allá de las recomendaciones, quedó patente en muchas de las intervenciones de los participantes en la jornada que es imprescindible «mover» las percepciones sociales para hacer posibles las políticas de ganancia en salud. Es decir, asumimos que tales políticas son necesarias y que para desarrollarlas hay que priorizar las intervenciones que mejoren la calidad de las instituciones y aquellas otras que modifiquen las percepciones sociales —y por tanto la esfera pública— con objeto de crear un entorno favorable a esas políticas; en breve: hacer individualmente atractivo lo que es socialmente deseable.

Si consideramos que el sistema de salud debe dejar de perseguir la salud a toda costa como objetivo último y que hay que conseguir que una parte importante de las ganancias en salud sean el efecto de políticas relacionadas con el bienestar en un sentido amplio, solo con cambios culturales en el ámbito social y político esto es posible. Por tanto, además de considerar propuestas de cómo priorizar debemos admitir también que no se trata de modular solo las respuestas del sistema de salud, sino de modificar por completo el marco y tales respuestas.

Tabla 3. Recomendaciones de futuro

- Disponer de un centro que reúna, analice y comunique sintéticamente la información disponible para el análisis, priorización y formulación de políticas de salud. Por ejemplo, se necesita un conocimiento sobre las percepciones de la sociedad acerca de los límites de la vida y su concepción de la salud y otros terrenos del bienestar.
- Incluir la vigilancia rutinaria relativa a los condicionantes sociales de la salud —incluyendo los activos en tal ámbito— y evaluar el impacto y equidad en salud de las diversas políticas para poner en evidencia los efectos positivos o negativos de estas en cualquier área, como industria, movilidad, urbanismo, trabajo, economía, etc.
- Organizar la participación, el empoderamiento ciudadano, de la siguiente forma: 1) información que se entienda a partir de una buena gestión del conocimiento; 2) participación cualificada desde la formulación de políticas, desde la misma toma de decisión y desde el análisis de las alternativas; y 3) justicia para garantizar las anteriores consideraciones e impedir desmantelarlas.
- Disponer de una agencia en salud con suficiente independencia política y crédito técnico-científico, o incluso de una agencia de inversión en bienestar y de evaluación de políticas públicas.
- El Ministerio de Sanidad debe ejercer un liderazgo en la transformación de las políticas, y para ello es necesario una transformación a fondo de su estructura, personal y funciones.
- Emplear a fondo el principio de precaución. Sin prudencia habrá problemas graves por la reducción de las exigencias medioambientales en los tratados de libre comercio y de libre circulación de servicios, recortes que pueden dar lugar a serios efectos sobre la salud y el medio ambiente.
- Aplicar los principios de buen gobierno que distintos organismos han propuesto.
- Reformular las prioridades de investigación logrando que la investigación obtenga el retorno social adecuado a la inversión realizada.

- «Mover» las percepciones sociales y aprovechar las corrientes favorables del posible cambio de época que permitan modificar las políticas de salud.
- Combinar el modelo distributivo con el predistributivo. Por ejemplo: salario mínimo/hora que evite trabajadores pobres; vivienda suficiente; educación (comienzo vital) de alta calidad de cero a tres años.

Las posibilidades de la priorización de políticas que generen salud

Si se trata de modificar el marco de las respuestas que la sociedad debe dar a los asuntos de la salud, cabe preguntarse por los argumentos que sustentan la necesidad de priorización de políticas de ganancia en salud. Hay motivos científicos, éticos, sociales y políticos que apoyan esta visión. Miquel Porta, hace ya tiempo, en la cuarta página de *El País*, se preguntaba por el absurdo que supone un olvido tan clamoroso como silencioso —nos olvidamos de nosotros mismos— del que todos los ciudadanos somos en alguna medida responsables: en concreto, las políticas de ganar salud. Afirmaba que «hay poderosas y caducas razones: nuestros hábitos individuales y colectivos (en consumo, residuos, transporte), la renuncia de la economía convencional, los grupos de presión, los políticos inmovilistas y, en fin, las negligentes políticas públicas y privadas que eligen no visualizar los muertos, el sufrimiento y el gasto sociosanitario que los componentes más obsoletos de nuestro modelo de desarrollo contribuyen a causar. Ciertamente siempre nos ha costado apreciar lo que va bien, lo que en silencio se hace bien. Hay pues más razones: los beneficios de los sistemas de salud pública son a menudo invisibles, cotidianos, generalizados y a largo plazo. De modo que no se contemplan en la esclerótica contabilidad al uso ni en nuestros sistemas de valores»; y concluía el artículo afirmando que los beneficios son reales, ilustrándolo con varios ejemplos.¹³ Ricard Meneu, por su parte, nos avisaba de que el problema de muchas políticas benéficas para la salud es que se realizan en otros sectores y de que, «a pesar de las oportunidades que ofrece una adecuada colaboración intersectorial en el logro de priorización transversal para mejoras en salud,

indefectiblemente incorpora o exagera un problema que ya se ha apuntado: la mayor inconmensurabilidad de sus efectos, dadas las limitaciones y provisionalidades del conocimiento intercambiable. Carecemos de estimaciones adecuadamente comparables de los efectos sanitarios, económicos y sociales de la intervención en muchos ámbitos “priorizables”, en especial fuera de los dominios tradicionales de la salud».¹⁴

Sin duda la falta de innovación social, debida a la agenda investigadora vigente, afecta al conocimiento disponible y aplicable a las políticas públicas de salud. Sin embargo, hay que decir que pese a ello varios países están presentando una priorización de acciones de salud en todas las políticas acompañadas de estimaciones de impacto basadas en el conocimiento y con efectos presupuestarios y sociales bastante ajustados. Claro que eso depende de la acción o política concreta elegida. Trazar el impacto real y cuantificado en términos de salud y considerando el resto de consecuencias que tiene en la salud una política agrícola europea o nacional es obviamente complejo y más aún si hablamos de un acuerdo internacional de comercio. No obstante, si atendemos a las investigaciones disponibles, no se anda tan a ciegas como se va a veces con muchas de las tecnologías médicas. Por otra parte, lo que se desprende de la constatación de la falta de generación de conocimientos en algunas áreas de salud es que la actividad investigadora no responde a las necesidades de salud de la sociedad; de hecho, las agendas de investigación siguen una línea de interés que no parece coincidir con el de los ciudadanos, lo cual apunta a que una de las prioridades en salud es la modificación de la política de investigación.^{15,16} Aceptando que hay falta de conocimiento, entiendo que el que ya está disponible es suficiente para muchas intervenciones políticas que sin embargo no se implantan.

Allí donde se aplica decididamente la idea de salud en todas las políticas se comienza a nivel macro —políticas estatales— por las más sencillas y cercanas en salud pública, por ejemplo la regulación de alimentos o bebidas, mientras que cuando se desciende a política local se implantan políticas más alejadas del campo de la salud aunque incidan patentemente en ella, como es el caso de la regulación del tráfico motorizado, las políticas sociales de atención, la salud mental de los adolescentes o las de protección del medio ambiente frente a productos tóxicos. ¿Qué ocurre en nuestro entorno?, por ejemplo ¿qué ocurre

con políticas como la prevención del tabaquismo, el consumo de alcohol, las drogas o el juego? Hay evidencias suficientes de la efectividad de políticas regulatorias en los ámbitos mencionados y, sin embargo, el impulso en esas políticas es muy reducido. Es decir, que a nivel estatal hay intervenciones de responsabilidad del Ministerio de Sanidad que tienen por objeto indudable ganar en salud, a pesar de lo cual hay barreras que impiden en muchas ocasiones su implantación. Si examinamos los recursos disponibles, comprobamos que, en el caso del tabaco, en el Ministerio de Sanidad hay tres funcionarios asignados a esta tarea. Así pues, un país con 46 millones de habitantes y en el que el tabaco como único factor es el causante de una alta carga de enfermedad cuenta con unos recursos ínfimos a nivel central. Y lo mismo podemos decir sobre nutrición o alcohol. El problema es que estas cuestiones no entran ni siquiera en la agenda. ¿Qué oportunidades tiene la ministra de Sanidad de ser expuesta a ideas sobre ganancia en salud y qué probabilidad tiene de estar expuesta a asuntos sobre la enfermedad y sus soluciones? En el lado de la enfermedad hay más de un millón de trabajadores y múltiples agentes involucrados que en conjunto producen una deriva a enmarcar la salud como un asunto de enfermedad a la que responder con soluciones biomédicas, dejando así poco espacio en la agenda a la salud. Mientras muchos profesionales están considerando cuándo y cómo inician el cribado de cáncer de pulmón, una intervención de dudosa efectividad, por el lado de la salud apenas hay recursos. Las políticas de ganancia en salud se van haciendo invisibles en la esfera pública y en la agenda política. ¿Es aceptable dedicar tantos recursos a nuevos tratamientos para alargar la vida unos pocos días o meses mientras son ridículos los recursos dedicados a impedir la exposición a la causa de muchas de esas tragedias humanas? La dificultad para que se abran paso políticas teórica y prácticamente benéficas y de bajo coste, como las regulaciones, requiere aproximarse a los procesos de formulación de políticas y entender las causas probables de que se adopten algunas decisiones o de que se opte por la inacción.¹⁷

Notas

1. Linell A, Richardson MX, Wamala S. The Swedish national public health policy report 2010. *Scand J Public Health*. 2013; 41(10): 3-56.
2. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado. 104593-626.
3. Pinto AD, Molnar A, Shankardass K, O'Campo PJ, Bayoumi AM. Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia. *BMC Public Health*. 2015; 15:171.
4. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet*. 2017; 390(10090): 178-190.
5. Hernández Aguado I, coordinador. Definición de prioridades en las políticas de salud. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.
6. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Posicionamiento SESPAS en el año electoral 2015: Protege tu salud con tu voto. Barcelona: SESPAS; 2015. Disponible en: <http://sespas.es/2015/05/08/posicionamiento-sespas-en-el-ano-electoral-2015-protecte-tu-salud-con-tu-voto/> (accedido el 22/1/2018).
7. Transparencia Internacional España. Villoria Mendieta M, director. Una evaluación del lobby en España: análisis y propuestas. Madrid: Transparencia International España; 2014 [citado 2 may 2018]. pp. 83-84. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf.
8. Hernández-Aguado I, Chilet-Rosell E. Pathways of undue influence in health policy-making: a main actor's perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2018; 72(2): 154-159.
9. Ortún V, editor. El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer; 2009.
10. Asociación de Economía de la Salud: Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance; 2013 [citado 2 may 2018]. Disponible en: <http://www.aes.es/sns-diagnostico-propuestas>.

11. Santana P. Atlas of population health in European Union regions. Coimbra: Universidad de Coimbra; 2017.
12. López-Valcárcel BG, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64(6): 497-499.
13. Porta Serra M. Ver lo que nos sale a cuenta. *El País*. 2010 (jueves 10 de junio) [citado 2 may 2018]. Disponible en: https://elpais.com/diario/2010/06/10/opinion/1276120812_850215.html.
14. Meneu R. Para priorizar es prioritario... Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud. En: Hernández Aguardo I, coordinador. *Definición de prioridades en las políticas de salud*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016. pp. 3-9.
15. Transparencia Internacional España. Villoria Mendieta M, director. *Una evaluación del lobby en España: análisis y propuestas*. Madrid: Transparencia Internacional España; 2014. pp. 41-44.
16. Brezis M, Wiist WH. Vulnerability of health to market forces. *Med Care*. 2011; 49: 232-239.
17. Ibid 8.

Aportaciones al debate

La salud, la sanidad y el vestido nuevo del emperador

Bernabé Robles

Jefe del Servicio de Neurología del Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Cuando se aborda el tema de la distribución correcta de los recursos sanitarios, se suele partir de la necesidad de «racionar» un bien escaso y preciado, que es la primera acepción de esta palabra en el diccionario: «Someter algo en caso de escasez a una distribución ordenada». Pero existe también una segunda acepción («Te voy a racionar el dulce») que se refiere a limitar el consumo para evitar consecuencias negativas. Personalmente, me parece esta la más interesante en el contexto actual de las llamadas «sociedades avanzadas». Desgraciadamente, en buena parte del globo, todavía hoy se sigue recurriendo al puro racionamiento en su primera acepción, al estilo del de nuestra posguerra.

No obstante, en la posguerra racionábamos aquello considerado imprescindible (con algunos errores de bulto, como el tabaco). Pero ¿resultan verdaderamente imprescindibles, beneficiosas en sí mismas, todas las actividades sanitarias que intentamos distribuir adecuadamente? ¿Es realmente provechoso todo aquello que receptores y prestadores de servicios sanitarios percibimos como bueno e irrenunciable?

En este punto sería conveniente un pequeño paréntesis literario; en concreto, un breve resumen de un cuento de Hans Christian Andersen: «El vestido nuevo del emperador». Los cuentos evocan la introspección, y la introspección suele ser buena consejera:

Había una vez un emperador muy presumido y con mucho poder. Un día se presentaron en la ciudad dos bribones que le ofrecieron confeccionarle un traje con una tela tan especial que solo podrían ver quienes no fueran tontos o indignos de su cargo. Sin embargo, el oro y los materiales preciosos no se empleaban en el supuesto traje. Los dos tunantes los iban acumulando para sí mientras fingían que tejían. Como habían afirmado que quien no pudiese ver la tela era tonto o indigno,

ningún consejero del emperador manifestó que no había tal traje. Lo mismo ocurrió con cuantos los visitaron, y con el propio emperador, quien, cuando el traje estuvo listo, no dudó en quitarse sus ropas y «ponérselo», acudiendo a un gran desfile vestido con sus invisibles telas. Estas fueron igualmente alabadas por todo el pueblo, conocedor también de las condiciones que permitían su «visualización». Pero esto fue así hasta que un niño gritó entre risas: «El emperador está desnudo». Y todos, incluido el emperador, se dieron cuenta del engaño y del ridículo que habían hecho.

El lenguaje de la «priorización» («poner antes, en tiempo u orden») nos resulta más cómodo que el del «racionamiento». Simplemente se trata de decidir qué o quién va primero, y qué o quién tiene que esperar. Evita la incomodidad de la negación absoluta, aunque hay quien puede ver aquí solamente un eufemismo del más crudo racionamiento.

Personalmente, desde una reflexión necesaria (pero continuamente aplazada en la práctica) sobre los verdaderos fines de la medicina, es tiempo primero de descartar, luego de priorizar y más tarde, si no hay más remedio y no podemos proveer de todo aquello esencial y bueno, racionar. Sin embargo, esto obliga a una detenida consideración previa a la hora de tomar decisiones relativas a inversión económica, humana o de conocimiento en salud.

Habitamos una sociedad en la que, más allá de los cincuenta años, tener algún que otro rótulo de enfermedad es la norma, y no la excepción como intuitivamente parecería adecuado. No es necesario tener síntomas para enfermar, porque la tecnología se da cuenta antes que nosotros. Somos sujeto, pero también objeto y mercado.

Por intereses complejos de analizar en las pocas páginas de que disponemos hemos «priorizado» el preventivismo medicalizado a la promoción de la salud, que son dos cosas bien distintas. El miedo a enfermar se ha convertido en una oportunidad de hacer negocio, en un motor económico. El sector de la salud es ya un agente muy relevante de ocupación. Hemos puesto claramente por delante lo sanitario a lo social, y esta primera «priorización» ya es cuestionable. Hemos olvidado, o quizá querido olvidar, lo mucho que sabemos sobre los verdaderos determinantes de la salud, entre los cuales los grandes hospitales de elevada tecnología suponen una pequeña parte, paupérrima comparada con la cuantía de las inversiones que se destinan a ellos.

Así, si buscamos prioridades básicas, podríamos distinguir dos focos:

- El primero, revisar si no es más importante la promoción de la salud, analizando los principales determinantes de la misma, que la pura medicalización de la sociedad. La atención a la enfermedad ha ido sepultando progresivamente la promoción de la salud, aunque sabemos que solo determina entre un 10 y un 20% de la salud global de las poblaciones.
- El segundo, y no menos importante en nuestro entorno, sería luchar contra la futilidad de los procedimientos y propuestas sanitarias, tanto diagnósticas (antes y después de los síntomas) como terapéuticas.

Ahora bien, como ya hemos apuntado, este cambio cultural, profesional y político que significaría dejar de poner todo el acento en lo puramente sanitario tendría evidentemente consecuencias socioeconómicas. Se ha generado un funcionamiento en resorte estado-mercado-profesionales-pacientes que puede haber entrado ya en un círculo vicioso. La importancia como sector económico de la medicina que hacemos es tan grande que una hipotética contracción de lo sanitario conllevaría de entrada un serio impacto socioeconómico que, paradójicamente, podría acabar influyendo en los determinantes sociales de la salud. En este sentido, los mecanismos correctores para evitar dicho impacto no serían bien recibidos en múltiples ámbitos actualmente vinculados a la maquinaria sanitaria. Es posible que estemos «atrapados» en nuestros «éxitos sanitarios». Es ya una obligación moral inaplazable ponderarlos y relativizarlos, preservando lo esencialmente beneficioso y limitando lo peligroso (la iatrogenia), lo vacuo (la futilidad) y lo inadecuadamente interesado.

Supongo que hemos priorizado lo sanitario a causa de nuestra propia «antropología indigente», necesitada de esferas de protección y caracterizada por el gobierno de los miedos y una aversión ancestral a la desgracia, aunque esta sea solo una probabilidad remota e inconcreta. Conociendo los determinantes de salud de las poblaciones, seguramente deberíamos haber promocionado más la renta de las personas (o más bien evitar asimetrías en su distribución), la educación y otras medidas de salud pública más clásicas, dirigidas más bien a la polis en su conjunto y no tanto a los individuos particulares, diseñando sociedades que faciliten y promuevan mantenerse sano.

Volviendo al cuento de Andersen, deberíamos considerar si el paciente occidental (el emperador) recibe realmente todo el beneficio prometido por parte de sus nuevos sastres (los profesionales sanitarios). El gran problema, aquello que hace que nuestra realidad sea mucho más complicada que la del cuento, es que incluso los sastres (profesionales sanitarios) están convencidos de estar vistiendo correcta y eficientemente a su cliente (el emperador). Se hace difícil vislumbrar una solución al problema si antes no saneamos también los procedimientos de génesis y difusión de conocimiento sobre la salud y la enfermedad, así como los mecanismos de creación y percepción de necesidades por parte de los ciudadanos.

Al final, la oferta sanitaria depende de decisiones tanto clínicas como políticas. La política determina la oferta potencial y los clínicos la oferta efectiva. Por tanto, existe una enorme responsabilidad pública, pero también una responsabilidad clínica individual que no debe ser eludida, aunque el contexto y las expectativas no ayuden.

Para acabar, necesitamos un observador sin intereses creados que revele lo fútil o engañoso. Necesitamos, como el emperador, al niño del cuento para reconstruir los fines de la medicina (si aún estamos a tiempo), descartando todo aquello que no responda a ellos e intentando diseccionar el conjunto de intereses confluyentes. Es un cambio cultural que nos exige, a todos, una generosidad en los valores. Seguramente excluyendo lo fútil y lo interesado, un racionamiento de lo bueno, deseado y valioso en la atención sanitaria no sería tan necesario, cuando menos en nuestro privilegiado entorno, que es mucho más frágil de lo que creemos.

Ética y salud pública: prioridades y políticas sanitarias

Juan Gérvas

Médico rural jubilado, miembro del Equipo CESCA y profesor visitante de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid)

En un amplio sentido se puede ver la medicina clínica como una parte de la salud pública; en ambas el epicentro es la elección entre posibles cursos de acción, pues no es posible, ni necesario, hacer todo al tiempo y para todos; es decir, el núcleo básico sanitario es la priorización, tanto en lo que respecta a la atención individual como a la atención a la población. Priorizar permite, además, reducir las desigualdades sociales, muy acusadas en España y con dominio de las fuerzas divergentes; en este sentido cabe considerar «la salud en todas las políticas» y potenciar alternativas no sanitarias, básicamente la mejora de la educación.

Dado su interés, se podría aceptar la expresión de la prioridad en negativo: la selección justificada y definición acotada de lo que no se va a hacer, siendo explícitos los componentes ideológicos y técnicos de dicha selección/definición. Ello implicaría un ejercicio de democracia participativa para introducir valores —sobre todo de eficiencia, equidad, ética, igualdad y justicia— en el proceso de racionamiento, selección y reparto de recursos públicos tanto en sanidad como en educación y servicios sociales. En este sentido racionar es denegar recursos y servicios potencialmente beneficiosos, especialmente duro de llevar a cabo en las zonas grises en que no está claro el posible balance entre los beneficios del hacer y los perjuicios del no hacer (el daño de la inacción).

Lamentablemente, el peso de la enfermedad y el cabildeo en torno a la misma supone la priorización *de facto* (implícita) fundada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, con sus apartados por especialidades. De hecho, aceptando la priorización por enfermedad, es tarea titánica lograr una cierta presencia de las políticas sobre determinantes de la salud que logre un equilibrio mínimo siquiera en los grandes problemas comunes a la clínica y la salud

pública como son las enfermedades infecciosas y cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, la salud mental, los accidentes laborales y otros.

Se precisan criterios transparentes, principalmente sobre cómo se racionan los recursos y por quién, pues no hay método perfecto. Si predomina el criterio técnico se imponen los valores y preferencias que subyacen a las elecciones científicas y se ocultan sus carencias, y si predomina el criterio democrático se imponen los criterios éticos de la mayoría y no se evitan resultados inmorales, como negar atención a problemas atribuidos a «malas» conductas (falta de higiene, consumo de alcohol y otras drogas, etc.).

La transparencia suele brillar por su ausencia pero son omnipresentes las pautas derivadas de prioridades y del racionamiento, en todos los niveles. Muchas veces se hacen explícitas en el nivel micro, en la toma final de decisiones por los profesionales clínicos ante el paciente durante el acto asistencial, lo que no implica que haya un gran margen de libertad en ese momento, pues con frecuencia son elecciones marcadas por el contexto legal, material y consuetudinario. Por ejemplo, la implantación del DIU para el control de la natalidad es imposible en España por parte de la enfermera de atención primaria, lo que es rutina diaria en Suecia. El racionamiento «a pie de cama» suele ser ineficiente e injusto tanto por las condiciones de incertidumbre clínica como por la ignorancia profesional y la ausencia de criterios de eficiencia social. El problema, además, es que desconocemos el coste de los servicios, lo que sí se sabe en las democracias más avanzadas.

Conviene tener en cuenta que las prioridades del pasado marcan sobremaneira las del presente... y las del futuro. Es decir, el racionamiento deja huella y establece la senda por la que han de seguir racionamientos futuros. Por ejemplo, un servicio de cirugía cardíaca sobredimensionado llevará a un consumo irracional casi en «movimiento perpetuo» a lo largo de décadas, pues lo que se hace hoy impone una inercia y una lógica continuista que determinará en gran medida lo que se hará mañana. Los profesionales sanitarios suelen ser muy de decir: «toda la vida se ha hecho así», en el sentido de sobreutilizar servicios ante el sufrimiento de pacientes y familiares (y ante la presión de las distintas industrias, por decirlo todo), muchas veces alineados con intereses corporativos.

Priorizar en sanidad no es una prioridad política, valga la redundancia. La dejación de las funciones de priorización, de racionamiento, es más fácil en el nivel macro, donde las grandes declaraciones pueden ocultar «pequeñas» maldades. Por ejemplo, declarar constantemente a la atención primaria como eje del sistema pero disminuir progresivamente el porcentaje del presupuesto dedicado a la misma. En los niveles meso y micro la acción suele exigir el racionamiento siquiera sea por condiciones de tiempo y espacio. Así, en el nivel meso se imponen condiciones de racionamiento explícito mediante el control de los recursos con mecanismos tales como barreras físicas y burocráticas para el acceso, o la «dilución» de la respuesta por menor número de profesionales. Y en el nivel micro, por ejemplo, es imposible que en urgencias hospitalarias se respeten los tiempos máximos de espera cuando la afluencia es masiva y se impone el establecimiento de un filtro que proporcione acceso rápido a los casos más urgentes o graves. Esta toma de decisión que prioriza suele carecer de incentivos de mejora, como bien demuestra la continuidad desde hace décadas de procedimientos inútiles, tipo las pruebas pre-operatorias de rutina.

La priorización exige considerar cinco campos: 1) la financiación pública (es fundamental el incremento de los ingresos públicos y convienen los criterios explícitos sobre su mejor uso, especialmente respecto a la innovación sanitaria); 2) la planificación, para hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente y controlar la oferta (que crea demanda, a sabiendas de que esto no resuelve la inadecuación por exceso o defecto); 3) el factor de sostenibilidad, mediante el control de la incorporación de prestaciones a la cartera de servicios y también dejando de financiar intervenciones que no se financian incluso en países más ricos y cultos; 4) la competencia por comparación en calidad; es decir, competencia entre entes con cierta autonomía y responsabilidad, un mecanismo que puede ser implantado gradualmente para que dentro de veinte años la financiación pública tenga alguna relación positiva con el desempeño (el problema es el peso institucional de sectores poco competitivos como el bancario y el eléctrico, lo que condiciona toda la visión social relativa a la competencia); y 5) un mejor gobierno, pues hay una cierta relación entre calidad de la democracia y calidad de la priorización, y en España el deterioro institucional ha llevado a la irracionalidad en el racionamiento

(como demuestra el AVE, que solo falta que llegue a Baleares y Canarias) y al descrédito en el campo sanitario por miopías evitables tipo la construcción de los nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid o la privatización en la Comunidad Valenciana (se precisa introducir el aroma, siquiera, del conocimiento científico en las decisiones políticas).

Priorizar en salud pública supone más dificultad que hacerlo en la clínica, pues los intereses generales pueden no coincidir con los individuales y estos ser fácilmente manipulables. Por ejemplo, el caso de la hepatitis C y su tratamiento, o la actitud frente a los programas de cribado de cáncer, tan manipulables con la narrativa del caso único y de «los recortes injustificados», o en el campo de las vacunas, cuya racionalidad se evita con el etiquetado de «antivacunas». Y sin embargo, es innegable la contribución en salud de la priorización de la salud pública como demuestran las disposiciones respecto al tabaco y el tráfico de vehículos. El primer ejemplo puede servir de muestra de las distintas formas de decidir en la práctica, del racionamiento real, pues las políticas de control del tabaquismo apenas cuentan con menos de diez funcionarios, mientras que la respuesta al cáncer de pulmón consume recursos ingentes, especialmente en quimioterapia que a veces ofrece poco más que unos días de mayor supervivencia.

Para terminar, la priorización no debería conllevar tirar por la ventana la libertad individual ni el componente ético que legitima las decisiones clínicas y en salud pública. Conviene una aproximación global que destaque lo que funciona y vale la pena potenciar.

Definición, ejecución y evaluación de prioridades con efectos en la salud: mucho camino recorrido. ¿Más o menos del que parece?

Miquel Porta

Catedrático de Salud Pública en el Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) y la Universitat Autònoma de Barcelona

Agradezco con toda la calidez que me cabe la posible atención del lector y la oportunidad de complementar con algunas ideas las muchas y para mí muy interesantes que se presentaron y discutieron en el excelente seminario que auspiciaron SESPAS y la Fundación Grífols. Siendo el tejido español de instituciones y *think-tanks* sobre salud pública y bienestar social notoriamente deshilachado (no lo está coyunturalmente sino que «es» deshilachado, por lo menos en comparación con el de otras monarquías constitucionales), ese amparo merece reconocimiento. Y en especial dado el tema del encuentro (ver más adelante).

Las ponencias y el resto de intervenciones del encuentro me parecen un correctivo, o al menos un contrapunto importante, a algunas de las ideas que en años recientes hemos propuesto incorporar a nuestros espacios y marcos de reflexión y acción.¹⁻⁸ El contrapunto o la piedra de toque que aprecio en diversas de las ponencias es que tanto en España como en el contexto internacional existe una rica realidad de organizaciones, marcos, procesos y decisiones que influyen poderosamente en la definición y ejecución de prioridades en las políticas de salud y bienestar social. Existen. Y en buena medida tienen efectos de calado. Aunque a menudo se desarrollen en ámbitos locales y parezcan intangibles. O invisibles. En parte, precisamente por ello. Relevancia de lo local, de lo aparentemente intangible, inmaterial o invisible.

Creo que la mayoría o todos los participantes en el seminario —a la par que muchos compañeros profesionales como presumiblemente tú, amable lec-

tor— consideramos fundamental valorar los *efectos* que sobre las condiciones *reales* de vida de las personas, las comunidades y el planeta conllevan las políticas públicas y privadas; en particular las políticas que mejores efectos tienen en los ámbitos de la justicia y la equidad, la libertad y la democracia, la ética y el civismo, las relaciones de género, el ocio y la cultura, la eficiencia social, el medio ambiente, la salud, los derechos civiles, el bienestar social, la energía, el transporte y la movilidad, la alimentación... o la propia economía real.⁹ (A nadie le entusiasma tener que recordar que existen economías reales y ficticias o fraudulentas, pero es que se habla relativamente poco de las muchas posverdades o mentiras sobre la economía que suelen difundir algunas organizaciones financieras y mediáticas.) Efectos, impactos, influencias.

Analizar (e intervenir en) las instituciones, marcos, procesos y decisiones que influyen en la definición y ejecución de prioridades en las políticas de salud requiere analizar (e intervenir en) las estructuras, los flujos y las interacciones de los distintos poderes en las redes industriales y culturales locales y globales.¹⁰ Esas en las que se ejecutan ciertas prioridades y se abortan otras.

Como posible contribución conceptual auxiliar a tales análisis y para complementar otras propuestas de mayor enjundia técnica, en otros parajes he sugerido metáforas y analogías genómicas y médicas como la del empalme alternativo (*alternative splicing*) o la del cerebelo,¹¹ esa región del encéfalo cuya función principal es *integrar* y en cierto modo *regular* los flujos de las vías sensitivas y motoras. Pues de integración y regulación está hecha en buena parte la geografía por la que transitamos en esta travesía. O bien: pues es menester integrar y regular para cumplir las etapas de este inagotable viaje.

* * *

Antes de escribir las notas que siguen he releído las que escribí a propósito de otro encuentro similar al que este monográfico resume.¹² Las he releído esperando encontrar errores y lagunas, con un cierto ánimo autocrítico, autoescéptico, *self-deprecating* en la medida de lo posible (una obligación y un placer, tampoco está de más recordarlo). Un año y pico más tarde, es lógico que no tenga mucho que añadir: no he caminado (aprendido, vivido) mucho más.

De mayor relevancia que las aportaciones individuales es, a mi juicio, el hecho de que ambas reuniones y obras¹³ reflejan bien el pensamiento plural y riguroso —y las acciones no menos diversas y exigentes— de unas generaciones de profesionales españoles de la salud pública y la administración sanitaria que han estado y están desplegando un trabajo ingente tras décadas de miseria. Mucho trabajo y muy bueno. (Alguien tenía que decirlo.) Visto con una cierta perspectiva etaria y mundana. Trabajo e impacto, huellas: bastante más que una muesca en el esqueleto o el navío de la historia de España, hasta hace poco tan parca en ilustración y modernidad. Los informes de SESPAS y la revista *Gaceta Sanitaria* son buenas atalayas a esa historia, como lo son nuestras publicaciones científicas y de toda índole. También miles de acciones desarrolladas por centenares de instituciones y organizaciones. No son espejismos.

En efecto, creo que —aunque a simple vista no sea obvio— podemos seguir aprendiendo a mirar y a apreciar mejor los múltiples efectos positivos de este trabajo —así como, claro, sus deficiencias—. Un trabajo que se está desarrollando en y desde múltiples instituciones, organizaciones, espacios y redes, dentro y fuera de lo que tradicionalmente llamamos «el sistema sanitario».¹⁴ Una labor que ha sido enormemente influyente dentro y fuera del océano del dichoso sistema: en las arenas y lodazales económicos, financieros, industriales y culturales locales, regionales, continentales y globales (o «planetarios», como empieza a estar de moda decir ahora que parece acabarse el glamur del vocablo «global», tan reciente y tan vilipendiado).

Vaya tiempos, vaya galerna. Fascinantes y devastadores, llenos de progreso y crueldad, de travesías con avances espléndidos (ante algunas hambrunas y patologías médicas y sociales, por ejemplo), pero también de naufragios, infamias y desolación. Todo ello, en gran parte, resultado de definir y ejecutar prioridades. O no. El *Mare Mortum*. Precarios rescates. Cadáveres. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La tortura. La crueldad de las guerras y las falsas paces más allá de todo nombre. La obscena impunidad del 1% en sus infiernos fiscales. El contexto. Las estructuras. Los cuerpos adormecidos por la desesperación o el desamparo bajo los pórticos de la Banca. ¿De qué prioridades hablamos, en qué mundo vivimos, quiénes nos creemos que somos?

No es menester explayarse en las causas de los procesos de corrupción que han destrozado e hipotecado cimientos y estructuras vitales para nuestros estados del bienestar.¹⁵ El mensaje de los que sí ejecutan (ciertas) prioridades es: «¡Abandonad toda esperanza!»: la deuda... el déficit fiscal durará generaciones... el FMI, Europa nos exigen... la inversión en sanidad, educación, investigación deberá descender obligatoriamente... El precio de los rescates que sí se organizaron.

Ni hace falta releer ese tuit («mi botón nuclear es más grande que el tuyo») de Donald Trump, tan útil a su clase. Solo recordar que ese contexto (avances, retrocesos, progreso, reacción) es el contexto fundamental en el que se produce la definición y ejecución de prioridades en las políticas de salud, en las políticas públicas y privadas que desde tantos ámbitos influyen en la salud, el bienestar social y la equidad.¹⁶⁻¹⁸ Solo subrayar que es imperativo analizar (e influir en) quiénes son y cómo funcionan los distintos poderes en el sistémico mundo de hoy, con tantas posibilidades y carencias. Las instituciones, organizaciones y empresas públicas y privadas que influyen en la salud desde casi todos los ámbitos de la economía y el empleo, la industria, la política, la cultura, el ocio o el medio ambiente. Las redes y sus nodos de poder financiero, político, industrial, tecnológico, militar, mediático, alimentario, lúdico, cultural, sanitario, académico, etc. A su vez valorando —y mucho— las políticas locales (municipales, autonómicas, estatales); las cuales hoy influyen fuera de sus contextos más que hace unas décadas, *bottom-up*. Precisamente porque operan en sistemas tan interconectados.¹⁹

* * *

Y en esta *conversación* local y global —otro gran tema relacionado, también oportunamente amparado por la Fundación Grífols—,²⁰ procede traer a colación otro tuit, que parece típicamente celtibérico pero por desgracia no lo es, de nuestro compañero José Ramón Repullo (@repunomada se dirigía a mí pero el tuit era público al uso):

Miquel... Es imposible darles ideas. Las tienen todas pensadas. Cientos y miles de buenos sueldos dedicados a influir en varios miles de KOLs (key opinion leaders), para recalentar el consumo sanitario.

El tuit vino a cuento de estos dos anteriores:

@repuomada: «Si seguimos bajando dinteles de factores de riesgo, acabaremos todos en tratamiento. En Madrid podríamos enchufar las estatinas, metformina, iecas, ansiolíticos... en el agua del Canal de Isabel II.»

@miquelporta: «No les des ideas, @repuomada ...!» (obvio los emoticones).

Pues eso: esa es «la industria de la influencia» (otra expresión del *New York Times*, esta de hace veinte años) en la que hay que influir para influir en la definición y ejecución de prioridades.²¹ Otro ejemplo. Para conocer los detalles del sustancioso debate en el que intervenía Repu pueden consultarse las relevantes aportaciones de nuestro compañero Juan Gérvas (en @JuanGrvas), aquí presente, y las fuentes científicas que cita. Menos es más cuando «más» no suma nada.

Otras facetas fundamentales

A continuación menciono otras facetas que me parecen substanciales en el presente debate (las citas pueden hallarse en el texto ya mencionado).²²

La ausencia de atención o de confianza en la efectividad social de las instituciones que influyen en los factores condicionantes de nuestra calidad de vida y bienestar, y la atención racionalmente desproporcionada a discursos y gestos sin impacto real en aquellos factores, es hoy un hecho de dimensiones preocupantes. Incluso si creemos, como personalmente también creo, que las emotividades y aparentes irracionalidades son profundamente humanas, inevitables y en, parte, sanas.²³ La globalización desregulada, desbocada, ha generado enormes frustraciones; algunas llenas de razón y de racionalidad. Pero ojo con los políticos y medios dedicados casi en exclusiva a la *agit-prop*. Gran impacto en la ejecución o no de ciertas prioridades.

Para nada es anecdótico o impertinente; al contrario, guarda una relación clara con el tema de elegir unas u otras prioridades: me refiero a la ceremonia a la que Ildefonso, Carme y otras compañeras aquí presentes asistimos el 24 de mayo de 2017, antes de los impactantes sucesos por todos conocidos (intento de referéndum sobre la independencia de Cataluña en octubre de

2017, etc.), en el espléndido Saló de Sant Jordi del Palau de la Generalitat de Catalunya con el *president* Puigdemont y el *conseller* Comín oficiando la puesta de largo del «Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública» (PINSAP). Un plan magnífico con claras prioridades. Sin ironía alguna. Nunca las estrategias para integrar la salud en todas las políticas habían alcanzado un apoyo político tan alto en Cataluña. Insisto: cero ironía. Pero: presupuesto, cero. Ergo: aplicación del Plan, ínfima o nula (habría sido así con o sin Artículo 155, todos sabemos el alcance de las propuestas sin presupuesto). Pero: los altos protagonistas de la ceremonia tenían otros *planes*; perfectamente acordes con los *relatos* que sus medios de comunicación de masas venían priorizando. Y desde la meseta ayudando (porrazos a la vieja usanza, piolines, alusiones a Companys, etc.). Cuánta energía ciudadana e institucional desperdiciada en épicas y huidas de la realidad de unos y otros nacional-populismos. No totalmente irracionales.²⁴ No tan distintos de los de Estados Unidos, Reino Unido, Polonia, Hungría... La realidad, el presente, el contexto histórico. Determinan (aquí, sí) prioridades. Y así pasan los años.

Un poco más de visión histórica nos vendría bien. En salud pública. Para reflexionar sobre prioridades (en las) políticas.

Cambemos el trapío del barco y su rumbo. En salud pública muchas veces ya sabemos cómo hay que deliberar y decidir, qué hay que priorizar, qué organizaciones y recursos son necesarios y eficientes. *Solo* falta más apoyo ciudadano, político y mediático, mayor fortaleza organizativa ante los poderes tóxicos y la corrupción, alianzas, recursos, sistemas de regulación inteligentes, eficientes, sistémicos, democráticos.

Mejores análisis de los activos en salud, las redes de salud pública y sus flujos de influencia nos sorprenderían favorablemente. Por su densidad, interactividad, plasticidad y riqueza estructural y funcional, por su considerable eficiencia social. Es necesario y posible que visualicemos y analicemos mejor esas redes, activos, procesos y efectos. Son tareas que en buena medida ya se están haciendo desde enfoques como la evaluación del impacto en la salud y el mapeo de activos en salud. Rafa Cofiño (@rcofinof) o Amaia Bacigalupe (@AmaiaBacigalupe) son dos de los numerosos ejemplos a seguir, y no solo en

Twitter. Son prioridades, enfoques y estrategias que asimismo aplican muchas instituciones; en mi caso vivo con especial aprecio las políticas que en mi ciudad desarrolla la Agencia de Salud Pública, otro de los abundantes ejemplos institucionales. Me parece que en España y otros países la economía de la salud debe conseguir más recursos para tales trabajos; quizá sin disminuir los que bien dedica a la economía de la medicina.

Para intentar ser coherentes con los mejores modelos sobre los factores condicionantes de la salud, conviene reconocer que la implicación de las instituciones y empresas públicas y privadas, y de las organizaciones sociales y ciudadanas, en los procesos de definición, aplicación, seguimiento y evaluación de prioridades en las políticas de salud no debe circunscribirse, ni en la realidad actual se circunscribe, a las políticas clínicas y asistenciales: esa participación e influencia debe desarrollarse (y en buena parte ya se desarrolla) en todas las áreas políticas y sociales que inciden en la salud.

Con lo cual se hace más evidente todavía lo siguiente:

- a) muchos de esos procesos de priorización en áreas no sanitarias no se lideran y gestionan desde lo que tradicionalmente conocemos por servicios sanitarios y de salud pública o por las autoridades sanitarias, sino que se producen a menudo sin nuestra intervención, desde economía, industria, trabajo, justicia, comercio, cultura, medio ambiente, etc.;
- b) habitualmente (pero no siempre) las organizaciones extrasanitarias lo hacen sin un reconocimiento hacia la salud pública y sin mucha o ninguna conciencia del impacto en la salud que tienen esas políticas tradicionalmente consideradas no sanitarias;
- c) es factible dialogar con esas organizaciones extrasanitarias para persuadirlas de que es legítimo y les interesa dar valor (dentro de ellas y hacia fuera) a las ganancias en salud que sus actuaciones consiguen;
- d) podemos aprender más de los éxitos y fracasos de los «marcos de coordinación interministerial», así como de otras figuras institucionales y otros espacios sociales que llevan a cabo políticas transversales saludables, sostenibles y contra las desigualdades sociales (por ejemplo en salud laboral, exclusión social, educación, vivienda y urbanismo);

- e) los obvios peligros y desafíos (por ejemplo la dilución de la Autoridad de salud pública, la pérdida de protagonismo de los representantes tradicionales de la salud pública, la debilidad ante otros departamentos del mismo gobierno en la asignación de presupuestos) no quitan razón a lo dicho;
- f) existen necesidades y posibilidades de desarrollar mejores espacios y mecanismos de participación utilizando y fortaleciendo sus bases jurídicas y la pujanza de las organizaciones sociales y la sociedad civil;
- g) ciertos modos de pensar el mundo de los salubristas y otros expertos en salud pública y servicios sanitarios son todavía demasiado piramidales (y eso que ya han empezado las celebraciones de los cincuenta años de Mayo del 68...);
- h) en muchos otros casos, sin embargo, sí somos coherentes con el hecho de que las políticas sistémicas que afectan a la salud no pueden en modo alguno gestionarse solo desde la salud pública o solo con la intervención de las instituciones y organizaciones de salud pública, sanidad o medicina;
- i) necesitamos una mejor monitorización y análisis de las causas, daños y beneficios sistémicos, así como actuar mejor sobre las conexiones causales entre economía, pobreza, salud, ocio, cultura y ciudadanía, o si se prefiere, entre economía sostenible, derechos civiles, condiciones de trabajo, salud pública, energía y medio ambiente, guerras, emigración, xenofobia, género, filosofía, ética y valores democráticos; y
- f) el análisis, la deliberación, la definición, la ejecución —meticulosa, perseverante— y la evaluación (ídem) de las prioridades en las políticas de salud y bienestar social y de toda índole son en verdad tareas de máxima relevancia; por tanto, justifican con creces los considerables recursos que a ellas dedicamos desde dentro y desde fuera de la salud pública, merecen que trabajemos mejor por optimizar esos recursos y sus impactos, y justifican cabalmente la organización de este seminario, sus reflexiones y sus propuestas prácticas.

* * *

Extensos son pues a mis ojos los caminos con esfuerzo recorridos. Sin duda más de lo que la vista, la memoria, el corazón y las bibliotecas alcanzan. Ciertamente mucho menos de lo que fuere deseable, conveniente, sensato o necesario. Los senderos se bifurcan. Las adversidades impregnan pieles y almas con su polvo plomizo. Cansancio, tropiezos, perplejidades, afectos y otras dichas espolean a los caminantes. Pocos creen que Ítaca exista. Versos de Kavafis y de Josep Palau i Fabre les acompañan cual piedras preciosas en las alforjas. Las caravanas prosiguen su tenaz, inagotable, privilegiado viaje.

Notas

1. Porta M. El poder, el dinero y la carne. Prioridades reales en las redes sistémicas. En: Hernández Aguado I, editor. Definición de prioridades en las políticas de salud. Cuadernos de la Fundación Dr. A. Esteve. Barcelona: Fundación Dr. A. Esteve. 2016; 36: 31-42. Disponible en: <https://www.esteve.org/libros/cuaderno-politicas-salud/>.
2. Porta M. ¿Podemos actuar sobre las causas ambientales del enfermar? Podemos. Contra la desazón, la desolación y el negacionismo ambiental. En: Casino G, Fernández E, editores. Epidemiología para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. A. Esteve. Barcelona: Fundación Dr. A. Esteve y Asociación Española de Comunicación Científica. 2015; 32: 39-48. Disponible en: <https://goo.gl/DXIEQV>.
3. Porta M. Si la epidemiología social existe, es integrativa. Y lo que importa es su influencia, teórica y práctica. En: Estany A, Puyol A, editores. Filosofía de la epidemiología social. Madrid y México: Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Editorial Plaza y Valdés; 2016. pp. 17-39. Disponible en: <https://goo.gl/JoIc8B>.
4. Porta M. La conversación y el diálogo sobre el conocimiento científico. Entre los investigadores, la población, los medios de comunicación, las organizaciones ciudadanas y las instituciones. En: Burón A, Segura A, Terribas N, editores. Ética, salud y dispendio de conocimiento. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2016; 38: 78-93. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/monographs#>.
5. Hernández-Aguado I, Benavides FG, Porta M. Los profesionales españoles de la salud pública ante la Ley General de Salud Pública [Editorial]. Gaceta Sanitaria. 2012; 26: 295-297. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/los-profesionales-espanoles-salud-publica/articulo/S0213911112001641/>. Benavides FG, Porta M, Hernández I, et al. La nueva Ley General de Salud Pública: desarrollarla es el gran reto del próximo gobierno. El País. 3 de octubre de 2011: 36 y ed. digital. Porta M, García-Altés A. Salud en todas las políticas. El País. 24 de junio de 2008: 41. Porta M, Arbós X. La salud pública exige más cooperación. El País. 3 de mayo de 2011: 37. Disponible en: https://elpais.com/autor/miquel_porta/a. Porta M. Cuidado con el catedrático. Periódico eldiario.es. 23 de octubre de 2015. Disponible en: http://www.eldiario.es/tribunaabierta/Cuidado-catedratico_6_444515551.html; versión completa en <http://miquelportaserra.blogspot.com.es/>. Porta M. La política, el placer y la carne. El País. 27 de octubre de 2015: 26. Disponible en: <https://goo.gl/lo6J2P>. Porta M. Como sombras de nubes en el fondo del lago. Folia Humanística. 2016; 2: 66-78. Disponible en: <https://goo.gl/QTQFPE>. Porta M. Sorbo a sorbo (sin obsesionarse). El País. 16 de junio de 2016: 28 y ed. digital. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2016/06/15/ciencia/1466007150_568792.html. Porta M. Entre el fútbol y el glifosato, no hay partido. Claves de Razón Práctica. 2016; 249: 126-135. Disponible en: <http://www.revistas culturales.com/revistas/15/claves-de-razon-practica/num/249/>. Bolívar F, Porta M. Sobrevivir a los antibióticos (Políticas sobre la esperanza de vida). Matador. 2016; S: 79. Disponible en: <http://clubmatador.com/revista-matador/>. Porta M. Causas del cáncer: estilos y condiciones de vida. Contexto y Acción-ctxt. 2017; 135. Disponible en: <http://bit.ly/2fLrQ1D>.
6. Porta M. ¿Será verdad? Sobre causalidad, confusiones y sesgos. Y sobre prisas, prejuicios y otras querencias. En: Casino G, Fernández E, editores. Epidemiología para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. A. Esteve. Barcelona: Fundación Dr. A. Esteve y Asociación Española de Comunicación Científica. 2015; 32: 23-31. Disponible en: <https://goo.gl/DXIEQV>.

7. Porta M. Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor. Reflexiones a propósito del proyecto de Ley General de Salud Pública del Gobierno de España. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2010; 40(2): 43-46. Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion44.pdf>. Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. *El País*, 10 junio 2010: 31. Disponible en: https://elpais.com/autor/miquel_porta/a.
8. Porta M, Alguacil J, Fernandez M, Crous M. Genética y salud pública. En: Fernández-Crehuet J, Delgado M, Bolúmar F, et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 12a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. pp. 921-931.
9. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67: 286-291. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/early/2012/08/16/jech-2011-200363.full.pdf>.
10. Porta M. La (i)relevancia de Cataluña y del resto de España en las redes industriales y culturales globales. Contra la bunkerización del marco de análisis. Y a favor de otra in(ter)dependencia. *InfoLibre*. 24 de marzo de 2014. Disponible en: <https://goo.gl/sNG7oA>. Porta M. Química electoral. *El País*. 8 de mayo de 2015. Disponible en: <https://goo.gl/DXlEQV>.
11. Ibidem 1.
12. Ibidem 1.
13. Ibidem 1.
14. Ibidem 7.
15. Ibidem 1
16. Ibidem 1.
17. Ibidem 10.
18. Naím M. *The end of power: from boardrooms to battlefields and churches to states. Why being in charge isn't what it used to be*. Nueva York: Basic Books; 2013.
19. Ibidem 1.
20. Ibidem 4.
21. Porta M. Ponencia inaugural: Utopías y realidades para las epidemiólogas y los epidemiólogos españoles del siglo XXI. 16a Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Sevilla, 21 de octubre de 1998. Disponible en: <https://goo.gl/CwygRi>.
22. Ibidem 1.
23. Ibidem 10.
24. Ibidem 10.

Relación de participantes

Coordinadores

- Andreu Segura, coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Salud Pública de SESPAS.
- Àngel Puyol, profesor de Ética y Filosofía Política de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Ponentes

- Maria Callejón, catedrática de Economía de la Universitat de Barcelona.
- Pablo de Lora, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Mireia Espallargues, responsable del Área de Evaluación de Tecnologías y Calidad, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Departament de Salut.
- Ildefonso Hernández, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández.
- Vicente Ortún, departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Salvador Peiró, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), Valencia.

Especialistas invitados

- Gracia Álvarez, enfermera, exvocal de la Comisión Regional de Bioética de Castilla y expresidenta del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León.

- Margarita Boladeras, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona.
- Carme Borrell, gerente de la Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Josep M. Busquets, secretario del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Victòria Camps, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- José Luis Conde, Organización Médica Colegial.
- Juan del Llano, Fundación Gaspar Casal.
- Javier García León, Sector de Sistemas de Información. Servicio Andaluz de Salud.
- Juan Gérvas, médico general rural jubilado, Equipo CESCO, profesor visitante de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Pere Ibern, investigador del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra.
- Francesc José María, abogado y asesor del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Isabel Marín, jefa de Servicio de Salud Pública en la Delegación Territorial de Salud en Granada y presidenta de la Sociedad Española de Sanidad Ambiental.
- Ricard Meneu, presidente de la Fundación Instituto de Investigación de Servicios Sanitarios (IISS) y editor de Gestión Clínica y Sanitaria.
- Màrius Morlans, médico nefrólogo, miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Miquel Porta, catedrático de Salud Pública, Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) y Universitat Autònoma de Barcelona.
- Jaume Puig, profesor del departamento de Economía de la Universitat Pompeu Fabra.
- Bernabé Robles, jefe de neurología del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Miguel Ángel Royo, jefe de Estudios de la ENS y coordinador del grupo de trabajo de ética y valores en salud pública de Aspher.
- Núria Terribas, directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS