Para priorizar es prioritario… Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud

Ricard Meneu

La tarea de definir prioridades es siempre compleja y algunos de los requisitos planteados en esta convocatoria pueden complicarla más. Al tratarse de un reto doblemente apasionante, parece oportuno empezar haciendo algunas reflexiones que faciliten debatir sobre qué metodología de selección y difusión adoptar, para lo que convendrá definir inequívocamente algunos propósitos y visualizar algunos de los escollos para esta singladura, por fortuna ya suficientemente cartografiados.

Establecer prioridades, además de necesario, puede ser un ejercicio gratificante, especialmente cuando las repercusiones afectan a otros. Esa debe ser la ventaja que explique la contumaz inercia de trabajar y pensar en «silos» o compartimentos estancos, por más que a la hora de priorizar en salud es una obviedad, tan repetida como ignorada, afirmar que es un error a evitar hacerlo por «silos», por sectores, por partidas presupuestarias o por dependencias administrativas. Aun así, resulta fácil identificar nuestros particulares «silos» implícitos como aquellos en los que indefectiblemente todo nos parece, además de importante, imprescindible e irrenunciable.

Cuando proponer priorizaciones no obliga a considerar el coste de oportunidad de aquellas actuaciones a las que habrá que renunciar para emprender las preferidas, existe un gran riesgo de llevar a cabo un ejercicio estéril de grandes ideas y buenos propósitos sin expectativas de concreción. Contamos con que en nuestras sociedades no resulta demasiado verosímil que se vaya a hacer tabla rasa y reconfigurar el conjunto de actuaciones según prioridades, como si se elaborara un «presupuesto de base cero», un modo de distribución de recursos congruente y justificado que vaya mucho más allá del denostado y perpetuo presupuesto incrementalista con retoques. Por tanto, al plantearse cualquier diseño de priorización, ignorar la resiliencia mecánica de estas inercias puede deslizarnos fácilmente hacia un mero ejercicio de maximalismo inútil, condenado a producir melancolía.

Con todo, no son estas la principales dificultades a solventar al plantearse un ejercicio de priorización, aunque convenga tenerlas presentes desde el comienzo. Existen dos aspectos que requieren especial atención y que se refieren a la adecuada definición del objetivo pretendido y la atenta crítica a las asunciones implícitas en cualquiera de las estrategias procedimentales que se adopten. Avanzaremos seguidamente sobre ellos, aclarando previamente que la finalidad de estas cautelas es ayudar a esquivar indeseados errores, por más que en ocasiones pueda parecer un intento derrotista de hacer abandonar cualquier esperanza de éxito. Adicionalmente apuntaremos algunas implicaciones de la adopción de una perspectiva transversal o intersectorial y del manejo del conocimiento disponible.

Objetivos y métodos

Sobre el objetivo pretendido, una vez se relativiza que la salud, siendo un requisito, una *capability**,

* Para Nusbaum, entre «the 10 central human capabilities», la segunda es «Bodily health: being able to have good health, including reproductive health». Nusbaum M. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge, MA: Belknap Press; 2011.

ampliamente deseable, no es la única aspiración a maximizar (otros objetivos no menos deseables, incluso en ausencia de salud perfecta, incluyen el bienestar o la felicidad[1]) y que compite con otros objetivos sociales (educación, pobreza, dependencia, etc.),[2] conviene explicitar la estrategia de ganancia adoptada: ¿pretendemos aumentar la salud en promedio o donde más falta? Es decir, ¿incorporamos una enunciación de equidad más horizontal o vertical? En el segundo caso se debería desplazar el foco de lo prioritario desde aquello que maximiza la salud total hacia lo que consigue mejoras selectivas que llevan a reducir diferencias evitables en salud (aproximando al alza). Las repercusiones metodológicas de esta definición inicial de objetivos resultan claras.

En cuanto al procedimiento, inicialmente tranquilizará saber que existen numerosos precedentes arropados por enjundiosas propuestas técnicas, algunas más consistentes que otras, aunque siempre teñidas de inescapables sesgos. La cuestión central a la hora de definir prioridades es la determinación de los problemas de salud a los que se busca dar respuesta, pero la importancia atribuida a cada enfermedad depende de decisiones aparentemente técnicas, como la selección de los indicadores con que evaluar sus consecuencias. Para comparar las repercusiones de distintos problemas de salud se ha propuesto considerar varias dimensiones, como el número de personas afectadas por cada patología, el número de muertes que causa, el grado de discapacidad que ocasiona, la afectación que supone sobre la vida ordinaria, los costes económicos y sociales de la enfermedad, y en el caso de procesos epidémicos, la necesidad de actuar rápidamente para frenar su difusión.

Salta a la vista que la cuantificación de la «prioridad» admite múltiples especificaciones. La elección de alguna de ellas nunca es neutral sino cargada de valores y preferencias –no siempre explicitados– que se traducen en ordenaciones radicalmente diferentes. Así, si el criterio considerado para priorizar fuera el número de muertos que ocasiona una enfermedad o el impacto sobre la autonomía y funcionalidad de sus afectados, previsiblemente los recursos se concentrarían en problemas propios de edades avanzadas. En cambio, si se recurre a ciertas mediciones usuales del impacto económico de la enfermedad, como son las pérdidas de productividad o los subsidios por absentismo, se favorece a los más jóvenes, ya que la población de mayor edad no puntúa en esos indicadores.

De este modo es fácil enfrentarse a aparentes aporías. Si se prioriza basándose en el número de personas que los padecen, seguramente se prestará una atención desmesurada a procesos muy comunes que pueden tener un efecto limitado sobre la salud y la supervivencia. De este modo se dedicarían ingentes recursos a la resolución de accidentes banales o resfriados comunes, y apenas ninguno a infrecuentes patologías hereditarias. Si el criterio adoptado como guía es la mortalidad asociada a cada enfermedad, las patologías crónicas –que ocasionan largos periodos de incapacidad y un alto nivel de dependencia social– recibirán una escasa atención. En el caso de que ordenáramos nuestras preferencias según la discapacidad o los costes que las enfermedades originan, según se considerasen en términos estrictamente sanitarios –hospitalizaciones, consultas y fármacos– o incluyendo sus variadas repercusiones indirectas –pérdidas de productividad, cargas familiares, necesidades de cuidados informales–, obtendríamos resultados totalmente discordantes.

La resolución de estos problemas dista de ser sencilla. Ni siquiera, como suele argumentarse, recurriendo a unidades agregadas de utilidad –como pueden serlo los años de vida ajustados por calidad (AVAC) o por discapacidad (DALY)–, cuya generalización no evita incorporar muchas de las inconsistencias o paradojas apuntadas. (Por más que aceptemos que evitar a trescientas personas un par de días de gripe con su calidad de vida mermada a la mitad es idéntico a garantizar a un enfermo terminal un año de vida con salud casi plena.)

De la transversalidad y su conocimiento

A las anteriores dificultades procedimentales que suponen la imposibilidad de una solución asépticamente técnica –de cuya resolución nos ocuparemos en el siguiente epígrafe– se añaden

para nuestro propósito las procedentes de las complejidades de un planteamiento de colaboración transversal y las derivadas de las limitaciones y provisionalidades del conocimiento para alimentarla.

La mayor parte de los ejemplos que venimos manejando proceden de los ámbitos de la salud pública o los servicios sanitarios, pero sus repercusiones se acrecientan cuando pretendemos abarcar las políticas no relacionadas directamente con la salud, pero que inciden en ella. La deseable perspectiva intersectorial introduce más grados de desconocimiento mutuo sobre los modos de actuación de unos y otros, lo que previsiblemente propicie una dispar valoración de costes y beneficios sobre las intervenciones en los distintos ámbitos (percepción de mayores costes de las mermas en el propio silo y de menores ganancias a obtener en los ajenos).

La colaboración intersectorial (ISC), descrita como una herramienta y un proceso, se define como «Una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con parte o partes de otro sector que se forma para tomar decisiones sobre alguna cuestión con el fin de lograr resultados de salud de una manera que sea más eficaz, eficiente y sostenible que la que podría lograrse desde el sector de la salud por sí solo»*.

Aunque no existe una lista definitiva de qué sectores deben participar cuando los individuos y los grupos deciden colaborar, hay un entendimiento común que implica tanto la colaboración horizontal como la vertical.[3-6] Para no dispersarnos ahora con esta taxonomía, sus principales rasgos se muestran en el Anexo al final del texto.

Pero a pesar de las oportunidades que ofrece una adecuada colaboración intersectorial en el logro de priorización transversal para mejoras en salud, indefectiblemente incorpora o exacerba 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. Es fácil observar la presencia de demasiadas intuiciones y exageraciones o maximalismos, ocasionalmente bienintencionados y a menudo interesados. En muchos de los campos a abordar «prioritariamente» con una perspectiva de mejora de salud –producción agropecuaria, externalidades industriales, controles comerciales, incentivos o gravámenes fiscales, etc.– el conocimiento que tenemos dista de ser comparable al desarrollado en disciplinas con reglas de producción de conocimiento normalizadas, generales y comparables.

Con demasiada frecuencia, la robustez de la evidencia disponible, tanto sobre la magnitud como sobre la eficacia de las intervenciones promotoras de salud en esas áreas, parece inversamente proporcional a su presencia en agendas o foros, estando quizás más relacionada con fenómenos de «noticiabilidad» y «moda» que con resultados de programas de investigación adecuados.

En general, sobre políticas no directamente consideradas en relación con la salud tenemos más intuición que evidencia sobre sus potenciales beneficios, y lo que es peor, limitados casos y estudios sobre las estrategias más eficientes para conseguir su redireccionamiento efectivo. En las políticas de salud pública encontramos grandes asimetrías respecto al grado suficiente en que algunas estrategias, acciones o actividades han sido evaluadas, frente a otras, aún encastilladas en su presunta deseabilidad por la bondad de sus intenciones. Una situación similar, pero con mucha más y mejor investigación, se da seguramente en los servicios sanitarios, aunque aquí es su efectividad, su capacidad real de afectar la situación existente y lograr mejoras visiblemente deseables, la que dista mucho de ser satisfactoria, sea por razones de inadecuada aplicación, comunicación o inoperancia frente a los variados intereses que prefieren preservar el *statu quo* y la falacia del «más es siempre mejor».

* Conferencia Internacional de la OMS sobre la Acción Intersectorial para la Salud,1997.

¿Qué hacer? Otra modesta proposición. O dos

En la convocatoria se afirma: «La tarea de elegir prioridades es compleja y es oportuno debatir sobre qué metodología de elección y comunicación es la más apropiada». Además, se propone hacerlo con pretensiones de globalidad, transversalidad o intersectorialidad, es decir, elegir qué políticas –las principales– debería aplicar cualquier administración aquí y ahora. Políticas que deben abarcar desde las no relacionadas directamente con la salud, pero que inciden en ella, pasando por las de salud pública que reduzcan la carga de enfermedad evitable, hasta las de servicios sanitarios que garanticen que estos funcionan correctamente, se aplican con la máxima cobertura y con el empleo de las tecnologías adecuadas mientras se evitan los innecesarios o ineficientes.

Teniendo en mente las cautelas apuntadas, un posible curso de acción pasaría por revisar los principales métodos usados, elegir el que parezca más adecuado a las pretensiones y capacidades de nuestra empresa, y –a lo sumo– recalibrar aquellos aspectos que nos parezcan claramente mejorables, modificando la métrica empleada, las ponderaciones relativas o la distancia focal, en aspectos como la atribución de valor a las distintas repercusiones sociales, la preferencia asignada a lo público y lo privado, o a la responsabilidad individual o colectiva, o la perspectiva a adoptar, sea esta sanitaria, gubernamental, social, etc.

En cuanto a la revisión de lo ya hecho, los esfuerzos para establecer, más o menos formalmente, priorizaciones en políticas de salud y sanitarias se pueden contar, más que por cientos, por miles. Entre ellos abundan los que recurren a habituales técnicas de consenso –Delphi, grupo nominal, etc.– , pero son más raros los llevados a cabo con criterios explícitos de decisión que faciliten la reasignación de recursos entre programas, servicios o tecnologías que compiten por aquellos en «entornos reales». Afortunadamente, sobre estas priorizaciones sanitarias con criterios de decisión explícitos, una revisión sistemática reciente[7] ha mejorado en gran medida las exploraciones previas, permitiéndonos conocer cuáles son las herramientas y criterios con más frecuencia empleados.

Los métodos utilizados en contextos reales de decisión para guiar el establecimiento de prioridades documentan una clara preeminencia del PBMA *(Programme Budgeting and Marginal Analysis)* y en menor medida del MCDA *(Multi-Criteria Decision Analysis),* que más que como rival puede verse como complementario.

En cuanto a los criterios manejados, los más comunes fueron:

- La eficacia del programa.
- Su impacto presupuestario (asequibilidad).
- El potencial de reducción de desigualdades entre grupos.
- El número de personas que podrían beneficiarse del programa o intervención.
- Su coste-efectividad u otra métrica de evaluación económica.
- La calidad de la evidencia disponible.

Esta lista sensata, inclusiva y obvia, ni proscribe incorporar otras consideraciones ni prejuzga la ponderación entre criterios, por lo que puede servirnos como falsilla para elaborar nuestra receta local. Para esa elaboración disponemos de otros muchos recetarios que pueden facilitar y acelerar la configuración de nuestra estrategia de priorización. Entre ellos se sugieren algunas otras revisiones, como *The economics of priority setting for health care: a literature review*[8] y *From efficacy to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making;*[9] también manuales y equipamiento instrumental, como *Prioritization summaries and examples,* de la National Association of County and City Health Officials,[10] y *Health people 2010 toolkit, setting health priorities and establishing objectives,* de la Public Health Foundation;[11] o diferentes ayudas para decisores, como *Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers,*[12] *Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis,*[13] y *Guidance on priority setting in health care: the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis.*[14]

Adicionalmente, para minimizar alguno de los riesgos ya señalados, quizás una forma práctica de pensar las grandes prioridades a señalar podría pasar por asumir que para su materialización no se cuenta con recursos disponibles indefinidos o, lo que es casi lo mismo, que esos recursos no provendrán de otros sectores/silos/dependencias/administraciones, sino de mermas en los propios, dado el mejor empleo que de ellos se hará.

Aunque parezca resignada y menos vistosa, una posible aproximación cauta que pretenda obtener resultados limitados, insuficientes, pero con expectativas reales, debería renunciar a alancear quijotescamente los evidentes silos avistados, prefiriendo intentar ampliarlos, hacerlos más útiles, funcionales y permeables (intercomunicados) entre ellos. Así nos forzaríamos a generalizar –*grosso modo* y con las menores trampas posibles– el empleo de alguna estrategia con la que desde hace un tiempo se viene trabajando –al menos teóricamente– en la tan denostada, comparativamente, asistencia sanitaria: la «reinversión»[15] o, si se prefiere, «desinversión».[16]

A primera vista puede parecer paradójico emprender un ejercicio de priorización con una postergación, pero hay que recordar que una priorización completa exige una ordenación de todas las actividades, mientras esta estrategia solo exigiría mirar dos colas para ser internamente verosímil.

Si alguien pretende impugnar esta táctica posibilista le bastará con indagar sobre algún modo factible de transferir parte de los importantes recursos destinados a, digamos, tratamientos oncológicos fútiles, o millonarias prescripciones orientadas a amortiguar vicariamente cifras imaginativas de monitorización de factores de riesgo, a partidas o destinos donde pueden aportar mayores cotas de salud, como algunas mejoras urbanísticas, en seguridad vial o, claramente, en educación preescolar.

Pero incluso sin una concreción presupuestaria viable a la vista, una estrategia de priorización entendida como desplazamiento o sustitución de recursos, al menos limitaría la tendencia acríticamente expansiva de muchas propuestas. Especialmente las que escudadas en grandes cifras agregadas y con escasa, si alguna, valoración de los procesos y efectos necesarios para alcanzar difusos objetivos reclaman para sus intenciones recursos cuyo origen está casi menos evaluado que su propia práctica.

Recapitulando

A la vista de lo expuesto, la necesaria exigencia del mejor aparataje posible no debe hacer olvidar que las soluciones estrictamente técnicas no existen. Ante decisiones conflictivas puede surgir la tentación de esperar una supuesta racionalización por la vía de los expertos. Buscar la respuesta instrumental más que la conceptual supone olvidar que el papel de los estudios técnicos consiste en informar correctamente la toma de decisiones públicas, y no en sustituirlas. Las cuestiones críticas sobre la priorización sanitaria se refieren a los medios y las reglas con que los decisores relevantes establecen, buscan y alcanzan sus objetivos de intervención, lo que incluye las decisiones sobre qué líneas deben potenciarse, por quién, con qué fines definidos y, quizás, a costa de qué.

La valoración final de la idoneidad de las elecciones adoptadas solo puede hacerse mediante criterios como representatividad, transparencia y responsabilidad. No existen fórmulas ni mecanismos perfectos para asignar recursos. Todos incorporan valores, preferencias, errores de medida... Y ninguno garantiza a priori una distribución más justa o eficiente. Pero el proceso de hacer explícitos los criterios de priorización, definir sus ponderaciones y debatir las alternativas permite poner las decisiones en manos de sus beneficiarios potenciales, el conjunto de la ciudadanía, y no solo de los actuales, así como equilibrar intereses legítimos, pero minoritarios, con otros más generales.

Anexo
Principales rasgos de la colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial (ISC) se define como «Una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud con parte o partes de otro sector que se ha formado para tomar decisiones sobre alguna cuestión para lograr los resultados

de salud (...) de una manera que sea más eficaz, eficiente y sostenible que la que podría lograrse desde el sector de la salud por sí solo»*.

Aunque no existe una lista definitiva de qué sectores deben participar cuando los individuos y los grupos deciden colaborar, hay un entendimiento común que implica tanto la colaboración horizontal como la vertical.

La colaboración horizontal se produce en todos los sectores que se encuentran en el mismo nivel e incluye:

- entre sectores dentro de la salud (hospital, la salud pública, centros de salud comunitarios, agencias de cuidado en el hogar, y una gama de agencias de la comunidad) que ofrecen programas y servicios, o
- entre los sectores de salud y no sanitarios (servicios sociales, educación, educación postsecundaria, la vivienda, los grupos ecologistas, la justicia, bibliotecas, empresas, transporte, etc.), o
- todas las divisiones, los ministerios o departamentos dentro del sector gubernamental.

La colaboración vertical se produce a diferentes niveles e incluye:

- entre los diferentes niveles de gobierno: federal, provincial o municipal, o
- relacionadas con la geografía (local, regional o provincial), o
- dentro de las organizaciones (niveles administrativos superiores al nivel de servicio/prestación, programa o cuidado directo).

La colaboración horizontal es eficaz para reunir diversos recursos, conocimientos y experiencia para resolver problemas complejos cuyas soluciones están más allá de la capacidad de cualquiera. Sus ventajas radican en la posibilidad de crear capacidad y maximizar el uso de recursos combinados.

La colaboración vertical es importante cuando un problema afecta a ambos socios gubernamentales y no gubernamentales, y hay una necesidad de una amplia política coherente y recursos sostenidos.

Bibliografía

1. Bruni L, Porta PL, editores. Handbook on the economics of happiness. Chentelham: Edward Elgar; 2007.
2. González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que esta triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. Gac Sanit. 2012;26:176-7.
3. Minister of Health Canada. The Public Health Agency of Canada Strategic Plan: 2007-2012. Information, Knowledge, Action. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/sp-ps/pdfs/PHAC_StratPlan_E_WEB.pdf
4. MacLean LM, Clinton K, Edwards N, Garrard M, Ashley L, Hansen-Ketchum P, et al. Unpacking vertical and horizontal integration. A Canadian perspective. Implementation Science. 2010;5:36. Disponible en: http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-36
5. Health Canada. 1999-2000 estimates, a report on plans and priorities. Disponible en: http://www.publications.gc.ca/site/eng/375718/publication.html
6. Frankish CJ, Moulton GE, Quantz D, Carson AJ, Casebeer AL, Eyles JD, et al. Addressing the non-medical determinants of health: a survey of Canada's health regions. Can J Public Health. 2007;98:41-7.
7. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2015;15:164. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/164
8. The economics of priority setting for health care: a literature review. K Hauck, PC Smith, M Goddard. World Bank, Washington, DC 2004. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf
9. 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 healthcare decision making. Cost Eff Resour Alloc. 2012. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-7547-10-9.pdf
10. National Association of Country & City Health Officials. First things first: prioritizing health problems (NACCHO Tools). Disponible en: http://www.naccho.org/topics/infrastructure/accredi tation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf
11. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Toolkit. Disponible en: http://lin.ca/node/145062/external/north o http://www.phf.org/resourcestools/Documents/HP2010Toolkit2002.pdf
12. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC Health Serv Res. 2012. Disponible en: http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-454

* Conferencia Internacional de la OMS sobre la Acción Intersectorial para la Salud,1997.

13. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost Eff Resour Alloc. 2006;4:14. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/
14. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock DW, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. Cost Eff Resour Alloc. 2014. Disponible en: http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-12-18.pdf
15. Repullo J. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012;27:130-8. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/articulo_repullo%281%29.pdf
16. Bernal E, Campillo C. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. Gac Sanit. 2013;27:175-9.